

# NOSQ-2002/LONG in Swedish – Nordiskt frågeformulär avseende arbetsrelaterade hudsjukdomar

## Instruktioner till frågeformuläret

**Inramade frågor** ska besvaras av ALLA. Om du svarar ”nej” på en inramad fråga, kan du hoppa direkt till nästa inramade fråga om det inte står något annat i instruktionen till frågan.

Hoppa inte över någon av de inramade frågorna.

1. Sätt kryss i rutan vid det svar som gäller dig

nej  1  
ja  2

2. Sätt bara ett kryss om det inte står något annat i frågan, till exempel

**När hade du första gången eksem på händer, handleder eller underarmar?**  
(endast ett svar i respektive/aktuell kolumn; gör en så bra uppskattning som möjligt)

	Handeksem	Eksem på handleder/underarmar
före 6 års ålder	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
mellan 6 och 14 års ålder	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
mellan 15 och 18 års ålder	<input type="checkbox"/> 5	<input checked="" type="checkbox"/> 5
över 18 års ålder	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6

3. Om det finns en följdfråga till det svar du väljer ska du skriva svaret på linjen, till exempel

ja  2 **Senast när?** 1997 (årstal)  
(gör en så bra uppskattning som möjligt)

4. Besvara frågorna i tur och ordning om det inte står något annat efter det svar du väljer. Om det står (gå till fråga ...) ska du hoppa direkt till den frågan utan att svara på mellanliggande frågor, till exempel

nej  1 (gå til fråga S1)  
ja  2

5. Du ska inte bry dig om numreringen vid kryssrutorna. ”Nej” är alltid  1 och ”ja” är  2. Andra kryssrutor numreras från 3 och uppåt. Numreringen används vid sammanställning av resultatet.

Instruktioner till svarande är skrivna med kursiv stil.

Svarande, kod: \_\_\_\_\_

**G1. Arbetsplats:** \_\_\_\_\_ G1wp

**Avdelning:** \_\_\_\_\_ G1dep

**G2. Kön**

man  1

kvinna  2

**G3. Födelseår: 19**\_\_\_\_

**G4. Är du för närvarande ...?**

*(endast ett svar)*

anställd  3

egen företagare  4

heltid hemmafru/hemmaman  5 *(fortsätt till fråga A1, sid 4)*

arbetslös  6

studerande  7 *(fortsätt till fråga G8, sid 3)*

lärling/trainee  8

föräldraledig  9

pensionerad  10 *(fortsätt till fråga A1, sid 4)*

annat, vad? \_\_\_\_\_ G4txt  11

**G5. Vilket är ditt nuvarande yrke?** \_\_\_\_\_ G5txt

**Sedan när?** \_\_\_\_\_ G5y (år)

**G6. Vilken är din huvudsakliga arbetsuppgift? \_\_\_\_\_** G6txt

**Sedan när? \_\_\_\_\_** G6y (år)

**G7. Hur många timmar i veckan arbetar du (i genomsnitt) i ditt vanliga arbete? \_\_\_\_\_**  
(timmar/vecka)

**G8. Utför du regelbundet något annat yrkesarbete?**

nej  1

ja  2 **Vilket/vilka? \_\_\_\_\_** G8txt

**Hur många timmar i veckan (i genomsnitt)? \_\_\_\_\_** G8h (timmar/vecka)

**A1. Har du någon gång haft en kliande hudåkomma vilken uppträtt av och till i minst 6 månader och ibland suttit i hudveck? (*med hudveck avses armveck, knäveck, fotledens framsida, lårets baksida, runt hals, öron eller ögon*)**

