

NOSQ-2002/LONG in Danish – Nordisk spørgeskema for arbejdsbetingede hudlidelser

Vejledning til spørgeskemaet

Indrammede spørgsmål skal besvares af alle. Hvis du svarer "nej" til et indrammet spørgsmål, kan du gå direkte til det næste indrammede spørgsmål, med mindre der står noget andet i vejledningen til spørgsmålet. Spring ikke nogen af de indrammede spørgsmål over.

1. Sæt kryds ved det svar, der passer for dig

nej 1
ja 2

2. Sæt kun et kryds, med mindre det står andet i spørgsmålet, for eksempel

Hvornår havde du første gang eksem på hænder, håndled eller underarme?
(højst et svar i hver kolonne; giv dit bedste skøn)

	Håndeksem	Eksem på håndled/underarme
før 6 års alderen	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
mellem 6 og 14 års alderen	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
mellem 15 og 18 års alderen	<input type="checkbox"/> 5	<input checked="" type="checkbox"/> 5
efter 18 års alderen	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6

3. Hvis der er et ekstra spørgsmål efter det svar du vælger, skal du skrive dit svar på linien, for eksempel

ja 2 **Hvornår var sidste gang?** 1997 (årstal)
(giv dit bedste skøn)

4. Besvar spørgsmålene i rækkefølge, med mindre der står noget andet efter det svar, du vælger. Hvis der står (gå til spørgsmål ...), skal du gå direkte til det angivne spørgsmål uden at svare på spørgsmålene imellem, for eksempel

nej 1 (gå til spørgsmål S1)
ja 2

5. Du skal ikke tage dig af numrene efter afkrydsningsfelterne. "Nej" er altid 1, og "ja" er 2. Andre afkrydsningsfelter nummereres fra 3 og opefter.

Vejledning til udfyldelse af spørgeskemaet er skrevet med kursiv.

Løbenummer: _____

G1. Arbejdsplads: _____ G1wp

Afdeling: _____ G1dep

G2. Er du

mand 1

kvinde 2

G3. Hvornår er du født: 19____ (årstal)

G4. Hvad er din hovedbeskæftigelse i øjeblikket ...?

(højst et svar)

ansat/i arbejde 3

selvstændig 4

hjemmegående 5 *(gå til spørgsmål A1, side 4)*

arbejdsledig 6

studerende 7 *(gå til spørgsmål G8, side 3)*

elev/lærling 8

barselsorlov/forældreorlov 9

pensioneret eller efterlønsmodtager 10 *(gå til spørgsmål A1, side 4)*

andet, **hvad?** _____ G4txt 11

G5. Hvad er dit nuværende erhverv? _____ G5txt

Siden hvornår? _____ G5y *(årstal)*

G6. Hvad er dine væsentligste arbejdsopgaver? _____ G6txt

Siden hvornår? _____ G6y (*årstal*)

G7. Hvor mange timer om ugen arbejder du i dit hovedjob (i gennemsnit)? _____ (*timer/uge*)

G8. Har du regelmæssigt bijob eller andet betalt arbejde?

nej 1

ja 2 **Hvilken type arbejde? _____** G8txt

Hvor mange timer om ugen (i gennemsnit)? _____ G8h (*timer/uge*)

A1. Har du nogensinde haft et kløende udslæt, som er kommet og gået i en periode på mindst 6 måneder og som ind imellem har omfattet hudfolderne? (*med hudfolder menes albuebøjninger, knæhaser, på forsiden af anklerne, under balderne, omkring halsen, ørerne eller øjnene*)

nej 1

ja 2

ved ikke 0

A2. Har du nogensinde haft høfeber eller andre tegn på allergi i næsen, f.eks. fra pollen eller dyr?

nej 1

ja 2

ved ikke 0

A3. Har du nogensinde haft tegn på allergi i øjnene, f.eks. fra pollen eller dyr?

nej 1

ja 2

ved ikke 0

A4. Har du nogensinde haft astma?

