

Förslag 20050306

Läkarundersökning för anställda som utsättes för hand-armvibrationer

Intervju eller frågeformulär

 VÄSTERBOTTENS
LÄNS LANDSTING
Medicinsk Teknik & Informatik,
Yrkesmedicinska kliniken
Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

 Landstinget
Västernorrland
Yrkes- och miljömedicinska kliniken
Sundsvalls sjukhus

 SAHLGRENKA UNIVERSITETSSJUKHUSET



Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin
Yrkes- och miljömedicin, Umeå Universitet

 Arbetslivsinstitutet
Arbetet och den fysiska miljön
Arbetslivsinstitutet Norr, Umeå



Arbets- och Miljömedicin, Sahlgrenska akademien och universitetssjukhus, Göteborg

Namn: _____

Arbetsgivare: _____

Yrkestitel: _____

Beskrivning av Din arbetsuppgift

När började Du arbeta inom Ditt nuvarande arbete? _____ (Ex. 2001)

Yrken/ arbetsuppgifter

1 Vilka arbeten har du haft (t ex 1992-2001 Bil & plåt AB, bilplåtslagare)

År -år	Företag	Befattning /arbetsuppgifter
__ - __	_____	_____
__ - __	_____	_____
__ - __	_____	_____
__ - __	_____	_____
__ - __	_____	_____
__ - __	_____	_____
__ - __	_____	_____
__ - __	_____	_____
__ - __	_____	_____

2 Använder Du **vibrerande** handmaskiner i Ditt nuvarande arbete? (ex. slipmaskin, elvisp)

Nej Ja

3 Om Ja, när började Du använda vibrerande maskiner? _____ (Ex. 2001)

4 Om Ja, vilka vibrerande handmaskiner använder Du?

Ange användningstiden för varje maskin som Du använder i Ditt nuvarande arbete

Ange tiden som maskinen är igång och överför vibrationer till händerna

Använd maskin	Minuter per dag	Dagar per vecka	Veckor per år	Antal år
a) _____	_____	_____	_____	_____
b) _____	_____	_____	_____	_____
c) _____	_____	_____	_____	_____
d) _____	_____	_____	_____	_____
e) _____	_____	_____	_____	_____

5 Ange användningstiden för varje maskin som Du använt i Dina tidigare arbeten.

Ange tiden som maskinen är igång och överför vibrationer till händerna

Yrke	Företag	Använd maskin	Minuter per dag	Dagar per vecka	Veckor per år	Kalenderår (Ex. 1999-2002)
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____ - _____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____ - _____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____ - _____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____ - _____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____ - _____

Tidigare sjukdomar

6 Har du varit sjukhusvårdad? Nej Ja

Ange orsak och år: _____

7 Kontrolleras du regelbundet hos läkare för någon sjukdom eller har du haft allvarlig sjukdom?

Nej Ja

Vilken sjukdom?

Färgförändringar

12. Har Du någonsin upplevt att Dina fingrar ändrat färg? Nej Ja

Om Nej, gå till fråga 26

13. Om Ja, vilka färger? blå vit röd

14. Om "vit", var då vitheten tydligt avgränsad? Nej Ja

15. Om Ja, när märkte Du detta för första gången? _____ (Ex. 2001)

16. Om Ja, när hade Du senast vita fingrar? För: dagar sedan, eller månader sedan, eller år sedan

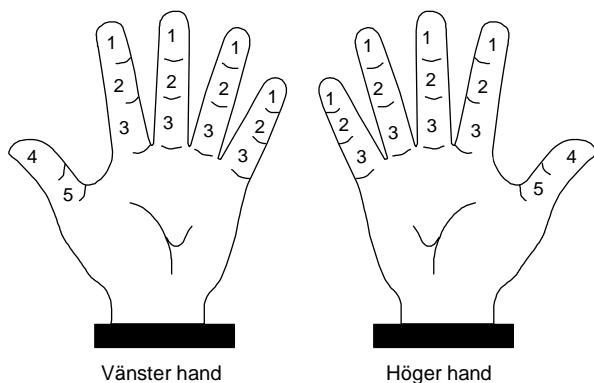
17. Hur ofta har Du vita fingrar?

	Sommar- halvåret	Vinter- halvåret
Flera gånger om året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flera gånger i månaden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flera gånger i veckan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flera gånger om dagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Är det något som utlöser vita fingrar?

- Kyla
- Hantering av kalla föremål
- Vid exponering för vibrerande handmaskiner
- Annan _____

19. Vilka fingrar blir vita?
(markera genom att skugga de områden som blir vita i nedanstående figur)



20. Inverkar Dina vita fingrar på någon av Dina fritidsaktiviteter? Nej Ja

21. Inverkar Dina vita fingrar på någon av Dina arbetsuppgifter? Nej Ja

22. Har någon annan i Din släkt vita fingrar? Nej Ja

23. Om Ja, arbetar de med vibrerande handmaskiner? Nej Ja

Besvara följande 2 frågor om Du har haft vita fingrar under de senaste 2 åren.

Om inte, gå vidare till fråga 26.