nej  1

ja  2

vet ej  0

**A2. Har du någon gång haft allergiska besvär från näsan ("hösnuva"), ex. av pollen eller pälsdjur?**

nej  1

ja  2

vet ej  0

**A3. Har du någon gång haft allergiska besvär från ögonen, ex. av pollen eller pälsdjur?**

nej  1

ja  2

vet ej  0

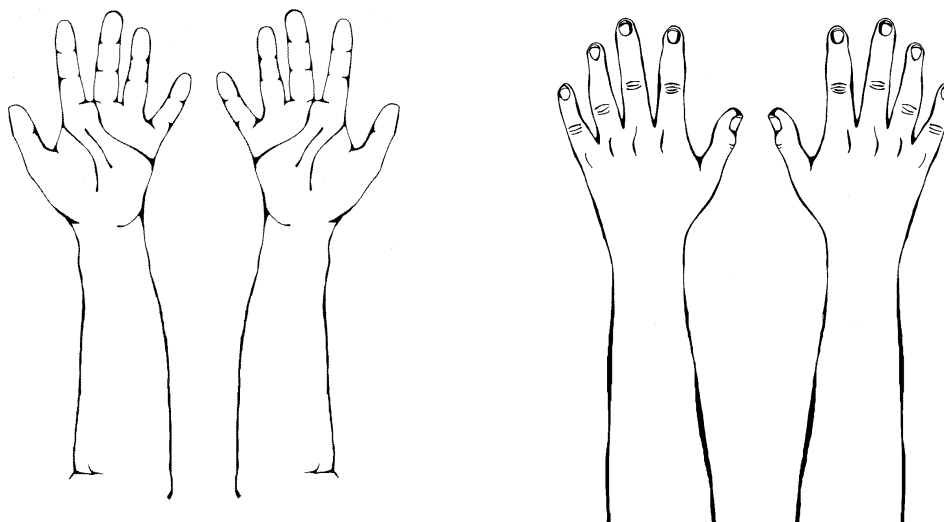
**A4. Har du någon gång haft astma?**

nej  1

ja  2 **Har en läkare ställt diagnosen?** nej  1 A4dg

ja  2 **när?** \_\_\_\_A4y (år)

vet ej  0

**D1. Har du någon gång haft handeksem?**nej  1ja  2**D2. Har du någon gång haft eksem på handleder eller underarmar (nedanför armvecken)?**nej  1 (om du också svarade "nej" på fråga D1 fortsätt till fråga U1, sid 12)ja  2**D3. Skugga de områden på händer och underarmar där eksemet vanligtvis sitter**  
(ett eller flera områden)

Variable names for coding the respondents' shading in the D3-picture:

fingers	<input type="checkbox"/> 2 D3fi
finger webs	<input type="checkbox"/> 2 D3fw
backs of hands	<input type="checkbox"/> 2 D3bh
palms	<input type="checkbox"/> 2 D3pa
wrists	<input type="checkbox"/> 2 D3wr
forearms	<input type="checkbox"/> 2 D3fo

**D4. Hur ofta har du haft eksem på dina händer, handleder eller underarmar?***(endast ett svar i respektive/aktuell kolumn)*

	Handeksem D4H	Eksem på handleder/underarmar D4F
bara en gång och i <u>mindre än</u> 2 veckor	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
bara en gång men i <u>mer än</u> 2 veckor	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
mer än en gång	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
i stort sett utan avbrott sedan det började	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6

**D5. När hade du senast eksem på dina händer, handleder eller underarmar?***(endast ett svar i respektive/aktuell kolumn)*

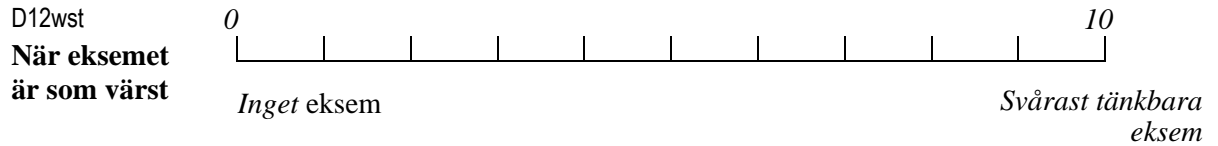
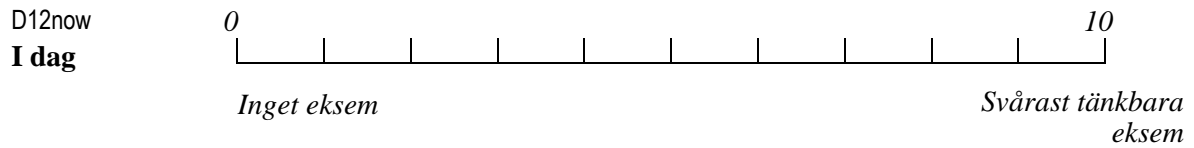
	Handeksem D5H	Eksem på handleder/underarmar D5F
jag har det just nu	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
inte just nu men under de senaste 3 månaderna	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
3-12 månader sedan	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
mer än 12 månader sedan	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
<b>Vilket år hade du det senast?</b> <i>(gör en så bra uppskattning som möjligt)</i>	_____ (år) D5Hy	_____ (år) D5Fy