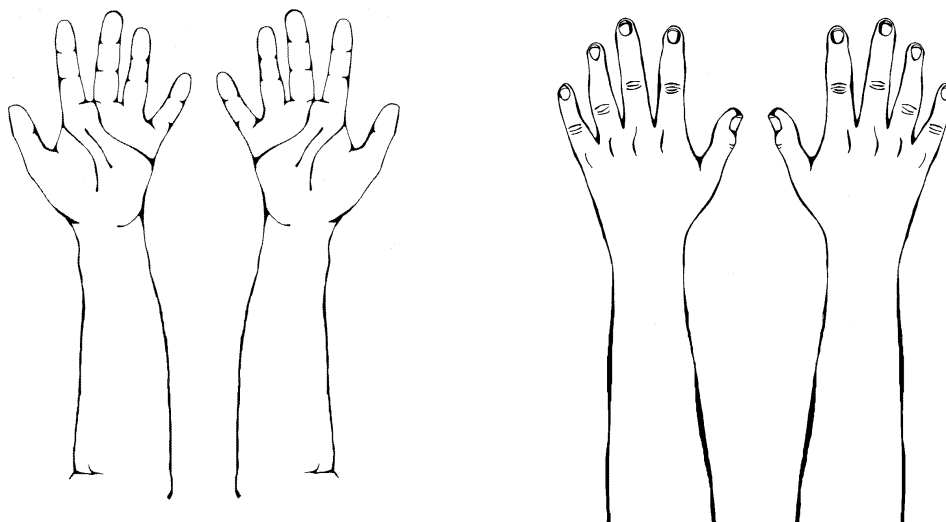
nej 1

ja 2 Er det konstateret af en læge?

nej 1 A4dg

ja 2 hvornår? _____ A4y (årstal)

ved ikke 0

D1. Har du nogensinde haft håndeksem?nej 1ja 2**D2. Har du nogensinde haft eksem på håndled eller underarme (bortset fra albuebøjningerne)?**nej 1 (hvis du også svarede "nej" til spørgsmål D1, gå til spørgsmål U1, side 12)ja 2**D3. Skravér de områder på hænder eller underarme, hvor eksemet normalt optræder
(et eller flere områder)**

Variabel navne til kodning af skraveringerne i figuren i spørgsmål D3:

fingre	<input type="checkbox"/> 2 D3fi
fingermellemrum	<input type="checkbox"/> 2 D3fw
håndryg	<input type="checkbox"/> 2 D3bh
håndflader	<input type="checkbox"/> 2 D3pa
håndled	<input type="checkbox"/> 2 D3wr
underarme	<input type="checkbox"/> 2 D3fo

D4. Hvor hyppigt har du haft eksem på hænder, håndled eller underarme?*(højst et svar i hver kolonne)*

	Håndeksem	Eksem på håndled/underarme
	D4H	D4F
kun en gang og i <u>mindre</u> end to uger	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
kun en gang, men i to uger eller <u>mere</u>	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
flere gange	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
(næsten) hele tiden	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6

D5. Hvornår havde du sidst eksem på hænder, håndled eller underarme?*(højst et svar i hver kolonne)*

	Håndeksem	Eksem på håndled/underarme
	D5H	D5F
jeg har det i øjeblikket	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
ikke i øjeblikket, men inden for de sidste 3 måneder	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
mellem 3–12 måneder siden	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
mere end 12 måneder siden	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
Hvilket år var sidste gang? <i>(giv dit bedste skøn)</i>	_____ (årstal) D5Hy	_____ (årstal) D5Fy

D6. Hvornår havde du første gang eksem på hænder, håndled eller underarme?*(højst et svar i hver kolonne; giv dit bedste skøn)*

	Håndeksem	Eksem på håndled/underarme
	D6H	D6F
før 6 års alderen	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
mellem 6 og 14 års alderen	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
mellem 15 og 18 års alderen	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
efter 18 års alderen	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
Hvilket år begyndte det? <i>(giv dit bedste skøn)</i>	_____ (årstal) D6Hy	_____ (årstal) D6Fy

Hvis eksemet på hænder eller underarme begyndte før 18 års alderen, gå til spørgsmål D10, side 7