24. Om Du ser tillbaka över de 2 senaste åren, vill Du då säga att Dina vita fingrar kommer:

- mindre ofta,
- oftare,
- ungefär lika ofta,
- eller kan Du inte svara på detta?

25. Om Du ser tillbaka över de 2 senaste åren, vill Du då säga att Dina vita fingrar drabbar:

- ett mindre område,
- ett större område,
- mer eller mindre lika stort område,
- eller kan Du inte svara på detta?

Stickningar / pirningar

26. Har Du någonsin upplevt stickningar/pirningar i fingrarna? Nej Ja

Om Nej, gå till fråga 34

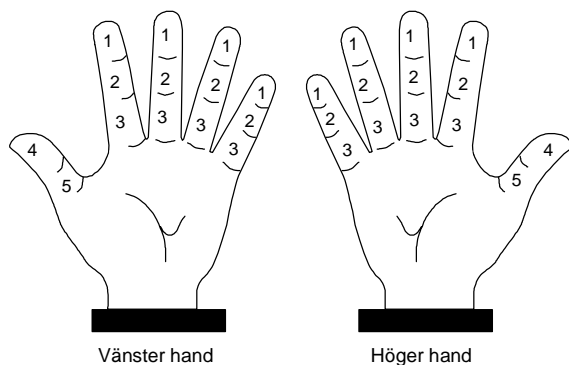
27. Om Ja, när märkte Du detta för första gången? _____ (Ex. 2000)

28. Om Ja, när?

- Vid arbete med vibrerande handmaskiner
- Efter arbete med vibrerande handmaskiner
- Efter exponering för kyla
- Under period med vita fingrar
- Efter period med vita fingrar
- På natten
- Vid någon annan tid När, _____

29. I vilka fingrar upplever Du stickningar/pirningar?

(markera genom att skugga de områden som Du upplever stickningar i nedanstående figur)



30. Inverkar Dina stickningar/pirningar på någon av Dina fritidsaktiviteter? Nej Ja

31. Inverkar Dina stickningar/pirningar på någon av Dina arbetsuppgifter? Nej Ja

Besvara följande 2 frågor om Du har haft stickningar/pirningar under de senaste 2 åren.

32. Om Du ser tillbaka över de 2 senaste åren, vill Du då säga att Dina stickningar/pirningar kommer:

- mindre ofta,
- oftare,
- ungefär lika ofta,
- eller kan Du inte svara på detta?

33. Om Du ser tillbaka över de 2 senaste åren, vill Du då säga att Dina stickningar/pirningar drabbar:

- ett mindre område,
- ett större område,
- mer eller mindre lika stort område,
- eller kan Du inte svara på detta?

Domningar / nedsatt känsel

34. Har Du någonsin upplevt domningar/nedsatt känsel i Dina fingrar? Nej Ja

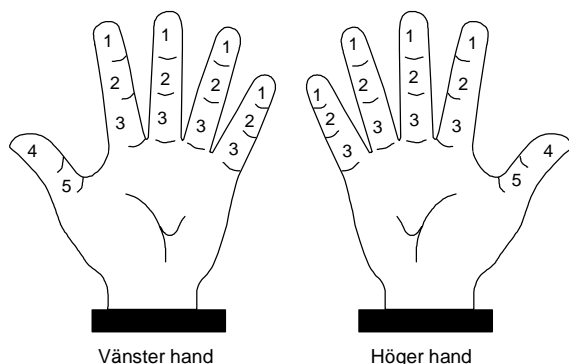
35. Om Ja, när märkte Du detta för första gången? _____(Ex. 2002)

36. Om Ja, när?

- Vid arbete med vibrerande handmaskiner
- Efter arbete med vibrerande handmaskiner
- Efter exponering för kyla
- Under period med vita fingrar
- Efter period med vita fingrar
- På natten
- Vid någon annan tid När, _____

37. I vilka fingrar upplever Du domningar/nedsatt känsel?

(markera genom att skugga de områden som Du upplever domningar i nedanstående figur)



38. Inverkar Dina domningar/nedsatt känsel på någon av Dina fritidsaktiviteter? Nej Ja

39. Inverkar Dina domningar/nedsatt känsel på någon av Dina arbetsuppgifter? Nej Ja

Besvara följande 2 frågor om Du har haft domningar/nedsatt känsel under de senaste två åren.

40. Om Du ser tillbaka över de 2 senaste åren, vill Du då säga att Dina domningar/nedsatt känsel kommer:
- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| mindre ofta, | <input type="checkbox"/> |
| oftare, | <input type="checkbox"/> |
| ungefär lika ofta, | <input type="checkbox"/> |
| eller kan Du inte svara på detta? | <input type="checkbox"/> |
41. Om Du ser tillbaka över de 2 senaste åren, vill Du då säga att Dina domningar/nedsatt känsel drabbar:
- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| ett mindre område, | <input type="checkbox"/> |
| ett större område, | <input type="checkbox"/> |
| mer eller mindre lika stort område, | <input type="checkbox"/> |
| eller kan Du inte svara på detta? | <input type="checkbox"/> |

Acknowledgement

This research is supported by the European Commission under the Framework 5 Quality of Life and Management of Living Resources programme - Project No. QLK4-2002-02650 (VIBRISKS)".