

Binnenklimaat

Klachten over het binnenklimaat van een werkruimte worden veel gehoord. Een eerste inventarisatie van optredende klachten geeft zelden een eenduidig beeld. Iedereen beleeft het binnenklimaat op een andere manier. Het is zelfs mogelijk dat er aan het binnenklimaat van een ruimte niets mankeert; de oorzaak is dan in werkrelaties te vinden, maar uit zich in klachten over het binnenklimaat. Het is handig om een goed inzicht te hebben in alle werkomstandigheden.

Deze vragenlijst kan daarbij helpen.

Checklist binnenklimaat

1. Informatie over de werkplek	
1. Hoe lang werkt u al in dit gebouw? Indien korter dan een jaar: vul het aantal maanden in	___ jaar ___ maanden
2. Hoeveel uur werkt u gemiddeld per week in het gebouw?	___ uur per week
3. Hoeveel dagen heeft u de afgelopen week in dit gebouw gewerkt?	___ dagen
4. Hoe wordt de ruimte waar u werkt het best beschreven? (slechts één antwoord mogelijk; kruis het juiste antwoord aan)	<input type="checkbox"/> eenpersoonskamer <input type="checkbox"/> met meerdere personen gedeelde kamer <input type="checkbox"/> open ruimte (kantoortuin) met afscheidingen <input type="checkbox"/> open ruimte zonder afscheidingen <input type="checkbox"/> anders, te weten: _____
5. Hoeveel mensen werken er in dezelfde ruimte als u (inclusief uzelf)?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> 4-7 <input type="checkbox"/> 8 of meer
6. Is er vloerbedekking (tapijt) aanwezig in de ruimte waar u werkt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
7. Hoe schoon vindt u het op uw werkplek? (slechts één antwoord mogelijk; kruis het juiste antwoord aan)	<input type="checkbox"/> erg schoon <input type="checkbox"/> redelijk schoon <input type="checkbox"/> enigszins stoffig of vuil <input type="checkbox"/> erg stoffig of vuil
8. Hoe is de verlichting op uw werkplek? (slechts één antwoord mogelijk; kruis het juiste antwoord aan)	<input type="checkbox"/> veel te donker <input type="checkbox"/> iets te donker <input type="checkbox"/> precies goed <input type="checkbox"/> iets te licht <input type="checkbox"/> veel te licht
9. Heeft u wel eens last van reflecties of schitteringen op uw werkplek? (slechts één antwoord mogelijk; kruis het juiste antwoord aan)	<input type="checkbox"/> zelden <input type="checkbox"/> af en toe <input type="checkbox"/> regelmatig <input type="checkbox"/> vaak <input type="checkbox"/> heel vaak
10. Hoe comfortabel is uw huidige werkplek? (het betreft de plaatsing en hoogte van de werktafel, stoel en apparatuur waarmee u werkt) (slechts één antwoord mogelijk; kruis het juiste antwoord aan)	<input type="checkbox"/> erg comfortabel <input type="checkbox"/> redelijk comfortabel <input type="checkbox"/> niet comfortabel <input type="checkbox"/> erg oncomfortabel <input type="checkbox"/> heb geen eigen werkplek
11. Hoeveel uren per dag werkt u met een computer of ander beeldscherm? Als u een computer of beeldscherm gebruikt, draagt u dan tijdens dit werk een bril? Heeft u een antireflectiescherm op uw computer of beeldscherm?	___ uren per dag <input type="checkbox"/> gebruik geen computer of beeldscherm <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
12. Welke van de volgende omschrijvingen beschrijft uw werkplek het beste? (slechts één antwoord mogelijk; kruis het juiste antwoord aan)	<input type="checkbox"/> er is geen raam in mijn werkruimte aanwezig of zichtbaar (ook niet als ik sta) <input type="checkbox"/> er is geen raam in mijn werkruimte aanwezig, maar ik kan wel een raam zien in een naastgelegen ruimte <input type="checkbox"/> er zijn een of meer ramen in mijn werkruimte aanwezig
13. Als er raam zichtbaar is, hoe ver is die van uw werkplek verwijderd?	___ meter