D7. Hvad mener du selv var årsag til dit eksem på hænder, håndled eller underarme, da det begyndte? (årsag)

	Håndeksem	Eksem på håndled/underarme
	D7Htxt	D7Ftxt
jeg kender ikke årsagen	<input type="checkbox"/> 1 D7H	<input type="checkbox"/> 1 D7F

D8. Hvad var dit erhverv eller beskæftigelse, da eksemet begyndte? (erhverv/beskæftigelse)

	Håndeksem	Eksem på håndled/underarme
	D8Htxt	D8Ftxt

D9. Hvad var dine væsentligste arbejdsopgaver, da eksemet begyndte? (arbejdsopgaver)

	Håndeksem	Eksem på håndled/underarme
	D9Htxt	D9Ftxt

D10. Har du som voksen søgt læge på grund af håndeksem, eller eksem på håndled eller underarme?


	Håndeksem	Eksem på håndled/underarme
	D10H	D10F
nej	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
ja	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Hvornår var sidste gang? (giv dit bedste skøn)	D10Hy _____ (årstal)	D10Fy _____ (årstal)

D11. På hvilken årstid har du flest problemer med eksem på hænder, håndled eller underarme? (et eller flere svar i hver kolonne)

	Håndeksem	Eksem på håndled/underarme
	D11H	D11F
ingen årstidsvariation	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
vinter	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
forår	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
sommer	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
efterår	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6

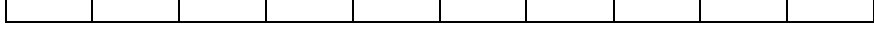
D12. Hvordan vurderer du graden af dit eksem på en skala fra 0-10?*(sæt et mærke på linien svarende til sværhedsgraden)*

D12now
I dag

0  10

Ingen eksem Voldsomt eksem

D12wst
Når det er værst

0  10

Ingen eksem Voldsomt eksem

F1. Har du bemærket, om kontakt med bestemte stoffer, kemikalier**eller andet på dit arbejde forværrer dit eksem? (højest et svar i hver kolonne)**

	Håndeksem F1H	Eksem på håndled/underarme F1F
nej	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
ja	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Hvad?	_____	_____
	F1Htxta	F1Ftxta
	_____	_____
	F1Htxtb	F1Ftxtb
ved ikke	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0

F2. Har du bemærket, om kontakt med bestemte stoffer, kemikalier eller andet uden for dit arbejde forværrer dit eksem? (højest et svar i hver kolonne)

	Håndeksem F2H	Eksem på håndled/underarme F2F
nej	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
ja	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
ved ikke	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0

Hvis du svarede ”nej” eller ”ved ikke” i begge kolonner, gå til spørgsmål F4, side 10

F3. Hvad mener du er de vigtigste påvirkninger uden for dit arbejde, som forværrer dit eksem? (højest 5 krydser i hver kolonne)

	Håndeksem	Eksem på håndled/underarme
sæbe, flydende sæbe, shampoo og andre produkter til personlig pleje	<input type="checkbox"/> 2 F3Hhyg	<input type="checkbox"/> 2 F3Fhyg
vaskemidler og rengøringsmidler til husholdningsbrug	<input type="checkbox"/> 2 F3Hhou	<input type="checkbox"/> 2 F3Fhou
håndtering af madvarer	<input type="checkbox"/> 2 F3Hfoo	<input type="checkbox"/> 2 F3Ffoo
arbejde med våde hænder	<input type="checkbox"/> 2 F3Hwet	<input type="checkbox"/> 2 F3Fwet
hyppig håndvask	<input type="checkbox"/> 2 F3Hwas	<input type="checkbox"/> 2 F3Fwas
beskyttelseshandsker	<input type="checkbox"/> 2 F3Hglo	<input type="checkbox"/> 2 F3Fglo
vedligeholdelse af maskiner (f.eks. bilreparation), håndtering af olie	<input type="checkbox"/> 2 F3Hmac	<input type="checkbox"/> 2 F3Fmac
bygningsarbejde, malearbejde, tapetsering, renovering og istandsættelse	<input type="checkbox"/> 2 F3Hcon	<input type="checkbox"/> 2 F3Fcon
havearbejde, håndtering af planter, jord, grøntsager, bær, frugter, osv.	<input type="checkbox"/> 2 F3Hgar	<input type="checkbox"/> 2 F3Fgar
infektioner (forkølelse, influenza eller feber)	<input type="checkbox"/> 2 F3Hinf	<input type="checkbox"/> 2 F3Finf
humørsvingninger, stress	<input type="checkbox"/> 2 F3Hstr	<input type="checkbox"/> 2 F3Fstr
menstruation eller anden hormonel påvirkning	<input type="checkbox"/> 2 F3Hhmf	<input type="checkbox"/> 2 F3Fhmf
andet, hvad? _____ F3otxta	<input type="checkbox"/> 2 F3Hoa	<input type="checkbox"/> 2 F3Foa
_____ F3otxtb	<input type="checkbox"/> 2 F3Hob	<input type="checkbox"/> 2 F3Fob
_____ F3otxtc	<input type="checkbox"/> 2 F3Hoc	<input type="checkbox"/> 2 F3Foc