**D6. När hade du första gången eksem på händer, handleder eller underarmar?***(endast ett svar i respektive/aktuell kolumn; gör en så bra uppskattning som möjligt)*

	Handeksem D6H	Eksem på handleder/underarmar D6F
före 6 års ålder	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
mellan 6 och 14 års ålder	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
mellan 15 och 18 års ålder	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
över 18 års ålder	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
<b>Vilket år började det?</b> <i>(gör en så bra uppskattning som möjligt)</i>	_____ (år) D6Hy	_____ (år) D6Fy

**Om eksemet på händer, handleder eller underarmar startade före 18 års ålder fortsätt till fråga D10, sid 7**

	Handeksem	Eksem på handleder/underarmar
<b>D7. Vad anser/tror du var <u>orsaken</u> till eksemet på händer, handleder eller underarmar när det började?</b> ( <i>orsak</i> )	_____	_____
	D7Htxt	D7Ftxt
vet ej orsaken	<input type="checkbox"/> 1 D7H	<input type="checkbox"/> 1 D7F
<b>D8. Vilket var ditt yrke när eksemet började?</b> ( <i>yrke</i> )	_____	_____
	D8Htxt	D8Ftxt
<b>D9. Vilka var dina huvudsakliga arbetsuppgifter när eksemet började?</b> ( <i>arbetsuppgifter</i> )	_____	_____
	D9Htxt	D9Ftxt
<b>D10. Har du sökt läkare i vuxen ålder för ditt eksem på händer, handleder eller underarmar?</b>		
	Handeksem D10H	Eksem på handleder/underarmar D10F
nej	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
ja	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
<b>Senast när?</b> ( <i>gör en så bra uppskattning som möjligt</i> )	_____D10Hy (år)	_____D10Fy (år)
<b>D11. Under vilken årstid har du haft mest besvär med ditt eksem på händer, handleder eller underarmar?</b> ( <i>ett eller flera svar i respektive/aktuell kolumn</i> )		
	Handeksem D11H	Eksem på handleder/underarmar D11F
inga årstidsvariationer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
vinter	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
vår	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
sommar	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
höst	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6

**D12. Hur graderar du ditt eksem på en skala från 0 – 10?***(markera med ett kryss på linjen motsvarande svårighetsgraden av eksemet)***F1. Har du märkt att kontakt med vissa material, kemikalier eller annat i ditt arbete försämrar ditt eksem? (endast ett svar i respektive/aktuell kolumn)**

	Handeksem F1H	Eksem på händer/underarmar F1F
nej	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
ja	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
	<b>Vad?</b>	
	_____	_____
	F1Hxta	F1Fxta
	_____	_____
	F1Hxtb	F1Fxtb
vet ej	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0



**F2. Har du märkt att kontakt med vissa material, kemikalier eller annat utanför arbetet försämrar ditt eksem? (endast ett svar i respektive/aktuell kolumn)**

	Handeksem F2H	Eksem på handleder/underarmar F2F
nej	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
ja	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
vet ej	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0

**Om du svarat "nej" eller "vet ej" i båda kolumnerna fortsätt till fråga F4, sid 10**

**F3. Vilka är enligt din åsikt de viktigaste försämrande faktorerna för ditt eksem utanför arbetet? (markera högst 5 alternativ i varje kolumn)**

