

Bijlage 2A hoofdstuk 6 Checklist 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 I. 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)	<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)	<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)	<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)	<input type="checkbox"/> zelden <input type="checkbox"/> af en toe <input type="checkbox"/> regelmatig <input type="checkbox"/> vaak <input type="checkbox"/> heel vaak			
10	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			
11	Als er een raam zichtbaar is, hoe ver is die van uw werkplek verwijderd?	___ meter			

II. 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"/>

<i>III. Beschrijving van de omgevingsfactoren</i>				
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.	<i>Deze vraag alleen beantwoorden als u een van bovenstaande omgevingsfactoren heeft ervaren. Heeft u vandaag een van deze omgevingsfactoren ervaren?</i>	
<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"/>

<i>IV. Hoe tevreden bent u over de volgende aspecten van uw werkplek?</i>		
1.	Ongehinderd kunnen praten of privégesprekken 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
<i>V. Gebruik deze ruimte voor aanvullende opmerkingen</i>		

Bron: www.arbo-online.nl

	THERMISCH BINNENKLIMAAT		<input type="checkbox"/> OK
RISICO	<input type="checkbox"/> Klachten over te hoge of te lage temperaturen <input type="checkbox"/> Klachten over wisselende temperaturen <input type="checkbox"/> Koude voeten <input type="checkbox"/> Tocht, koudestraling <input type="checkbox"/> Gebouwgereleerde gezondheidsklachten (Sick Building klachten)		
HERKENNEN	-		
ANALYSEREN	Kans op oververhitting beperkt?	<input type="checkbox"/> Niet te grote glasoppervlakken (PG < 50%)? <input type="checkbox"/> Glas op Oosten, Zuiden, Westen voldoende zonwerend (ZTA < 0,30) of voorzien van buitenzonwering (screens, uitvalschermen)? <input type="checkbox"/> Voldoende thermisch werkzame bouwmassa (niet te lichte borstwering, thermisch open plafonds, steenachtige wanden)? <input type="checkbox"/> Voorziening voor zomernachtventilatie ingebouwd in (regeling) ventilatiesysteem of zomernachtventilatie natuurlijk mogelijk? <input type="checkbox"/> Energiezuinig verlichting toegepast (Hoogfrequent en daglichtafhankelijk)? <input type="checkbox"/> Temperatuuroverschrijdingsberekening of koellastberekening uitgevoerd? <input type="checkbox"/> Indien bovenstaande maatregelen onvoldoende effect hebben: is er voldoende koelcapaciteit geprojecteerd?	<input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> Niet relevant
	Beïnvloeding op kamerniveau van ruimtemtemperatuur mogelijk?	<input type="checkbox"/> Thermostatische regelknoppen op radiatoren / convectoren of wandthermostaten aanwezig? <input type="checkbox"/> Te openen ramen aanwezig?	<input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> Niet relevant
	Tocht / koudeoverlast 's winters voorkomen?	<input type="checkbox"/> Bij natuurlijke ventilatie: zelfregelende (windonafhankelijke) ventilatieroosters toegepast? <input type="checkbox"/> Bij mechanische ventilatie: luchtdebieten dusdanig dat luchtsnelheid in de leefzone onder 0,15m/s blijft 's winters? <input type="checkbox"/> Voldoende geïsoleerde ramen toegepast (HR+ glas e.d. afhankelijk van type ruimte)?	<input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> Niet relevant

		<input type="checkbox"/> Verwarmingslichamen onder ramen (in glaspartijen verwerkt) bij toepassing van ramen met een hoogte > 1,70 meter? <input type="checkbox"/> Uitzetmechanismen inclusief kierstand op te openen ramen? <input type="checkbox"/> Voldoende verwarmingscapaciteit? <input type="checkbox"/> Begane grond vloer en vloeren boven parkeergarages voldoende geïsoleerd (conform eisen Bouwbesluit)?	
BEOORDELEN	<ul style="list-style-type: none"> • Arbobesluit 1998 artikel 6.1, 6.2 en 6.5 • AI blad 7 „Kantoren“ en AI blad 14 „Bedrijfsruimten, inrichting, transport en opslag“ • ATC 8 „Binnenmilieu“ • NEN ISO 7730, NEN 3028 • CEN 1752 		

Bron: <http://www.arbokennisnet.nl/> > Thermisch binnenklimaat

Deze verkorte vragenlijst is bedoeld voor oriënterend binnenklimaatonderzoek in niet-industriële situaties. De vragenlijst bevat niet alleen vragen over thermisch binnenklimaat maar ook een aantal vragen die te maken (kunnen) hebben met de binnen luchtkwaliteit.

*Kunt u onderstaande vragen alleen (dus zonder overleg met collega's) invullen?
Het is in het belang van het onderzoek dat er zo veel mogelijk mensen mee doen.
Vult u s.v.p. de vragenlijst ook in als u geen of weinig klachten heeft?*

- | | | | | |
|--|----|--------------------------|-----|--------------------------|
| Heeft u, wanneer u in het gebouw bent, vaak last van hoofdpijn of een zwaar hoofd? | JA | <input type="checkbox"/> | NEE | <input type="checkbox"/> |
| Heeft u, op uw werkplek, vaak last van (ongewone) vermoeidheid? | JA | <input type="checkbox"/> | NEE | <input type="checkbox"/> |
| Heeft u, op uw werkplek, vaak last van geïrriteerde of branderige ogen? | JA | <input type="checkbox"/> | NEE | <input type="checkbox"/> |
| Heeft u, op uw werkplek, vaak last van keelirritaties of een droge keel? | JA | <input type="checkbox"/> | NEE | <input type="checkbox"/> |
| Heeft u, op uw werkplek, vaak last van een loopneus of een verstopte neus? | JA | <input type="checkbox"/> | NEE | <input type="checkbox"/> |
| Heeft u, op uw werkplek, vaak last van een droge of geïrriteerde huid? | JA | <input type="checkbox"/> | NEE | <input type="checkbox"/> |
| Vindt u het vaak te warm op uw werkplek? | JA | <input type="checkbox"/> | NEE | <input type="checkbox"/> |
| Vindt u het vaak te koud op uw werkplek? | JA | <input type="checkbox"/> | NEE | <input type="checkbox"/> |
| Heeft u, op uw werkplek, vaak last van tocht? | JA | <input type="checkbox"/> | NEE | <input type="checkbox"/> |
| Vindt u de lucht, op uw werkplek, vaak droog? | JA | <input type="checkbox"/> | NEE | <input type="checkbox"/> |
| Vindt u de lucht, op uw werkplek, vaak bedompt of benauwd? | JA | <input type="checkbox"/> | NEE | <input type="checkbox"/> |
| Heeft u nog andere klachten die volgens u veroorzaakt worden door het gebouw? | JA | <input type="checkbox"/> | NEE | <input type="checkbox"/> |

ZO JA, welke?

.....

- | | | | | |
|---------------------------------|----|--------------------------|-----|--------------------------|
| Heeft u verder nog opmerkingen? | JA | <input type="checkbox"/> | NEE | <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------|----|--------------------------|-----|--------------------------|

ZO JA, welke?

.....