F4. Bedres dit eksem, når du holder fri fra dit sædvanlige arbejde (f.eks. weekender, ferier eller længere perioder)? (højst et svar i hver kolonne)

	Håndeksem F4H	Eksem på håndled/underarme F4F
nej	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
ja, undertiden	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
ja, som regel	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
ved ikke	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0

C1. Har eksem på hænder, håndled eller underarme påvirket dit daglige arbejde på nogen særlig måde? Hvilke af følgende udsagn passer på dig? (et eller flere svar)

slet ingen påvirkning 1 C1

På grund af mit eksem ...

... er jeg nødt til at bruge beskyttelseshandsker 2 C1glo

... er mine arbejdsopgaver blevet ændret 2 C1cwt

... har jeg skiftet arbejde 2 C1cop

... har jeg haft svært ved at få arbejde 2 C1dif

... er kollegaer eller arbejdsgiver(e) negativt indstillet over for mig 2 C1neg

... er mit valg af arbejde eller erhverv påvirket 2 C1cho

... er min indkomst gået ned 2 C1inc

... har jeg været sygemeldt eller på anden måde ude af arbejde 2 C1off

Hvor længe har du været sygemeldt eller ude af arbejde inden for de seneste 12 måneder på grund af eksem? _____ C1offw (uger)

... har jeg mistet et job 2 C1los

... er jeg blevet pensioneret eller er gået på efterløn 2 C1ret

andre konsekvenser, hvilke? _____ C1otxt 2 C1o

C2. Hvordan har dit eksem påvirket dit liv inden for de seneste 12 måneder?*(sæt et kryds i hver linie)*

	Ingen påvirkning	Let påvirket	Moderat påvirket	Kraftigt påvirket	Ikke relevant
C2ocw erhvervsarbejde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
C2hda husligt arbejde, daglige aktiviteter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
C2spa sport og lignende aktiviteter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
C2oha andre hobbyer eller fritidsaktiviteter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
C2sle søvn	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
C2tra transport eller rejser	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
C2soc selskabelighed eller socialt samvær	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
C2rel nære personlige relationer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
C2sex seksualliv	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
C2moo humør	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0

C3. Har dit eksem haft negativ indvirkning på din økonomiske situation (medicin og andre følgeudgifter, tabte arbejdsdage, nedsat arbejdsevne og/eller arbejdsskift)?*(kun et svar)*

- ingen negative økonomiske konsekvenser (ingen udgifter eller fuld kompensation) 0
- der er visse udgifter, men de har ikke ændret min samlede økonomiske situation 2
- et vist økonomisk tab 3
- betydeligt økonomisk tab 4

U1. Har du nogensinde haft nældefeber på hænder, håndled eller underarme?

(nældefeber viser sig ved et forbigående kløende udslæt, som ligner det udslæt, man får ved kontakt med brændenælde eller efter et myggestik)

nej 1 (gå til spørgsmål S1, side 14)

ja 2

U2. Har nældefeber på dine hænder, håndled eller underarme været forårsaget af hudkontakt med frugt, grøntsager, gummihandsker, dyr, osv.?