	Handeksem	Eksem på handleder/underarmar
fasta eller flytande tvålar, schampo eller andra produkter för personlig hygien	<input type="checkbox"/> 2 F3Hhyg	<input type="checkbox"/> 2 F3Fhyg
rengöringsmedel och andra produkter för städning och tvätt i hushållet	<input type="checkbox"/> 2 F3Hhou	<input type="checkbox"/> 2 F3Fhou
hantering av livsmedel	<input type="checkbox"/> 2 F3Hfoo	<input type="checkbox"/> 2 F3Ffoo
arbete med våta händer	<input type="checkbox"/> 2 F3Hwet	<input type="checkbox"/> 2 F3Fwet
frekvent handtvätt	<input type="checkbox"/> 2 F3Hwas	<input type="checkbox"/> 2 F3Fwas
skyddshandskar	<input type="checkbox"/> 2 F3Hglo	<input type="checkbox"/> 2 F3Fglo
maskin/motorunderhåll (ex. bilar), hantering av oljor	<input type="checkbox"/> 2 F3Hmac	<input type="checkbox"/> 2 F3Fmac
byggnadsarbete, målning, tapetsering, renovering	<input type="checkbox"/> 2 F3Hcon	<input type="checkbox"/> 2 F3Fcon
trädgårdsarbete, hantering av växter, jord, grönsaker, frukt, bär etc.	<input type="checkbox"/> 2 F3Hgar	<input type="checkbox"/> 2 F3Fgar
infektioner (ex. förkylning, influensa eller feber)	<input type="checkbox"/> 2 F3Hinf	<input type="checkbox"/> 2 F3Finf
sinnesstämning, stress	<input type="checkbox"/> 2 F3Hstr	<input type="checkbox"/> 2 F3Fstr
menstruationsperioder eller andra hormonella faktorer	<input type="checkbox"/> 2 F3Hhmf	<input type="checkbox"/> 2 F3Fhmf
annat, <b>vad?</b> _____ F3otxta <input type="checkbox"/> 2 F3Hoa	<input type="checkbox"/> 2 F3Hob	<input type="checkbox"/> 2 F3Foa
_____ F3otxtb	<input type="checkbox"/> 2 F3Hoc	<input type="checkbox"/> 2 F3Fob
_____ F3otxtc		<input type="checkbox"/> 2 F3Foc

**F4. Förbättras ditt eksem när du är borta från ditt normala arbete (till exempel under veckoslut eller längre tidsperioder)?** (endast ett svar i respektive/aktuell kolumn)

	Handeksem F4H	Eksem på händer/underarmar F4F
nej	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
ja, ibland	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
ja, vanligtvis	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
vet ej	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0

**C1. Har eksem på händer, handleder eller underarmar påverkat din dagliga verksamhet i ditt yrke på något sätt? Vilket/vilka av följande påståenden gäller dig?**  
(ett eller flera svar)

inte alls  1 C1

**På grund av mitt eksem ...**

... måste jag använda skyddshandskar  2 C1glo

... har jag bytt arbetsuppgifter/blivit omplacerad på arbetet  2 C1cwt

... har jag bytt yrke  2 C1cop

... har jag haft svårigheter att få jobb  2 C1dif

... har mina arbetskamrater eller arbetsgivare en negativ inställning till mig  2 C1neg

... har mitt val av yrke påverkats  2 C1cho

... har min inkomst minskat  2 C1inc

... har jag varit sjukskriven eller borta från arbetet  2 C1off

**Under hur lång tid de senaste 12 månaderna har du varit sjukskriven eller borta från arbetet på grund av eksem? \_\_\_\_\_ C1offw (veckor)**

... har jag förlorat mitt arbete  2 C1los

... har jag blivit pensionerad  2 C1ret

andra konsekvenser, vad? \_\_\_\_\_ C1otxt  2 C1o

**C2. Hur har ditt eksem påverkat ditt liv de senast 12 månaderna?***(ett svar på varje rad)*

	Ingen påverkan	Lätt påverkan	Måttlig påverkan	Stark påverkan	Ej relevant
C2ocw yrkesarbete	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
C2hda hushållsarbete, dagliga sysslor	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
C2spa sport och liknande aktiviteter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
C2oha andra hobbyverksamheter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
C2sle sömn	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
C2tra förflyttningar, resor	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
C2soc sociala aktiviteter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
C2rel nära relationer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
C2sex sexliv	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
C2moo humör	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0