14.	Heeft de afgelopen drie maanden een van de volgende veranderingen nabij uw werkplek plaatsgevonden? (binnen vijf meter van uw werkplek; meerdere antwoorden mogelijk) <ul style="list-style-type: none"> - nieuw tapijt - muren geverfd - nieuw meubilair - nieuwe scheidingswanden - nieuw behang, wandbekleding - waterschade 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee				
15.	Hoe vaak gebruikt u het volgende op uw werk? (zet een kruisje in de juiste kolom) <ul style="list-style-type: none"> - kopieermachine - laserprinter - fax - carbonvrij zelfkopiërend papier - schoonmaakmiddel, lijm, correctievloeistof of een ander sterk ruikend product 	Paar keer per dag	Ca.1 x per dag	3-4 x per week	1-2 x per week	Nooit
16.	Heeft u thuis een van de volgende huisdieren?	<input type="checkbox"/> hond	<input type="checkbox"/> kat	<input type="checkbox"/> vogel		

II. Informatie over gezondheid en welzijn

1.	Is u door een arts ooit verteld dat u lijdt aan het volgende: (meerdere antwoorden mogelijk) <ul style="list-style-type: none"> - bijholteontsteking - astma - migraine - eczeem - hooikoorts - stofallergie - schimmelallergie - huisdierallergie 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
2.	Rookt u of heeft u gerookt?	<input type="checkbox"/> nooit gerookt <input type="checkbox"/> vroeger gerookt <input type="checkbox"/> rook nog steeds
3.	Vindt u dat u gevoelig bent voor tabaksrook?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
4.	Vindt u dat u gevoelig bent voor chemische stoffen in de lucht in uw werkrimte?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
5.	Welke soort oogcorrectie gebruikt u doorgaans tijdens uw werk? (meerdere antwoorden mogelijk)	<input type="checkbox"/> geen <input type="checkbox"/> bril <input type="checkbox"/> lenzen <input type="checkbox"/> bifocale bril of lenzen
6.	Hoe bent u?	<input type="checkbox"/> jonger dan 20 <input type="checkbox"/> 20 - 29 jaar <input type="checkbox"/> 30 - 39 jaar <input type="checkbox"/> 40 - 49 jaar <input type="checkbox"/> 50 - 59 jaar <input type="checkbox"/> ouder dan 59
7.	Wat is uw geslacht?	<input type="checkbox"/> vrouw <input type="checkbox"/> man

III. Inventarisatie klachten

1. Heeft u de laatste vier weken een van de volgende klachten gehad? (per symptoom slechts één antwoord aankruisen)

Symptoom	Niet in de laatste 4 weken	1-3 dagen in de laatste 4 weken	1-3 dagen per week in laatste 4 weken	Iedere of vrijwel iedere werkdag
Droge, jeukende of geïrriteerde ogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermoeide of gespannen ogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hijgen, piepende ademhaling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kortademig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoesten of kuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauwe of droge keel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopte of lopende neus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niezen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ongebruikelijke vermoeidheid of sufheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geheugen- of concentratieverlies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duizeligheid of licht in het hoofd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gespannen gevoel, prikkelbaar of nerveus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressief gevoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pijn of stijfheid in de rug, schouders of nek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beklemd gevoel in de borst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Misselijkheid of maagpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Droge of jeukende huid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Deze vraag alleen beantwoorden als u een van bovenstaande symptomen heeft.
Wat gebeurde er de afgelopen vier weken met uw klacht als u op uw werk was?
(per symptoom slechts één antwoord aankruisen)

