



VÄSTERBOTTENS  
LÄNS LANDSTING

**Title:**

**Authors:**

**Organisation:**

# Risks of Occupational Vibration Exposures

# VIBRISKS

FP5 Project No. QLK4-2002-02650  
January 2003 to December 2006

## Supplement 4 to Annex 1 of Final Technical Report

HTV Clinically administered  
questionnaire: Swedish translation of  
Appendix 8b to Annex 1

Ronnie Lundström, Lage Burström, Mats Hagberg,  
Tohr Nilsson

Department of Biomedical Engineering & Informatics,  
University Hospital of Northern Sweden

### European Commission

Quality of Life and Management of Living Resources Programme  
Key Action 4 - Environment and Health



17th November 2004

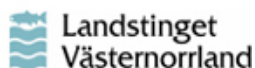
# HAND-ARM-VIBRATIONER

## LÄKARFORMULÄR

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



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



Yrkes- och miljömedicinska kliniken  
Sundsvalls sjukhus



Arbetet och den fysiska miljön  
Arbetslivsinstitutet Norr, Umeå



Arbets- och Miljömedicin, Göteborg



Quality of Life and Management of Living Resources Programme  
Key Action 4 - Environment and Health



## Sektion 1 – Personinformation

ID NR \_\_\_\_\_

(fylls i i efterhand)

1. Dagens datum:     /   /    
År Månad Dag
2. Namn: \_\_\_\_\_  
Förnamn Efternamn
3. Personnummer:       -

## Sektion 2. Social historia

### Nikotinanvändning

4. Är Du för närvarande, eller har Du tidigare varit rökare? Ja  Nej
5. Om Ja, när började Du röka regelbundet?     (Ex. 1990)
6. Röker Du fortfarande? Ja  Nej
7. Om Nej, vilket år slutade Du att röka?     (Ex. 1998)
8. Om Ja, hur mycket rökte Du?  
(a) Cigaretter per dag:    
(b) Cigarrer per dag:    
(c) Pipstopp per dag:
9. Är Du för närvarande, eller har Du tidigare varit snusare? Ja  Nej
10. Om Ja, när började Du snusa regelbundet?     (Ex. 1990)
11. Snusar Du fortfarande? Ja  Nej
12. Om Nej, vilket år slutade Du att snusa?     (Ex. 1998)
13. Om Ja, hur mycket snusade Du?  
(a) Antal dosor/dag:   
(b) Antal dosor/vecka?

### Alkoholkonsumtion

14. Dricker Du alkoholhaltiga drycker (vin, öl, sprit etc)? Ja  Nej
15. Om Ja, hur mycket dricker Du dagligen?  
 0 enheter  1 enhet  2-3 enheter  mer än 3 enheter
16. Om Ja, hur mycket dricker Du per vecka?  
 0 enheter  1-3 enheter  4-6 enheter  mer än 6 enheter

(1 enhet = ½ burk starköl, 1 glas vin, eller 4 cl starksprit)

## Sektion 3 – Medicinsk historia

Har Du någonsin haft någon allvarlig sjukdom med avseende på:

Nej

17. Hjärta eller kärl Ja

Om Ja, specificera \_\_\_\_\_

18. Nerver Ja

Om Ja, specificera \_\_\_\_\_

19. Ben och leder Ja

Om Ja, specificera \_\_\_\_\_

20. Bindvävnad (ex. scleroderma, lupus) Ja

Om Ja, specificera \_\_\_\_\_

21. Annan (ex. diabetes, sköldkörteln) Ja

Om Ja, specificera \_\_\_\_\_

### Medicinsk behandling

22. Har Du någon långvarig medicinering för någon sjukdom? Ja

Om Ja, ange vilken \_\_\_\_\_

### Skada

23. Har Du någonsin skadat Din hand/Dina händer, armar, skuldror, nacke eller rygg Ja

Om Ja, specificera (frakturer, etc.) \_\_\_\_\_

Trafikolycka: \_\_\_\_\_

### Kirurgisk behandling

24. Har Du någonsin opererat händerna, armar, skuldror, nacke eller rygg Ja

Om Ja, specificera \_\_\_\_\_

## Sektion 4. Symptom

### Hudfärgsförändringar

25. Besväras Du av kalla händer mer än vad andra gör vid liknande aktiviteter? Ja  Nej

26. Har Du någonsin upplevt att Dina fingrar ändrat färg på ett onormalt sätt? Ja  Nej

Om Ja, vilka färger?  Blå  Vit  Röd

27. Om Du har upplevt vita fingrar, var då vitheten tydligt avgränsad? Ja

Om Ja, när märkte Du detta för första gången?  (Ex. 1990)

Om Ja, när hade Du senast vita fingrar?