(udslæt, der optræder få minutter efter kontakten)

nej 1 (gå til spørgsmål S1, side 14)

ja 2 efter hudkontakt med **hvad?** _____ U2txta

_____ U2txtb

_____ U2txtc

ved ikke 0 (gå til spørgsmål S1, side 14)

U3. Hvor ofte har du haft nældefeber på hænder, håndled eller underarme?

(kun et svar)

en gang 3

2-5 gange 4

mere end 5 gange 5

U4. Hvornår havde du sidst nældefeber på hænder, håndled eller underarme?

(kun et svar)

inden for de sidste 7 dage 3

mellem 7 dage og 3 måneder siden 4

mellem 3 og 12 måneder siden 5

mere end et år siden 6

Hvilket år? _____ U4y (årstal)

(giv dit bedste skøn)

U5. Hvornår havde du første gang nældefeber på hænder, håndled eller underarme?*(kun et svar)*

- før 6 års alderen 3
- mellem 6 og 14 års alderen 4
- mellem 15 og 18 års alderen 5
- efter 18 års alderen 6

Hvilket år begyndte det? _____ (*årstal*)
(giv dit bedste skøn) U5y

Hvis du første gang havde nældefeber før 18 års alderen, gå til spørgsmål U8

U6. Hvad var dit erhverv eller beskæftigelse, da du første gang havde nældefeber?

erhverv/beskæftigelse _____ U6txt

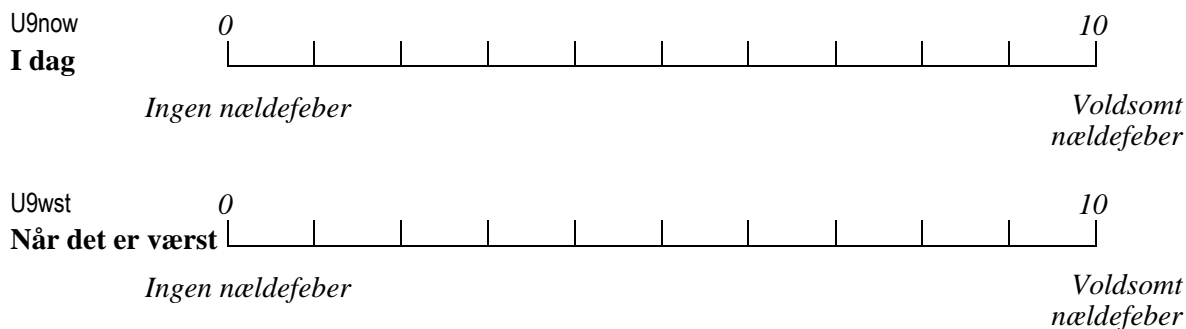
U7. Hvad var dine væsentligste arbejdsopgaver, da du første gang havde nældefeber?

arbejdsopgaver _____
 _____ U7txt

U8. Har du som voksen søgt læge på grund af nældefeber?

nej 1

ja 2 **Hvornår var sidste gang?** _____ U8y (*årstal*)
(giv dit bedste skøn)

U9. Hvordan vurderer du graden af dit nældefeber på en skala fra 0-10?*(sæt et mærke på linien svarende til svarhedsgraden)*

S1. Har du haft nogle af de følgende symptomer på hænder, eller håndled eller underarme de seneste 12 måneder? (et eller flere svar i hver kolonne)