Symptoom	Klachten namen toe	Geen verandering	Klachten namen af
Droge, jeukende of geïrriteerde ogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermoeide of gespannen ogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hijgen, piepende ademhaling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kortademig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoesten of kuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauwe of droge keel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopte of lopende neus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niezen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ongebruikelijke vermoeidheid of sufheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geheugen- of concentratieverlies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duizeligheid of licht in het hoofd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gespannen gevoel, prikkelbaar of nerveus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressief gevoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pijn of stijfheid in de rug, schouders of nek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beklemd gevoel in de borst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Misselijkheid of maagpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Droge of jeukende huid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.	<i>Deze vraag alleen beantwoorden als u een van bovenstaande symptomen heeft.</i>	
	Heeft u vandaag last gehad van een van deze klachten?	
<i>Symptoom</i>	Ja	Nee
Droge, jeukende of geïrriteerde ogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermoeide of gespannen ogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hijgen, piepende ademhaling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kortademig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoesten of kuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauwe of droge keel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopte of lopende neus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niezen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ongebruikelijke vermoeidheid of sufheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geheugen- of concentratieverlies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duizeligheid of licht in het hoofd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gespannen gevoel, prikkelbaar of nerveus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressief gevoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pijn of stijfheid in de rug, schouders of nek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beklemd gevoel in de borst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Misselijkheid of maagpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Droge of jeukende huid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. Beschrijving van de omgevingsfactoren

1. Heeft u de laatste vier weken op uw werkplek een van de volgende omgevingsfactoren ervaren? (per factor slechts 1 antwoord aankruisen)

<i>Omgevingsfactor</i>	Niet in de laatste 4 weken	1-3 dagen in de laatste 4 weken	1-3 dagen per week in laatste 4 weken	Iedere of vrijwel iedere werkdag
Te veel luchtbeweging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te weinig luchtbeweging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te hoge temperatuur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te lage temperatuur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lucht te vochtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lucht te droog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geur van tabaksrook	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onplezierige chemische geuren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere onplezierige geuren (zoals zweetlucht, voetengeur, sterk parfum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. *Deze vraag alleen beantwoorden als u een van bovenstaande omgevingsfactoren heeft ervaren.*

Heeft u vandaag een van deze omgevingsfactoren ervaren?

<i>Omgevingsfactor</i>	Ja	Nee
Te veel luchtbeweging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te weinig luchtbeweging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te hoge temperatuur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te lage temperatuur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lucht te vochtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lucht te droog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geur van tabaksrook	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onplezierige chemische geuren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere onplezierige geuren (zoals zweetlucht, voetengeur, sterk parfum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V. Hoe tevreden bent u over de volgende aspecten van uw werkplek?

1.	Ongehinderd kunnen praten of privé-gesprekken kunnen voeren	<input type="checkbox"/> zeer tevreden <input type="checkbox"/> redelijk tevreden <input type="checkbox"/> minder tevreden <input type="checkbox"/> helemaal niet tevreden
2.	Omgevingslawaai	<input type="checkbox"/> zeer tevreden <input type="checkbox"/> redelijk tevreden <input type="checkbox"/> minder tevreden <input type="checkbox"/> helemaal niet tevreden

VI. Omschrijving van het werk

1.	In welke categorie valt uw werk?	<input type="checkbox"/> management / leidinggevend <input type="checkbox"/> staffunctionaris <input type="checkbox"/> technisch of uitvoerend <input type="checkbox"/> administratief <input type="checkbox"/> anders, te weten: ...
2.	Hoe tevreden bent u over uw werk?	<input type="checkbox"/> zeer tevreden <input type="checkbox"/> redelijk tevreden <input type="checkbox"/> minder tevreden <input type="checkbox"/> helemaal niet tevreden
3.	Wat is uw hoogste opleiding?	<input type="checkbox"/> universitair <input type="checkbox"/> hbo <input type="checkbox"/> mbo <input type="checkbox"/> overig, te weten: ...

