

**WESTERN ONTARIO
OSTEOARTHRITIS
OF THE SHOULDER
INDEX (WOOS)[©]**

**Svensk version[©]
Swedish version**

Ett diagnos-specifikt verktyg för att utvärdera livskvalitet hos personer med axelbesvär.

Copyright © 1998 (#474672) A Kirkely MD, S. Griffin, CSS,
Translated to Swedish by Ingrid Hultenheim Klintberg Leg sjukgymn. BSc,
Karin Lind Leg sjukgymn. MSc, Ulrika Öberg Leg sjukgymn. PhD,
och Ulf Lillkrona MD PhD.

PATIENTDATA

Namn: _____

Datum: ____ - ____ - ____ Personnummer: _____ - _____

Höger axel

Vänster axel

Högerhänt

Vänsterhänt

Version 2004-09-20

INSTRUKTIONER:

I de följande frågorna ombeds Du att besvara frågorna på följande sätt. Genom att markera med ett streck / på den horisontella linjen visar du hur du upplever din situation:

EXEMPEL:

1. Om Du sätter ett streck / längst till vänster på linjen visar Du att Du inte har någon smärta.

Ingen smärta

Extremt svår smärta



2. Om Du sätter ett streck / längst till höger på linjen visar Du att Du har extremt svår smärta.

Ingen smärta

Extremt svår smärta



Var vänlig observera:

- a) att ju längre åt höger Du sätter ditt streck / desto **mer** upplever Du besväret.
- b) att ju längre åt vänster Du sätter ditt streck / desto **mindre** upplever Du besväret.
- c) placera inte ditt streck / utanför ändmarkeringarna.

Du är ombedd att markera på detta frågeformulär, till **vilken grad** Du har upplevt ett besvär kopplat till Din axel den **senaste veckan**.

Om Du är osäker angående den aktuella axeln eller om Du har andra frågor, var då vänlig och fråga innan Du fyller i formuläret.

Om Du av någon anledning inte förstår en fråga **läs då först förklaringarna** som finns i slutet av formuläret. Därefter kan Du markera med ett / på den horisontella linjen.

Om en fråga inte gäller Dig eller om Du inte har upplevt dessa besvär under den senaste veckan försök i stället uppskatta vilket svar som passar bäst.

DEL A: FRÅGOR OM FYSISKA SYMPTOM

Patientinstruktioner:

De följande frågorna rör fysiska symptom, som Du eventuellt har upplevt på grund av Dina axelproblem. Var vänlig markera den grad av symptom Du upplevt under den **senaste veckan**. Förklaringar finns i slutet av formuläret om du är osäker på frågan. (Var vänlig markera Dina svar med ett streck / på den horisontella linjen)

1. Hur mycket smärta upplever Du i Din axel under rörelse?

Ingen smärta

Extrem smärta



2. Hur mycket konstant, molande värk har Du i Din axel?

Ingen värk

Extrem värk



3. Hur svag upplever Du att Du är i Din axel?

Inte alls svag

Extremt svag



4. Hur stel upplever Du att Du är i Din axel?

Inte alls stel

Extremt stel



5. Hur mycket skavande känsla upplever Du i Din axel?

Ingen alls

Extremt mycket



6. Hur mycket påverkas Din axel av vädret?

Inte alls

Extremt mycket



DEL B: FRÅGOR OM SPORT/FRITID/ARBETE

Patientinstruktioner:

Den följande delen handlar om hur Dina axelproblem påverkat arbete, sport- eller fritidsaktiviteter under den **senaste veckan**. Förklaringar finns i slutet av formuläret om du är osäker på frågan.

(Var vänlig markera Dina svar med ett streck / på den horisontella linjen)

7. Hur stor svårighet upplever Du att arbeta eller nå över axelhöjd?

Ingen svårighet

Extrem svårighet



8. Hur stor svårighet upplever Du vid lyft av föremål under axelhöjd?

Ingen svårighet

Extrem svårighet



9. Hur stor svårighet upplever Du, på grund av Din axel, vid upprepade rörelser under axelnivå, som till exempel att räfsa, sopa eller tvätta golv?