**C3. Har ditt eksem haft negativa effekter på din ekonomi (extra kostnader för sjukvård, läkemedel, inkomstbortfall, ökade levnadsomkostnader)?** *(endast ett svar)*

- inga negativa ekonomiska effekter (inga kostnader eller jag har full kompensation)  0
- vissa effekter eller kostnader men de har inte ändrat min ekonomiska situation  2
- viss ekonomisk förlust  3
- betydande ekonomisk förlust  4

**U1. Har du någon gång haft snabbt uppkommande och snabbt försvinnande (inom timmar) kliande nässelutslag på händer, handleder eller underarmar (urtikaria)?**

nej  1 (fortsätt till fråga S1, sid 14)

ja  2

**U2. Har dessa kliande nässelutslag (denna urtikaria) på dina händer, handleder eller underarmar orsakats av hudkontakt med frukt, grönsaker, gummihandskar, djur etc.? (uppträdande av nässelutslag inom några minuter efter kontakt)**

nej  1 (fortsätt till fråga S1, sid 14)

ja  2 efter hudkontakt med **vad?** \_\_\_\_\_ U2txta

\_\_\_\_\_ U2txtb

\_\_\_\_\_ U2txtc

vet ej  0 (fortsätt till fråga S1, sid 14)

**U3. Hur ofta har du haft dessa kliande nässelutslag (denna urtikaria) på dina händer, handleder eller underarmar? (endast ett svar)**

bara en gång  3

2-5 gånger  4

mer än 5 gånger  5

**U4. När hade du senast dessa kliande nässelutslag (denna urtikaria) på dina händer, handleder eller underarmar? (endast ett svar)**

under de senaste 7 dagarna  3

inte senaste veckan men de senaste 3 månaderna  4

3-12 månader sedan  5

mer än 12 månader sedan  6

**Vilket år?** \_\_\_\_\_ U4y (år)

(gör en så bra uppskattning som möjligt)

**U5. När hade du dessa kliande nässelutslag (denna urtikaria) på dina händer, handleder eller underarmar första gången? (endast ett svar)**

- före 6 års ålder  3
- mellan 6 och 14 års ålder  4
- mellan 15 och 18 års ålder  5
- efter 18 års ålder  6

**Vilket år började nässelutslagen?** \_\_\_\_\_ (år)  
(gör en så bra uppskattning som möjligt) U5y

*Om dessa kliande nässelutslag (denna urtikaria) började före 18 års ålder fortsätt till fråga U8*

**U6. Vilket var ditt yrke när dessa nässelutslag (denna urtikaria) började?**

yrke \_\_\_\_\_ U6txt

**U7. Vilka var dina huvudsakliga arbetsuppgifter när dessa nässelutslag (denna urtikaria) började?**

arbetsuppgifter \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ U7txt

**U8. Har du sökt läkare i vuxen ålder för dessa kliande nässelutslag (denna urtikaria)?**

- nej  1
- ja  2 **Senast när?** \_\_\_\_\_ U8y (år)  
(gör en så bra uppskattning som möjligt)

**U9. Hur graderar du dina nässelutslag (din urtikaria) på en skala från 0 - 10?**

(markera med kryss på linjen motsvarande svårighetsgraden av nässelutslagen)

U9now 0 \_\_\_\_\_ 10  
**I dag**  
Inga nässelutslag Svårast tänkbara  
nässelutslag

U9wst 0 \_\_\_\_\_ 10  
**När nässel-  
utslagen är som  
värst**  
Inga nässelutslag Svårast tänkbara  
nässelutslag

**S1. Har du haft något/några av följande symptom på dina händer, handleder eller underarmar de senaste 12 månaderna?** (ett eller flera svar i respektive/aktuell kolumn)

