

PR SK HT

K PAIKKAKUNTA

TUTKIMUSNRO PVM (PPKKVV) KLO (TTMM)

TOK MEK SUORITTAJA T AKL/KKP

A. JALKATERÄ

1. Onko teillä viimeisen kuukauden aikana ollut vaivaa jalkaterissä?

ei (siirry kysymykseen B 1)
kyllä, oikeassa
kyllä, vasemmassa
kyllä, molemmissa 54

2. Kuinka kauan sitten kävitte viimeksi lääkärissä tämän vaivan takia?

en ole käynyt lainkaan (siirry kysymykseen A 5) 55
 kk sitten 56-57

3. Mitä lääkäri arveli vaivojen syyksi?

vamma 58
nivelkuluma 59
reuma 60
muu tulehdus 61
latuskajalka 62
vaivaisenluu 63
vasaravarvas 64
muu 65
ei tietoa 66

4. Millaista hoitoa ehdotettiin? Saitteko tämän hoidon?

	ehdotettu	toteutunut	
lääkehoito	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	67
leikkaus	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	68
tukipohjallinen tai erikoisjalkine	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	69
voimistelu	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	70
muu	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	71
ei mitään	<input type="checkbox"/> 0		72

5. Missä määrin teille on ollut tästä vaivasta haittaa viimeisen kuukauden aikana, erikseen päivittäisissä toiminnoissa kotona ja työssä?

	kotona	työssä	
ei haittaa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	
haittaa esiintyy joissakin vaikeissa osatehtävissä	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	
haittaa jo tavanomaisissa tehtävissä jatkuvasti	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	
ei pysty suorittamaan tehtäviään	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	73 74

B. POLVI

1. Onko teillä viimeisen kuukauden aikana ollut vaivaa polvessa?

ei (siirry kysymykseen C 1)	<input type="checkbox"/> 0	
kyllä, oikeassa	<input type="checkbox"/> 1	
kyllä, vasemmassa	<input type="checkbox"/> 2	
kyllä, molemmissa	<input type="checkbox"/> 3	75

2. Kuinka kauan sitten kävitte viimeksi lääkärissä tämän vaivan takia?

en ole käynyt lainkaan (siirry kysymykseen B 5) 0 76

kk sitten 77-78

3. Mitä lääkäri arveli vaivojen syyksi?

tapaturma, nivelkierukkavamma	<input type="checkbox"/> 1	79
nivelkuluma	<input type="checkbox"/> 1	80
nivelreuma	<input type="checkbox"/> 1	81
muu niveltulehdus	<input type="checkbox"/> 1	82
muu	<input type="checkbox"/> 1	83
ei tietoa	<input type="checkbox"/> 9	84

4. Millaista hoitoa ehdotettiin? Saitteko tämän hoidon?

	ehdotettu	toteutunut	
lääkehoito	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	85
pistos tai nesteenpoisto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	86
leikkaus	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	87
lämpöhoito	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	88
lastoitus	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	89
keppi, kainalosauva	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	90
muu	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	91
ei mitään	<input type="checkbox"/> 0		92

5. Missä määrin teille on ollut haittaa tästä vaivasta viimeisen kuukauden aikana, erikseen päivittäisissä toiminnoissa kotona ja työssä?

	kotona	työssä	
ei haittaa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	
haittaa esiintyy joissakin vaikeissa osatehtävissä	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	
haittaa jo tavanomaisissa tehtävissä jatkuvasti	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	
ei pysty suorittamaan tehtäviään	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	93 94

C. LONKKA

1. Onko teillä viimeisen kuukauden aikana ollut vaivaa lonkassa?

ei (siirry kysymykseen D 1)	<input type="checkbox"/> 0	
kyllä, oikeassa	<input type="checkbox"/> 1	
kyllä, vasemmassa	<input type="checkbox"/> 2	
kyllä, molemmissa	<input type="checkbox"/> 3	95

2. Kuinka kauan sitten kävitte viimeksi lääkäriässä tämän vaivan takia?

en ole käynyt lainkaan (siirry kysymykseen C 5) 0 96

kk sitten 97-98

3. Mitä lääkäri arveli vaivojen syyksi?

vamma, tapaturma	<input type="checkbox"/> 1	99
nivelkuluma	<input type="checkbox"/> 1	100
nivelreuma	<input type="checkbox"/> 1	101
muu tulehdus	<input type="checkbox"/> 1	102
synnynnäinen vika	<input type="checkbox"/> 1	103
muu	<input type="checkbox"/> 1	104
ei tietoa	<input type="checkbox"/> 9	105