	Hænder	Underarme
ingen symptomer de sidste 12 måneder	<input type="checkbox"/> 1 S1H	<input type="checkbox"/> 1 S1F
rødme	<input type="checkbox"/> 2 S1Hre	<input type="checkbox"/> 2 S1Fre
tør hud med afskalning	<input type="checkbox"/> 2 S1Hdr	<input type="checkbox"/> 2 S1Fdr
revner eller sprækker	<input type="checkbox"/> 2 S1Hfi	<input type="checkbox"/> 2 S1Ffi
væsken eller skorpedannelse	<input type="checkbox"/> 2 S1Hcr	<input type="checkbox"/> 2 S1Fcr
små vandblærer	<input type="checkbox"/> 2 S1Hve	<input type="checkbox"/> 2 S1Fve
knopper	<input type="checkbox"/> 2 S1Hpa	<input type="checkbox"/> 2 S1Fpa
nældefeber (forbigående kløende udslæt)	<input type="checkbox"/> 2 S1Hur	<input type="checkbox"/> 2 S1Fur
kløe	<input type="checkbox"/> 2 S1Hit	<input type="checkbox"/> 2 S1Fit
brænden, prikken eller stikken	<input type="checkbox"/> 2 S1Hbu	<input type="checkbox"/> 2 S1Fbu
ømhed	<input type="checkbox"/> 2 S1Hte	<input type="checkbox"/> 2 S1Fte
smerte eller svie	<input type="checkbox"/> 2 S1Hap	<input type="checkbox"/> 2 S1Fap
andet, hvad? _____ S1otxt	<input type="checkbox"/> 2 S1Ho	<input type="checkbox"/> 2 S1Fo

S2. Får du udslæt af bukseknapper, metalspænder, uægte smykker (f.eks. øreringe) eller andre metalgenstande i tæt kontakt med huden? (bortset fra under fingerringe)

- nej 1
- ja 2

S3. Har du tør hud?

- nej 1
- ja 2

S4. Klør din hud, når du sveder?nej 1ja 2**S5a. Har du nogensinde haft eksem i albuebøjninger eller knæhaser?**nej 1ja 2**S5b. Har du nogensinde haft børneeksem?***(kaldes også astmaeksem eller atopisk eksem)*nej 1ja 2 **Er det konstateret af en læge?** nej 1 S5bdgja 2 **hvornår?** _____ S5by (årstal)ved ikke 0

T1. Har en læge nogensinde konstateret, at du havde allergi?

- nej 1 (gå til spørgsmål E1, side 17)
- ja 2
- ved ikke 0 (gå til spørgsmål E1, side 17)

T2. Hvilke allergier har du fået konstateret?

Angiv dine allergier, en på hver linie. Giv dit bedste skøn for hvornår

- _____ T2txta **Hvornår?** _____ T2ya (årstal)
- _____ T2txtb **Hvornår?** _____ T2yb (årstal)
- _____ T2txtc **Hvornår?** _____ T2yc (årstal)
- _____ T2txtd **Hvornår?** _____ T2yd (årstal)
- _____ T2txte **Hvornår?** _____ T2ye (årstal)
- _____ T2txtf **Hvornår?** _____ T2yf (årstal)
- _____ T2txtg **Hvornår?** _____ T2yg (årstal)

ved ikke 0

T3. Blev allergien eller allergierne diagnosticeret med ...

(marker alle relevante)

lappetest (testmateriale sættes normalt på ryggen og fjernes efter 1-2 dage) 2 T3pa

priktest (testdråber dryppes normalt på underarmen og der prikkes med en nål. Resultatet aflæses efter 15-30 minutter) 2 T3pr

blodprøver 2 T3bl

andet, hvad? _____ T3otxt 2 T3o

ved ikke 0

E1. Har du nogensinde brugt beskyttelseshandsker på arbejde?

- nej, aldrig 1 (gå til spørgsmål E5, side 18)
- ja, i øjeblikket 2 **Hvor mange timer pr. dag i gennemsnit?** _____ E1h (timer)
- ja, men ikke i øjeblikket 3

E2. Hvilke typer handsker bruger du (eller brugte du) på arbejde?