	Händer	Handleder/ underarmar
inga symtom de senaste 12 månaderna	<input type="checkbox"/> 1 S1H	<input type="checkbox"/> 1 S1F
rodnad	<input type="checkbox"/> 2 S1Hre	<input type="checkbox"/> 2 S1Fre
torr hud med fjällning	<input type="checkbox"/> 2 S1Hdr	<input type="checkbox"/> 2 S1Fdr
sprickor	<input type="checkbox"/> 2 S1Hfi	<input type="checkbox"/> 2 S1Ffi
vätskande hud	<input type="checkbox"/> 2 S1Hcr	<input type="checkbox"/> 2 S1Fcr
små vattenblåsor (vesikler)	<input type="checkbox"/> 2 S1Hve	<input type="checkbox"/> 2 S1Fve
knotttror	<input type="checkbox"/> 2 S1Hpa	<input type="checkbox"/> 2 S1Fpa
snabbt uppträdande kliande nässelutslag (urtikaria)	<input type="checkbox"/> 2 S1Hur	<input type="checkbox"/> 2 S1Fur
klåda	<input type="checkbox"/> 2 S1Hit	<input type="checkbox"/> 2 S1Fit
sveda, stickningar eller brännande känsla	<input type="checkbox"/> 2 S1Hbu	<input type="checkbox"/> 2 S1Fbu
ömhet	<input type="checkbox"/> 2 S1Hte	<input type="checkbox"/> 2 S1Fte
värk eller smärta	<input type="checkbox"/> 2 S1Hap	<input type="checkbox"/> 2 S1Fap
något annat, vad? _____ S1otxt	<input type="checkbox"/> 2 S1Ho	<input type="checkbox"/> 2 S1Fo

**S2. Får du utslag av jeansknappar, metallspännen, av smycken, till exempel örhängen eller andra metalldetaljer närmast huden?** (bortsett från hudbesvär under ringar)

- nej  1
- ja  2

**S3. Har du torr hud?**

- nej  1
- ja  2

**S4. Får du klåda när du svettas?**nej  1ja  2**S5. Har du haft eksem som barn?**nej  1ja  2

**T1. Har du någon gång fått veta av en läkare att du har en allergi?**

- nej  1 (fortsätt till fråga E1, sid 17)
- ja  2
- vet ej  0 (fortsätt till fråga E1, sid 17)

**T2. Vilka allergier har du fått diagnosticerade?**

Ange vilka allergier, endast en per rad. Gör en så bra uppskattning som möjligt om tidpunkten.

- \_\_\_\_\_ T2xta **När?** \_\_\_\_\_ T2ya (år)
- \_\_\_\_\_ T2xtb **När?** \_\_\_\_\_ T2yb (år)
- \_\_\_\_\_ T2xtc **När?** \_\_\_\_\_ T2yc (år)
- \_\_\_\_\_ T2xtd **När?** \_\_\_\_\_ T2yd (år)
- \_\_\_\_\_ T2xte **När?** \_\_\_\_\_ T2ye (år)
- \_\_\_\_\_ T2xtf **När?** \_\_\_\_\_ T2yf (år)
- \_\_\_\_\_ T2xtg **När?** \_\_\_\_\_ T2yg (år)
- vet ej  0

**T3. Genom vilken undersökning fick du reda på din allergi (dina allergier)?**

(markera den/de som är relevanta)

- lapptest (epikutantest)** (testen fästs vanligtvis med tejp på övre delen av ryggen och tas bort efter 1-2 dagar)  2 T3pa
- pricktest** (testdroppar läggs vanligtvis på underarmen och huden sticks eller rispås med en nål. Resultatet avläses efter 15–30 minuter)  2 T3pr
- blodprov** (ex. RAST test)  2 T3bl
- annat, vad? \_\_\_\_\_ T3otxt  2 T3o
- vet ej  0



**E1. Har du någon gång använt skyddshandskar i arbetet?**

- nej, aldrig  1 (fortsätt till fråga E5, sid 18)
- ja, för närvarande  2 **Hur många timmar per dag i genomsnitt?** \_\_\_\_\_ E1h (timmar)
- ja, men inte för närvarande  3

**E2. Vilken typ av handskar använder (eller använde) du i arbetet?**

(ett eller flera svar)