För:  dagar sedan  månader sedan  år sedan

28. Om Du besväras av vita fingrar, hur ofta uppträder detta?

- Flera gånger om år
- Flera gånger i månaden
- Flera gånger i veckan
- Flera gånger om dagen

29. Uppträder dessa på vintern, sommaren eller både och?

- Vintern
- Sommaren
- Både

30. Hur många attacker av vita fingrar hade Du förra vintern? (ange i tabellen nedan)

0	1-10	11-30	31-100	> 100

31. Hur många attacker av vita fingrar hade Du förra sommaren? (ange i tabellen nedan)

0	1-5	6-10	11-20	> 20

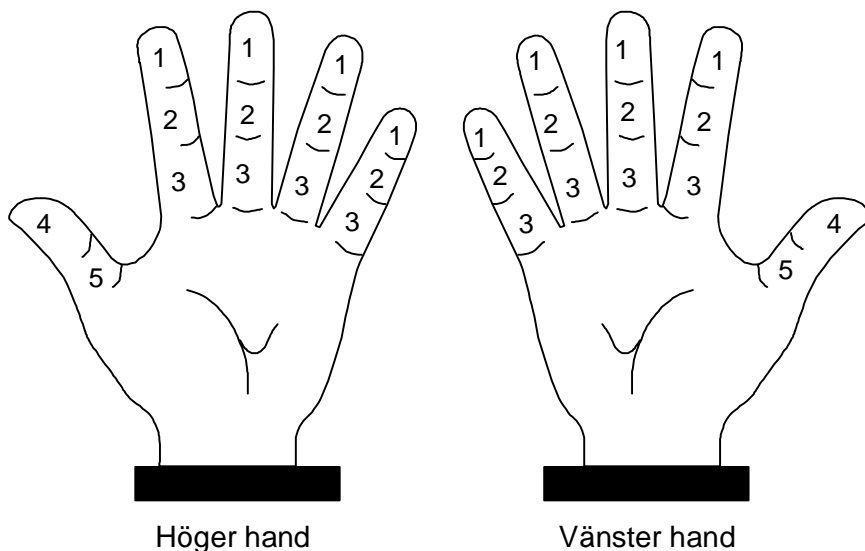
32. Vad är den längsta period som Dina fingrar varit vita?  minuter

33. Är det någon faktor som utlöser attacken?:

- Kyla
- Fukt
- Hantering av kalla föremål
- Vid exponering för vibrerande handmaskiner
- Annan \_\_\_\_\_

34. Har Du märkt någon förändring av huden på fingertopparna? Ja

35. Vilka fingrar/tummar blir vita?  
(indikera genom att skugga den områden som blir vita i nedanstående figur)



36. Summa:   Totalsumma:

37. Inverkar Dina besvär på någon av Dina fritidsaktiviteter? Ja
38. Inverkar Dina besvär på någon av Dina arbetsuppgifter? Ja
39. Har Dina besvär med vita fingrar ökat under de SENASTE 12 MÅNADERNA? Ja
40. Besväras Du av kalla fötter? Ja  Nej
41. Besväras Du av vita tår? Ja  Nej

**Visa färgkartan!!!!**

42. Känner Du igen om Du haft någon av dessa färgförändringar? Nej

Höger hand: \_\_\_\_\_ Vänster hand: \_\_\_\_\_ (anges enligt kod)

Om Ja, i vilket sammanhang får Du det? \_\_\_\_\_

Om Ja, när hade du det senast?  (ange årtal)

Om Ja, när hade Du detta för första gången?  (ange årtal)

43. Besväras någon annan i Din familj/släkt av vita fingrar? Ja  Nej
- Om Ja, arbetar de med vibrerande handmaskiner? Ja

## Stickningar

44. Har Du upplevt stickningar i fingrarna?

Ja

Nej

Om Ja, när märkte Du detta för första gången?