VI. Hoe vaak ervaart u een van onderstaande conflicten tijdens uw werk?

1.	Leidinggevend en/of collega's vragen u werkzaamheden uit te voeren op een door u ongewenste wijze?	<input type="checkbox"/> zelden of nooit <input type="checkbox"/> af en toe <input type="checkbox"/> geregeld <input type="checkbox"/> vaak
2.	De dagelijkse leiding geeft u opdrachten die met elkaar strijdig zijn?	<input type="checkbox"/> zelden of nooit <input type="checkbox"/> af en toe <input type="checkbox"/> geregeld <input type="checkbox"/> vaak
3.	De leiding geeft u opdrachten waardoor u in problemen komt met uw eigenlijke werk?	<input type="checkbox"/> zelden of nooit <input type="checkbox"/> af en toe <input type="checkbox"/> geregeld <input type="checkbox"/> vaak

VII. Hoe vaak komen de volgende situaties tijdens uw werk voor?

1.	Hoe vaak moet u uw werk erg snel doen?	<input type="checkbox"/> zelden <input type="checkbox"/> af en toe <input type="checkbox"/> geregeld <input type="checkbox"/> vaak <input type="checkbox"/> heel vaak
2.	Hoe vaak moet u moeilijk werk doen?	<input type="checkbox"/> zelden <input type="checkbox"/> af en toe <input type="checkbox"/> geregeld <input type="checkbox"/> vaak <input type="checkbox"/> heel vaak
3.	Hoe vaak heeft u te weinig tijd om het werk af te maken?	<input type="checkbox"/> zelden <input type="checkbox"/> af en toe <input type="checkbox"/> geregeld <input type="checkbox"/> vaak <input type="checkbox"/> heel vaak
4.	Hoe vaak is er te veel werk te doen?	<input type="checkbox"/> zelden <input type="checkbox"/> af en toe <input type="checkbox"/> geregeld <input type="checkbox"/> vaak <input type="checkbox"/> heel vaak

5.	Hoe vaak zijn uw verantwoordelijkheden voor uw werk duidelijk?	<input type="checkbox"/> zelden <input type="checkbox"/> af en toe <input type="checkbox"/> geregeld <input type="checkbox"/> vaak <input type="checkbox"/> heel vaak
6.	Hoe vaak weet u wat anderen van u verwachten?	<input type="checkbox"/> zelden <input type="checkbox"/> af en toe <input type="checkbox"/> geregeld <input type="checkbox"/> vaak <input type="checkbox"/> heel vaak
7.	Hoe vaak weet u precies wat u moet doen?	<input type="checkbox"/> zelden <input type="checkbox"/> af en toe <input type="checkbox"/> geregeld <input type="checkbox"/> vaak <input type="checkbox"/> heel vaak
8.	Hoe vaak weet u wat anderen van u verlangen?	<input type="checkbox"/> zelden <input type="checkbox"/> af en toe <input type="checkbox"/> geregeld <input type="checkbox"/> vaak <input type="checkbox"/> heel vaak

VIII. Andere werkzaamheden

1.		Ja	Nee
	Heeft u naast uw werk nog andere werkzaamheden waarvoor u de grootste verantwoordelijkheid heeft?		
	Zorg voor kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zorg voor het huishouden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zorg voor een bejaarde of gehandicapte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Andere verplichtingen, betaald of onbetaald, die meer dan vijf uur per week vergen (bv. vrijwilligerswerk, geven van cursussen, tweede baan, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IX. Gebruik deze ruimte voor aanvullende opmerkingen



Meer handige checklists vindt u in de uitgave **Arbo- en milieutools**

- Checklists die u ondersteunen bij het uitvoeren van zijn uw taken
- Formulieren die u hulp bieden bij het vastleggen en registreren van gegevens
- Presentaties voor het overdragen van de kennis en informatie aan derden
- Voorbeeldprocedures voor het vastleggen van werkwijzen in de organisatie

[Klik hier voor meer informatie](#)