Ingen svårighet

Extrem svårighet



10. Hur stor svårighet upplever Du, på grund av Din axel, när Du drar eller skjuter med kraft?

Ingen svårighet

Extrem svårighet



11. Hur oroad är Du över att smärtan i axeln ökar efter aktivitet?

Inte alls oroad

Extremt oroad



DEL C: FRÅGOR OM LIVSSTIL

Patientinstruktioner:

Den följande delen handlar om i vilken utsträckning Dina axelproblem har påverkat eller förändrat Din livsstil. Svara med avseende på hur du påverkats den **senaste veckan**. Förklaringar finns i slutet av formuläret om du är osäker på frågan. (Var vänlig markera Dina svar med ett streck / på den horisontella linjen)

12. Hur stor svårighet har Du att sova på grund av Din axel?

Ingen svårighet

Extrem svårighet



13. Hur stor svårighet har Du att göra i ordning håret på grund av Din axel?

Ingen svårighet

Extrem svårighet



14. Hur stor svårighet upplever Du, på grund av Din axel, det är att behålla Din önskade fysiska nivå?

Ingen svårighet

Extrem svårighet



15. Hur stor svårighet upplever Du, på grund av Din axel, att nå bak för att stoppa in skjortan, att ta plånboken ur bakfickan eller knäppa kläder baktill?

Ingen svårighet

Extrem svårighet



16. Hur stor svårighet upplever Du, på grund av Din axel, att klä på och klä av dig?

Ingen svårighet

Extrem svårighet



DEL D: FRÅGOR OM KÄNSLOR

Patientinstruktioner:

De följande frågorna berör hur Du har känt Dig den **senaste veckan** med hänsyn till Dina skulderproblem. Förklaringar finns i slutet av formuläret om du är osäker på frågan.

(Var vänlig markera Dina svar med ett streck / på den horisontella linjen)

17. Hur nedstämd eller frustrerad känner Du dig på grund av Din axel?

Inte alls

Extremt mycket



18. Hur orolig är Du över vad som kommer att hända med axeln i framtiden?

Inte alls

Extremt orolig



19. Hur stor börda upplever Du att Du är för andra?

Ingen alls

Extremt stor börda



Tack för att Du besvarat alla frågorna !

Förklaring av innebörden av frågorna i WOOS index.

Avsnitt A: Fysiska symptom

Fråga 1.

Gäller plötsligt insättande, huggande smärta som kommer när Du rör på armen.

Fråga 2.

Gäller dov molande värk som är ganska ihållande till skillnad från huggsmärtan som syftas på i förklaring till fråga 1.

Fråga 3.

Gäller brist på styrka för att göra en rörelse eller att utföra ett syssla.

Fråga 4.

Gäller känslan att axeln inte vill röra sig eller känns stel, något som ofta kan upplevas när man stiger upp på morgonen eller efter annan inaktivitet.

Fråga 5.

Gäller ljud / och eller obehag i axeln i samband med rörelse som kan beskrivas som skavande, krasande, knastrande eller knäppande.

Fråga 6.

Många individer tycker att smärtan eller obehaget i axeln varierar med vädret. Vissa märker det vid tryckförändring och andra vid temperatursvängningar. Försök ta hänsyn till alla typer av väderpåverkan!

Avsnitt B: Sport / Fritid / Arbete

Fråga 7.

Gäller alla sysslor med armen lyft över axelhöjd. Det kan gälla att byta glödlampa, putsa fönster, nå en hög hylla eller hänga upp kläder.

Fråga 8.

Gäller att lyfta föremål med armen under axelhöjd, t ex att bära en matkasse, lyfta en sophink, stekpanna eller bowlingklot.

Fråga 9.

Gäller att utföra upprepade rörelser fram och tillbaka, eller i cirklar, med armen under axelhöjd.

Fråga 10.

Gäller alla sysslor när man använder kraft för att t ex dra eller skjuta en dammsugare, öppna eller stänga en tung dörr eller ett fönster, dra upp ogräs, sätta på sig tröga strumpor eller stövlar, växla bilen, skjuta en kundvagn eller flytta möbler.

Fråga 11.

Gäller smärtor som kommer efter aktiviteter där Du behöver använda axeln.

Avsnitt C: Livsstil

Fråga 12.

Gäller påverkan som axeln har på Din normala sömn så att Du måste byta sovställning eller att Du vaknar på natten, att Du inte kan somna om, att Du har svårt att hitta ett smärtfritt läge eller att Du måste stiga upp p g a obehag i axeln.

Fråga 13.

Gäller allt som Du gör med ditt hår som att kamma, borsta eller tvätta det och som kräver att Du når håret med den aktuella sidans arm.

Fråga 14.

Gäller den allmänna fysiska träningsnivån som Du hade före axeln blev ett problem jämfört med dagens träningsnivå. Ta hänsyn till alla fysiska aktiviteter som Du tror kan bidra till Din muskelstyrka och Din kondition, som t ex att promenera, arbeta i trädgård, bowla, spela golf, gymnastisera etc.

Fråga 15.

Gäller att nå bak på ryggen för att dra upp blyxtlås, knäppa bh, nå bakfickan, klia sig på ryggen etc.

Fråga 16.