(Ex. 1990)

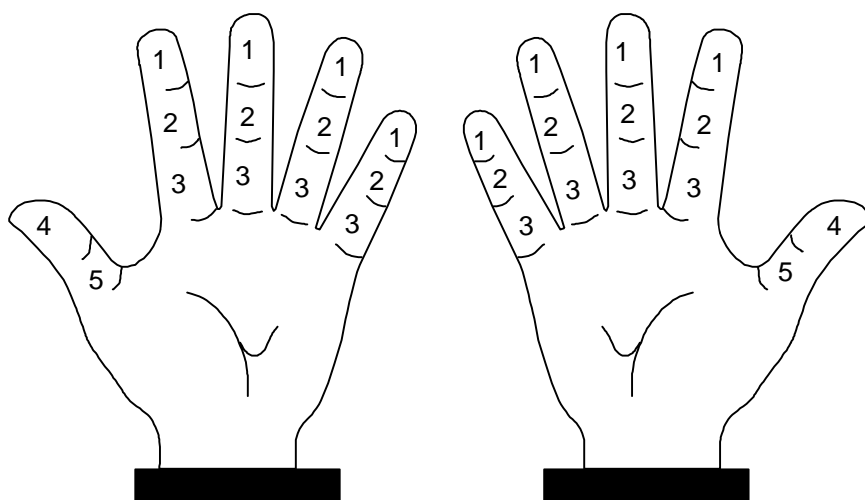
Om Ja, när?

- 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, \_\_\_\_\_

45. I vilka fingrar/tummar upplever Du stickningar?

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



Höger hand

Vänster hand

46. Summa:

Totalsumma:

47. Inverkar Dina besvär på någon av Dina fritidsaktiviteter?

Ja

48. Inverkar Dina besvär på någon av Dina arbetsuppgifter?

Ja

49. Har Dina besvär med stickningar ökat under de SENASTE 12 MÅNADERNA?

Ja

## Domningar

50. Domnar Dina fingrar?

Ja

Nej

Om Ja, när märkte Du detta för första gången?

(Ex. 1990)

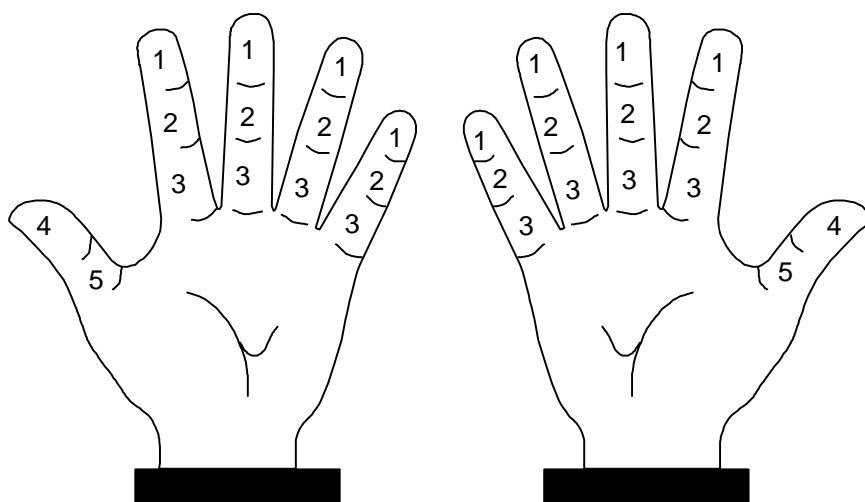
Om Ja, när?

- 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, \_\_\_\_\_

51. I vilka fingrar/tummar upplever Du domningar?

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



Höger hand

Vänster hand

52. Summa:

Totalsumma:

53. Inverkar Dina besvär på någon av Dina fritidsaktiviteter?

Ja

54. Inverkar Dina besvär på någon av Dina arbetsuppgifter?

Ja

55. Har Dina besvär med domningar ökat under de SENASTE 12 MÅNADERNA?

Ja



## Nedsatt hörsel och öronsusningar

56. Upplever du att du har hörselnedsättning? Ja  Nej
- Ja, höger öra       Ja, vänster öra       Ja, båda öronen
- Om Ja, när märkte Du detta för första gången?  (Ex. 1990)
57. Har du upplevt susningar eller tjut i öronen? Ja  Nej
- Ja, höger öra       Ja, vänster öra       Ja, båda öronen
- Om Ja, när märkte Du detta för första gången?  (Ex. 1990)
58. Inverkar Dina besvär på någon av Dina fritidsaktiviteter? Ja
59. Inverkar Dina besvär på någon av Dina arbetsuppgifter? Ja
60. Har Dina besvär med nedsatt hörsel ökat under de SENASTE 12 MÅNADERNA? Ja
61. Har Dina besvär med öronsusningar ökat under de SENASTE 12 MÅNADERNA? Ja