4. Millaista hoitoa ehdotettiin? Saitteko tämän hoidon?

	ehdotettu	toteutunut	
lääkehoito	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	106
pistos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	107
leikkaus	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	108
lämpöhoito	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	109
röntgenhoito	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	110
keppi, kainalosauva	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	111
pyörätuoli	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	112
muu	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	113
ei mitään	<input type="checkbox"/> 0		114

5. Missä määrin teille on ollut haittaa tästä vaivasta viimeisen kuukauden aikana, erikseen päivittäisissä toiminnoissa kotona ja työssä?

	kotona	työssä	
ei haittaa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	
haittaa esiintyy joissakin vaikeissa osatehtävissä	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	
haittaa jo tavanomaisissa tehtävissä jatkuvasti	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	
ei pysty suorittamaan tehtäviään	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	115 116

D. NISKA - HARTIA

1. Onko teillä viimeisen kuukauden aikana ollut vaivaa niskassa tai hartiassa?

ei (siirry kysymykseen E 1) 0
kyllä 1 117

2. Kuinka kauan sitten kävitte viimeksi lääkärissä näiden vaivojen takia?

en ole käynyt lainkaan (siirry kysymykseen D 5) 0 118

kk sitten 119-120

3. Mitä lääkäri arveli vaivan syyksi?

vamma 1 121
kulumavika 1 122
nivelreuma 1 123
pehmeiden osien tulehdus tai muu kiputila 1 124
muu 1 125
ei tietoa 9 126

4. Millaista hoitoa ehdotettiin? Saitteko tämän hoidon?

	ehdotettu	toteutunut	
lääkkeet	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	127
pistokset	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	128
leikkaus	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	129
niskavenytys	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	130
lämpöhoito	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	131
muutokset työpaikalla	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	132
muu	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	133
ei mitään	<input type="checkbox"/> 0		134

5. Missä määrin teille on ollut haittaa tästä vaivasta viimeisen kuukauden aikana, erikseen päivittäisissä toiminnoissa kotona ja työssä?

	kotona	työssä
ei haittaa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
haittaa esiintyy joissakin vaikeissa osatehtävissä	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
haittaa jo tavanomaisissa tehtävissä jatkuvasti	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
ei pysty suorittamaan tehtäviään	<input type="checkbox"/> 3 135	<input type="checkbox"/> 3 136

E. OLKAPÄÄ

1. Onko teillä viimeisen kuukauden aikana ollut vaivaa olkapäässä?

ei (siirry kysymykseen F 1)	<input type="checkbox"/> 0
kyllä, oikeassa	<input type="checkbox"/> 1
kyllä, vasemmassa	<input type="checkbox"/> 2
kyllä, molemmissa	<input type="checkbox"/> 3 137

2. Kuinka kauan sitten kävitte viimeksi lääkärissä tämän vaivan takia?

en ole käynyt lainkaan (siirry kysymykseen E 5) 138

kk sitten 139-140

3. Mitä lääkäri arveli vaivojen syyksi?

vamma, sijoiltaan meno	<input type="checkbox"/> 141
nivelkuluma	<input type="checkbox"/> 142
nivelreuma	<input type="checkbox"/> 143
pehmeiden osien tulehdus tai kiputila	<input type="checkbox"/> 144
jännetulehdus	<input type="checkbox"/> 145
jäykkä olkapää	<input type="checkbox"/> 146
muu	<input type="checkbox"/> 147
ei tietoa	<input type="checkbox"/> 9 148

4. Millaista hoitoa ehdotettiin? Saitteko tämän hoidon?

	ehdotettu	toteutunut
lääkkeet	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 149
pistokset	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 150
leikkaus	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 151
lämpöhoito	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 152
voimistelu	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 153
muu	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 154
ei mitään	<input type="checkbox"/> 0	155

5. Missä määrin teille on ollut haittaa tästä vaivasta viimeisen kuukauden aikana, erikseen päivittäisissä toiminnoissa kotona ja työssä?

	kotona	työssä
ei haittaa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
haittaa esiintyy joissakin vaikeissa osatehtävissä tai ajoittain	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
haittaa jo tavanomaisissa tehtävissä jatkuvasti	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
ei pysty suorittamaan tehtäviään	<input type="checkbox"/> 3 156	<input type="checkbox"/> 3 157