	För närvarande	Endast tidigare	
naturgummi/latex	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	E2rl
syntetgummi (ex. nitril, neopren etc.)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	E2sr
plast (ex. vinyl, PVC, polyeten)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	E2pl
bomullsvantar under handskar av gummi eller plast	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	E2ug
läder	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	E2le
tyg	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	E2cl
annat, <b>vad?</b> _____ E2otxt	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	E2o
vet ej	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	E2nk

**E3. Har du haft hudsymptom på grund av användning av skyddshandskar?**nej  1 (fortsätt till fråga E5, sid 18)ja  2 **av vilken typ av handskar?** (ett eller flera svar)

naturgummi/latex	<input type="checkbox"/> 2	E3rl
syntetgummi	<input type="checkbox"/> 2	E3sr
plast	<input type="checkbox"/> 2	E3pl
läder	<input type="checkbox"/> 2	E3le
annat, <b>vad?</b> _____ E3otxt	<input type="checkbox"/> 2	E3o
alla sorters handskar	<input type="checkbox"/> 2	E3ag
vet ej	<input type="checkbox"/> 2	E3nk

**E4. Har du bytt handskar eller slutat använda handskar p.g.a. hudsymptom/hudbesvär?**nej  1ja  2 **när?** \_\_\_\_\_ E4y (år)

**E5. Vad kommer du för närvarande i kontakt med eller hanterar på arbetet?***(ett eller flera svar)*

		Timmar per dag (i genomsnitt)		
		mindre än ½	½ till 2	mer än 2
E5ww	våtarbete	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
E5fo	bereder mat/hanterar livsmedel	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
E5pl	växter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
E5an	djur	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
E5cl	rengöringsmedel	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
E5so	lösningsmedel	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
E5cf	oljor, skärvätskor etc.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
E5pa	färger, tätningsmedel, lacker, etc.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
E5gl	limmer, fästmassor, etc.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
E5se	tätmassa, murbruk, puts, gips, golvbehandling, betong etc.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
E5du	damm (pappersdamm, trädamm, slipdamm etc.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
E5sw	jord, avfall eller annan smuts	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	annat			
E5oa	<b>vad?</b> _____ 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
	Inget av det ovanstående	<input type="checkbox"/> 1		

**E6. Vid sidan av arbetet, hur många timmar per dag brukar du vanligtvis ....?***(gör en så bra uppskattning som möjligt)*

		Timmar per dag (i genomsnitt)			
		0	mindre än ½	½ till 2	mer än 2
E6fo	laga mat	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
E6cl	städa eller tvätta	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
E6in	vårda barn som är yngre än 4 år	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**E7. Vid sidan av arbetet, hur ofta har du sysslat med följande de senaste 12 månaderna?**  
(markera det som gäller dig; gör en så bra uppskattning som möjligt)

	Dagligen	Minst en 1 gång i veckan	Minst en 1 gång i månaden	Mindre än 1 gång i månaden	Periodvis	
trädgårdsarbete (sommartid)	<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
byggnads- eller renoveringsarbete	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	E7bui
andra aktiviteter med kemikaliexponering						
<b>vad?</b> _____ 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
sport/idrott						
<b>vad?</b> _____ 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
hobbies						
<b>vad?</b> _____ 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
_____ E7hocxt	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	E7hoc

**E8. Hur många gånger tvättar du händerna under en vanlig arbetsdag?**  
(räkna med handtvätt både under arbetstid och hemma/utanför arbetet)

0-5 gånger dagligen	<input type="checkbox"/> 3
6-10 gånger dagligen	<input type="checkbox"/> 4
11-20 gånger dagligen	<input type="checkbox"/> 5
mer än 20 gånger dagligen	<input type="checkbox"/> 6

**H1. I allmänhet och jämfört med jämnåriga personer, skulle du vilja säga att din hälsa är ...**  
(endast ett svar)

utmärkt  3

mycket god  4

god  5

någorlunda  6

dålig  7

**H2. Hur många personer ingår i ditt hushåll, dig själv inräknad? \_\_\_\_\_ H2tot (antal personer)**

Hur många av dessa är barn i åldern 0-4 år? \_\_\_\_\_ H2inf (antal personer)