## Muskuloskeletal besvär i nacke och överarmar

62. Har Du haft besvär eller har Du besvär i muskler eller leder i nacken? Ja  Nej
- Om Ja, när:  Under de 7 SENASTE DAGARNA?  
 Under de SENASTE 12 MÅNADERNA?  
 Eller för MER ÄN 1 ÅR SEDAN?
63. Har Du haft besvär eller har Du besvär i muskler eller leder i överarmarna? Ja  Nej
- Om Ja, när:  Under de 7 SENASTE DAGARNA?  
 Under de SENASTE 12 MÅNADERNA?  
 Eller för MER ÄN 1 ÅR SEDAN?
- Om Ja, spred sig smärtan ut mot skuldra/armar: Ja  Nej
64. Vilka symptom har Du upplevt i nacken och/eller överarmarna sedan Du började arbeta? Inga
- Ange med ett (V) eller ett (H) om symptomen uppträtt på vänster respektive höger sida. Besvär på båda sidorna anges med (VH).

	Smärta	Stelhet	Svaghet	Svullnad	Domning	Begränsad rörlighet
Nacke						
Skuldra						
Armbåge						
Handled						
Hand eller fingrar						

65. Har Dina muskuloskeletal besvär med ökat under de SENASTE 12 MÅNADERNA? Ja  Nej

## Effekter av symptom i händer och fingrar

66. Har symptom i händerna (hudfärgsförändringar, köldkänsla, stickningar, domningar, smärta, stelhet, svaghet, svullnad, begränsad rörlighet) under den SENASTE 12 MÅNADERNA förorsakat några svårigheter med följande aktiviteter? Ja  Nej

Om Ja,	Ingen svårighet	Svårt men inte omöjligt	Omöjligt
Vrida om ett dörrhandtag eller vred	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öppna ett burklock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sätta på en jacka eller tröja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knäppa knappar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hantera och plocka upp mynt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hålla ur en mugg eller tillbringare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

67. Har symtom i händerna (hudfärgsförändringar, köldkänsla, stickningar, domningar, smärta, stelhet, svaghet, svullnad, begränsad rörlighet) påverkat Din arbetsförmåga? Ja  Nej

Om Ja, när:  Under de 7 SENASTE DAGARNA?  
 Under de SENASTE 12 MÅNADERNA?

68. Har det varit någon reduktion i Ditt arbetsresultat under de SENASTE 7 DAGARNA till följd av ovanstående symptom (hudfärgsförändringar, köldkänsla, stickningar, domningar, smärta, stelhet, svaghet, svullnad, begränsad rörlighet)? Ja  Nej

Om Ja, hur lång tid skulle det uppskattningsvis ta för att ta igen denna reduktion?

minuter

69. Vilka symptom var de huvudsakliga orsakerna till reduktionen i arbetsresultat?

---

---

## Muskuloskeletala besvär i ryggen

70. Har haft besvär i ländryggen under de SENASTE 12 MÅNADERNA? Ja  Nej   
(värk, smärta eller obehag)
- Om Ja, spred sig besvären utför benen till under knäna? Ja  Nej
71. Medförde besvären det svårt eller omöjligt att ta på sig sockar eller strumpor?
- Ingen svårighet  
 Svårt men inte omöjligt  
 Omöjligt
72. Vad är totala tiden som Du har haft besvär i ländryggen under de SENASTE 12 MÅNADERNA?
- 0 dagar  
 1-7 dagar  
 8-30 dagar  
 Mer än 30 dagar, men inte varje dag  
 Varje dag
73. Vad är den totala tiden under de SENASTE 12 MÅNADERNA som besvär i ländryggen hindrat Dig från att utföra Ditt normala arbete (hemma från arbetet)?
- 0 dagar  
 1-7 dagar  
 8-30 dagar  
 Mer än 30 dagar
74. Har Du haft besvär i ländryggen vid något tillfällen under den SENASTE 7 DAGARNA? Ja  Nej