F. ALASELKÄ- JA ISKIASVAIVA

1. Onko teillä viimeisen kuukauden aikana ollut alaselkä- tai iskiasvaivaa?

ei (siirry kysymykseen G 1) 0
 kyllä 1 158

2. Kuinka kauan sitten kävitte viimeksi lääkärissä näiden vaivojen takia?

en ole käynyt lainkaan (siirry kysymykseen F 5) 0 159

kk sitten 160-161

3. Mitä lääkäri arveli vaivojen syyksi?

vamma, tapaturma	<input type="checkbox"/>	162
nikamavälilevyn luiskahdus, iskias	<input type="checkbox"/>	163
kulumavika	<input type="checkbox"/>	164
selkärankareuma	<input type="checkbox"/>	165
ryhtivirhe	<input type="checkbox"/>	166
liikarasitus	<input type="checkbox"/>	167
heikkous	<input type="checkbox"/>	168
muu	<input type="checkbox"/>	169
ei tietoa	<input type="checkbox"/>	170

4. Millaista hoitoa ehdotettiin? Saitteko tämän hoidon?

	ehdotettu	toteutunut	
lääkkeet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	171
pistokset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	172
leikkaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	173
lepo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	174
lämpöhoito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	175
voimistelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	176
venytys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	177
manipulaatio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	178
hieronta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	179
akupunktio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	180
muutos työolosuhteissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	181
muu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	182
ei mitään	<input type="checkbox"/>		183

5. Missä määrin teille on ollut haittaa tästä vaivasta viimeisen kuukauden aikana, erikseen päivittäisissä toiminnoissa kotona ja työssä?

	kotona	työssä
ei haittaa (jos molemmat 0, siirry kysymykseen G 1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
haittaa esiintyy joissakin vaikeissa osatehtävissä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
haittaa jo tavanomaisissa tehtävissä jatkuvasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ei pysty suorittamaan tehtäviään	<input type="checkbox"/> 184	<input type="checkbox"/> 185

6. Mitä seuraavista toiminnoista vaiva on viimeisen kuukauden aikana haitannut?

nostaminen ja kantaminen	<input type="checkbox"/>	186
kumartuminen tai kumarassaolo	<input type="checkbox"/>	187
nukkuminen	<input type="checkbox"/>	188
istuminen	<input type="checkbox"/>	189
kävely	<input type="checkbox"/>	190
seisominen	<input type="checkbox"/>	191

G. RANNE

1. Onko teillä viimeisen kuukauden aikana ollut vaivaa ranteessa?

ei (siirry kysymykseen H 1)	<input type="checkbox"/>	
kyllä, oikeassa	<input type="checkbox"/>	
kyllä, vasemmassa	<input type="checkbox"/>	
kyllä, molemmissa	<input type="checkbox"/>	192

2. Kuinka kauan sitten kävitte viimeksi lääkärissä tämän vaivan takia?

en ole käynyt lainkaan (siirry kysymykseen G 5) 193

kk sitten 194-195

3. Mitä lääkäri arveli vaivan syyksi?

vamma, tapaturma	<input type="checkbox"/>	196
kulumavika	<input type="checkbox"/>	197
nivelreuma	<input type="checkbox"/>	198
jännetupen tulehdus	<input type="checkbox"/>	199
muu	<input type="checkbox"/>	200
ei tietoa	<input type="checkbox"/>	201

4. Millaista hoitoa ehdotettiin? Saitteko tämän hoidon?

	ehdotettu	toteutunut	
lääkkeet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	202
pistokset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	203
leikkaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	204
fysikaalinen hoito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	205
muu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	206
ei mitään	<input type="checkbox"/>		207

5. Missä määrin teille on ollut haittaa tästä vaivasta viimeisen kuukauden aikana, erikseen päivittäisissä toiminnoissa kotona ja työssä?

	kotona	työssä
ei haittaa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
haittaa esiintyy joissakin vaikeissa tehtävissä	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
haittaa jo tavanomaisissa tehtävissä jatkuvasti	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
ei pysty suorittamaan tehtäviään	<input type="checkbox"/> 3 208	<input type="checkbox"/> 3 209

TOK

MEK

H. KÄSI

30033 1000
 36 40 41 44

1. Onko teillä viimeisen kuukauden aikana ollut vaivaa kädessä (kämmenessä tai sormissa)?

ei (siirry kysymykseen I 1)	<input type="checkbox"/> 0
kyllä, oikeassa	<input type="checkbox"/> 1
kyllä, vasemmassa	<input type="checkbox"/> 2
kyllä, molemmissa	<input type="checkbox"/> 3 54