Gäller svårigheter att klä av och på sig eller behovet att ändra klädstil eller klädstorlek p g a besvär med axeln.

Avsnitt D: Känslor

Fråga 17.

Gäller all irritation eller frustration som axeln har förorsakat Dig. Det kan röra sig om irritation över nedsatt fysisk förmåga eller över sociala problem orsakade av axeln.

Fråga 18.

Gäller oron för att axeln i framtiden kommer att bli sämre istället för att bli bättre eller att vara oförändrad.

Fråga 19.

Gäller känslan att Du numera förväntas få hjälp av andra med vardagsaktiviteter eller andra sysslor som Du brukade kunna göra själv.

TILL DIG SOM DELAR UT WOSI TILL PATIENTERNA:

Denna och sista sidan avskiljes och behöver inte lämnas till patienterna.

Den linje som frågorna skall besvaras på skall alltid vara 100 mm lång.

Kontrollmät här att linjen har rätt längd, eller klipp av detta papper vid linjalen och använd den vid mätning:



Bäst är att alltid skriva ut formuläret från pdf-fil vilket minskar risken att dator och skrivare har inställningar som ändrar längden.

(Även när formuläret kopieras i kopiator kan längden i värsta fall ändras)

All rights reserved. No part of this measurement tool may be reproduced or transmitted in any form or by any means –electronic, mechanical, including photography, recording, or any information storage or retrieval system – without permission of the copyright holder. Permission to reproduce the WOOS scoring algorithm is hereby granted to the holder of this tool for his/her personal use.

Permission to reproduce the WOOS is routinely granted by the authors to individuals and organizations for their own use. Requests for permission to reproduce the WOOS should be sent to : Sharon Griffin, Coordinator, Kirkely Research Group, Fowler Kennedy Sport Medicine Clinic, 3M Centre, University of Western Ontario, London, Ontario Canada N6A 3K7.

Suggested citation:

The development of a disease-specific quality of life measurement tool for osteoarthritis of the shoulder: The Western Ontario Osteoarthritis of the Shoulder (WOOS) Index. *Osteoarthritis and Cartilage* (2001) 9, 771-778.

Translated to Swedish by:

Ingrid Hultenheim Klintberg Leg sjukgymn. BSc,
Karin Lind Leg sjukgymn. MSc,
Ulrika Öberg Leg sjukgymn. PhD,
Ulf Lillkrona MD PhD.

ingrid.hultenheim-klintberg@vgregion.se
karin.lind@orthop.gu.se
ulrika.oberg@lj.se
ulf.lillkrona@ds.se

Layout:

Björn Salomonsson MD

bjorn.salomonsson@ds.se

SAMMANRÄKNING AV
WESTERN ONTARIO OSTEOARTHRITIS OF THE SHOULDER INDEX (WOOS)
 DENNA SIDA IFYLLES AV UNDERSÖKAREN

- 1 Mät avståndet från vänster kant av linjen till / -markeringen i millimeter (0-100), med mät noggrannhet i närmaste 0,5 mm.
Fyll i siffran på motsvarande rad nedan.

- 2 Man kan räkna samman en totalsumma för vardera avsnitt (Fysiska symptom 600, Sport / Fritid / Arbete 500, Livsstil 500, Känslor 300).
Och/eller en totalsumma för alla avsnitt med maximum 1900.
Det värsta tänkbara resultatet är 1900.

- 3 Om man vill kan man redovisa resultatet i procent av normal funktion.
Dra den uppnådda totalsumman ifrån 1900 och dela med 19.
100% = bästa resultat och normal funktion.
Exempel: Patientens totalsumma = 1425, det procentuella resultatet blir då:
1900-1425 = 475, 475 / 19=25 d.v.s. 25%.
På samma sätt kan vardera avsnitts resultat beräknas som procent.

Fysiska symptom	Sport / Fritid / Arbete	Livsstil	Känslor	Total
F1 ,	S7 ,	L12 ,	K17 ,	F ,
F2 ,	S8 ,	L13 ,	K18 ,	S ,
F3 ,	S9 ,	L14 ,	K19 ,	L ,
F4 ,	S10 ,	L15 ,	Summa K: K ,	Summa: ,
F5 ,	S11 ,	L16 ,		
F6 ,	Summa S: ,	Summa L: ,	300-	1900- ,
Summa F: ,	500-	500-	= / 3 %	
600-	/ 5	/ 5	= %	= %
/ 6	= %	= %		
= %				

NAMN: _____	AXEL: HÖ <input type="checkbox"/> VÄ <input type="checkbox"/>
(PERS-) NUMMER: _____	DOM: HÖ <input type="checkbox"/> VÄ <input type="checkbox"/>
	DATUM: _____