## Andra problem med hälsan

75. Hur ofta har Du besvärats av nedanstående hälsoproblem under de SENASTE 7 DAGARNA?
- |                                   |                                 |                                      |                                    |
|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| (a) Huvudvärk                     | <input type="checkbox"/> Aldrig | <input type="checkbox"/> Några dagar | <input type="checkbox"/> Varje dag |
| (b) Känt Dig konstant trött       | <input type="checkbox"/> Aldrig | <input type="checkbox"/> Några dagar | <input type="checkbox"/> Varje dag |
| (c) Känt dig nere                 | <input type="checkbox"/> Aldrig | <input type="checkbox"/> Några dagar | <input type="checkbox"/> Varje dag |
| (d) Känt dig trött eller stressad | <input type="checkbox"/> Aldrig | <input type="checkbox"/> Några dagar | <input type="checkbox"/> Varje dag |

## Sektion 5 – Fysisk undersökning

### Anblick av händer och armar (beskriv)

ua

Deformation(er): \_\_\_\_\_.

Ärr: \_\_\_\_\_.

Kallositeter: \_\_\_\_\_.

Muskelförtvining: \_\_\_\_\_.

Hudtrofi: \_\_\_\_\_.

Dupuytren's kontraktur: \_\_\_\_\_.

Någon abnormalitet i över extremiteter: \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_.

### Vaskulär bedömning

ua

Hand cirkulation:	Vänster	Höger
Cyanos	Ja / Nej	Ja / Nej
Fingertemperatur	Kall / Varm	Kall / Varm
Fuktig	Torr / Fuktig	Torr / Fuktig
Allen's test: Radialt	Pos / Neg	Pos / Neg
Allen's test: Ulnart	Pos / Neg	Pos / Neg

# Neurologisk bedömning

ua

Test	Höger		Vänster	
	Hand <sup>1</sup>	Fot <sup>2,3</sup>	Hand <sup>1</sup>	Fot <sup>2,3</sup>
<b>Smärtförmåelse</b> (nålstick)				
<b>Beröring</b> (bomull)				
<b>Temperatur</b> (kyla & värme uppskattning)				
<b>Vibrotaktil perception</b> (stämgafl)				

<sup>1</sup> Hand – Dig 1 och 5, distalt fingerblomma

<sup>2</sup> Medial och lateral fotrand (enbart temperatur)

<sup>3</sup> Fot – Meta tarsale 1, medialt (enbart vibrotaktil perception)

ua

Karpaltunnelsyndrom	Höger	Vänster
<b>Tinel's test</b> (över handled)	Pos / Neg	Pos / Neg
<b>Phalen's test</b>	Pos / Neg	Pos / Neg
<b>Spurling's test</b> (nackkompressionstest)	Pos / Neg	Pos / Neg

ua

Senreflexer	Höger			Vänster		
	Hypo	Normal	Hyper	Hypo	Normal	Hyper
<b>Radial</b>						
<b>Bicipital</b>						
<b>Tricipital</b>						
<b>Quadricipital</b>						
<b>Achilles</b>						

## Sektion 6. Diagnostisk gradering\*

		Höger hand	Vänster hand
<b>A. Klassificering av kärlbesvär enligt Stockholm Workshop skalan:</b>	Stadium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Antal fingrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stadie	Symtom
0	No attacks
1	Occasional attacks that affect only the tips of one or more fingers
2	Occasional attacks that affect the distal and middle (rarely also proximal) phalanges of one or more fingers
3	Frequent attacks affecting all phalanges of most fingers (at least 3)
4	As in stage 3, with trophic skin changes in the finger tips

		Höger hand	Vänster hand
<b>B. Klassificering av neurosensoriska besvär enligt Stockholm Workshop skalan:</b>	Stadium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Antal fingrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stadie	Symtom
0SN	Exposed to vibration but no symptoms
1SN	intermittent numbness, with or without tingling
2SN	intermittent or persistent numbness, reduced sensory perception
3SN	intermittent or persistent numbness, reduced tactile discrimination and/or manipulative dexterity

\*Note: vascular and neurological staging is applicable when hand symptoms are believed to be caused by exposure to hand-transmitted vibration