2. Kuinka kauan sitten kävitte viimeksi lääkärissä näiden vaivojen takia?

en ole käynyt lainkaan (siirry kysymykseen H 5) 0 55

kk sitten 56-57

3. Mitä lääkäri arveli vaivojen syyksi?

vamma, tapaturma	<input type="checkbox"/> 1 58
kulumavika	<input type="checkbox"/> 1 59
nivelreuma	<input type="checkbox"/> 1 60
muu tulehdus	<input type="checkbox"/> 1 61
muu	<input type="checkbox"/> 1 62
ei tietoa	<input type="checkbox"/> 9 63

4. Millaista hoitoa ehdotettiin? Saitteko tämän hoidon?

	ehdotettu	toteutunut	
lääkkeet	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	64
pistokset	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	65
leikkaus	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	66
fysikaalinen hoito	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	67
muu	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	68
ei mitään	<input type="checkbox"/> 0		69

5. Missä määrin teille on ollut haittaa tästä vaivasta viimeisen kuukauden aikana, erikseen päivittäisissä toiminnoissa kotona ja työssä?

	kotona	työssä	
ei haittaa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	
haittaa esiintyy joissakin vaikeissa tehtävissä	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	
haittaa jo tavanomaisissa tehtävissä jatkuvasti	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	
ei pysty suoriutumaan tehtävistä	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	70 71

I. MUUT NIVELET, LIHAKSET JA JÄNTEET

1. Onko teillä ollut viimeisen kuukauden aikana vaivaa jossain muualla nivelissä, lihaksissa, jänteissä?

ei (siirry kysymykseen J 1) 72
 kyllä, missä ? _____
 _____ 73

2. Kuinka kauan sitten kävitte viimeksi lääkärissä näiden vaivojen takia?

en ole käynyt lainkaan (siirry kysymykseen I 5) 74
 _____ kk sitten 75-76

3. Mitä lääkäri arveli vaivojen syyksi? _____

_____ 77-78

4. Millaista hoitoa ehdotettiin? Saitteko tämän hoidon?

	ehdotettu	toteutunut	
lääkkeet	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	79
pistokset	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	80
leikkaus	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	81
fysikaalinen hoito	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	82
muu	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	83
ei mitään	<input type="checkbox"/> 0		84

5. Missä määrin teille on ollut haittaa näistä vaivoista viimeisen kuukauden aikana, erikseen päivittäisissä toiminnoissa kotona ja työssä?

	kotona	työssä	
ei haittaa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	
haittaa esiintyy joissakin vaikeissa tehtävissä tai ajoittain	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	
haittaa jo tavanomaisissa tehtävissä jatkuvasti	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	
ei pysty suoriutumaan tehtävistään	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	85 86

J. LEIKKAUKSET

1. Onko teille suoritettu selkään tai niveliin kohdistuva leikkaus?

ei (lopetta haastattelu) 0
 kyllä 1 87

2. Voitteko muistaa leikkauksen (tai leikkausten, jos on tehty useampia) vuosiluvut, mihin ne kohdistuivat ja missä ne suoritettiin?

1. _____ 88-93
 2. _____ 94-99
 3. _____ 100-105
 4. _____ 106-111
 5. _____ 112-117

3. Olitteko ennen (ensimmäistä) leikkausta työkyvytön?

- | | | | |
|--|--|----------------------------|-----|
| en | | <input type="checkbox"/> 0 | |
| kyllä, leikkauksen aiheuttaman
sairauden takia | | <input type="checkbox"/> 1 | |
| kyllä, jonkun muun sairauden takia
(lopeta haastattelu) | | <input type="checkbox"/> 2 | |
| leikkaus suoritettiin ennen työikää
tai vanhuuseläkkeellä (lopeta
haastattelu) | | <input type="checkbox"/> 3 | 118 |
-

4. Tulitteko (ensimmäisen) leikkauksen jälkeen työkykyiseksi?

- | | | | |
|--|--|----------------------------|-----|
| en (lopeta haastattelu) | | <input type="checkbox"/> 0 | |
| kyllä, <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kk kuluttua
120 121 | | <input type="checkbox"/> 1 | 119 |
-

5. Oletteko myöhemmin tullut pysyvästi työkyvyttömäksi?

- | | | | |
|--|--|----------------------------|-----|
| en | | <input type="checkbox"/> 0 | |
| kyllä, leikkauksen aiheuttaneen
sairauden takia | | <input type="checkbox"/> 1 | |
| kyllä, muun sairauden takia | | <input type="checkbox"/> 2 | |
| olen jäänyt vanhuuseläkkeelle | | <input type="checkbox"/> 3 | 122 |
-