(sæt gerne flere krydser)

	I øjeblikket	Kun tidligere	
naturgummi/latex	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	E2rl
syntetisk gummi (f.eks. nitril, neopren osv.)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	E2sr
plastik (f.eks. vinyl, PVC, polyethylen)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	E2pl
bomuldshandsker under gummi- eller plastikhandsker	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	E2ug
læder	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	E2le
stofhandsker	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	E2cl
andet, hvad? _____ E2otxt	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	E2o
ved ikke	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	E2nk

E3. Har du haft hudgener ved brug af beskyttelseshandsker?nej 1 (gå til spørgsmål E5, side 18)ja 2 **fra hvilke typer af handsker?** (et eller flere svar)

naturgummi/latex	<input type="checkbox"/> 2 E3rl
syntetisk gummi	<input type="checkbox"/> 2 E3sr
plastik	<input type="checkbox"/> 2 E3pl
læder	<input type="checkbox"/> 2 E3le
alle handsker	<input type="checkbox"/> 2 E3ag
andet, hvad? _____ E3otxt	<input type="checkbox"/> 2 E3o
ved ikke	<input type="checkbox"/> 2 E3nk

E4. Har du skiftet handsketype eller ophørt med at bruge handsker på grund af hudgener?nej 1ja 2 **hvornår?** _____ E4y (årstal)

E5. Hvad er du i øjeblikket udsat for på dit arbejde? (et eller flere svar)

		Timer per dag (i gennemsnit)		
		mindre end ½	½ til 2	mere end 2
E5ww	vådt arbejde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
E5fo	madlavning eller håndtering af fødevarer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
E5pl	planter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
E5an	dyr	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
E5cl	rengøringsmidler	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
E5so	opløsningsmidler	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
E5cf	olie, køle-smøremidler osv.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
E5pa	maling, lak, overfladebehandlingsmidler osv.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
E5gl	lim, klister osv.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
E5se	fugemasse, spartelmasse, puds, gulvlægningsmidler, cement osv.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
E5du	støv (træstøv, slibestøv, papirstøv osv.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
E5sw	jord, affald eller andet smuds/snavs	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	andet			
E5oa	hvad? _____ E5otxta	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
E5ob	_____ E5otxtb	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
E5oc	_____ E5otxtc	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
E5od	_____ E5otxtd	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
E5oe	_____ E5otxte	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Intet af ovenstående	<input type="checkbox"/> 1		

E6. Hvor mange timer om dagen bruger du for tiden på følgende aktiviteter uden for dit arbejde? (et eller flere svar, giv dit bedste skøn)

		Timer per dag (i gennemsnit)			
		0	mindre end ½	½ til 2	mere end 2
E6fo	madlavning	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
E6cl	rengøring, opvask i hånden eller håndvask af tøj	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
E6in	passer børn under 4 år	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

E7. Hvor ofte har du brugt tid på følgende aktiviteter uden for dit arbejde, de sidste 12 måneder? (et svar i hver linie, giv dit bedste skøn)

	Dagligt	Mindst en gang pr. uge	Mindst en gang pr. måned	Mindre end en gang pr. måned	Kun periodisk	
havearbejde (i sæsonen)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	E7gar
bil- eller motorreparationer	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	E7car
byggeri eller renovering	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	E7bui
andre aktiviteter med udsættelse for kemikalier						
hvilke? _____ E7chatxt	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	E7cha
_____ E7chbtxt	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	E7chb
sportsaktiviteter						
hvilke? _____ E7spatxt	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	E7spa
_____ E7spbtxt	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	E7spb
fritidsaktiviteter						
hvilke? _____ E7hoatxt	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	E7hoa
_____ E7hobtxt	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	E7hob
_____ E7hoc.txt	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	E7hoc

E8. Hvor mange gange vasker du dine hænder på en normal arbejdsdag?

(medtag håndvask på arbejde og hjemme/uden for arbejde)

0-5 gange om dagen	<input type="checkbox"/> 3
6-10 gange om dagen	<input type="checkbox"/> 4
11-20 gange om dagen	<input type="checkbox"/> 5
mere end 20 gange om dagen	<input type="checkbox"/> 6

H1. Hvordan vurderer du dit generelle helbred, sammenlignet med andre på din egen alder?*(kun et svar)*fremragende 3vældig godt 4godt 5mindre godt 6dårligt 7**H2. Hvor mange mennesker bor i din husstand, medregnet dig selv? _____ H2tot (*antal personer*)**Hvor mange af disse er børn under 4 år _____ H2inf (*antal personer*)