

BBH d. 6/12-98.

Til brugerne af KOOS-scoren,

KOOS-scoren er oversat fra amerikansk og svensk efter "gældende foreskrifter". Testen er således oversat uafhængigt af 3 personer, som efterfølgende sammen har lavet en fælles oversættelse. Derefter er den oversat tilbage til original-sproget af en 4. person, hvorefter ophavsmanden til testen har vurderet om indholdet i den nye test var det samme som i de validerede scores. Som det fremgår, er det en besværlig arbejdsgang, når man vil være sikker på at "tingene" skal fungere. Derfor er det også vigtigt, at revidering af testen kun foretages ét sted, og det bliver på Bispebjerg Hospital. Hvis I finder, at patienterne misforstår eller har svært ved at forstå nogle (og de samme) spørgsmål, må I være søde at oplyse os om det.

Nedenfor er angivet 2 referencer, som omhandler scoren.

Roos, E.M., H.P. Roos, L.S. Lohmander, C. Ekdahl, and B.D. Beynon. Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS)—development of a self-administered outcome measure. *J.Orthop.Sports Phys.Ther.* 28: 88-96, 1998.

Roos EM, Roos HP, Ekdahl C, Lohmander LS. Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) - validation of the Swedish version. *Scand.J.Med.Sci.Sports* 8: 439-448, 1998.

Med venlig hilsen



Nina Beyer

KOOS

Spørgeskema til knæpatienter

Dato _____ CPR nr. _____

Navn _____

Vejledning: Dette spørgeskema indeholder spørgsmål om, hvordan Du oplever dit knæ. Informationerne vil hjælpe os til at følge med i hvordan Du har det og hvor godt Du klarer dig i dagligdagen.

Ved hvert spørgsmål skal Du sætte et kryds i det alternativ, der passer bedst på dig. Du må kun sætte ét kryds ved hvert spørgsmål. Hvis Du er i tvivl om hvad Du skal svare, skal Du sætte krydset ved det alternativ, der føles mest rigtigt.

Symptom

Tænk på de **knægener** Du har haft i løbet af den sidste uge, når Du besvarer de næste spørgsmål.

- S1 Har knæet været hævet ?
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Aldrig | Sjældent | Ind imellem | Ofte | Altid |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- S2 Har Du haft murren i knæet, hørt klik eller andre lyde fra knæet, når Du bevæger det ?
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Aldrig | Sjældent | Ind imellem | Ofte | Altid |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- S3 Har knæet haget sig fast eller været låst ?
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Aldrig | Sjældent | Ind imellem | Ofte | Altid |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- S4 Kan Du strække knæet helt ?
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Altid | Ofte | Ind imellem | Sjældent | Aldrig |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- S5 Kan Du bøje knæet helt ?
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Altid | Ofte | Ind imellem | Sjældent | Aldrig |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Stivhed

Følgende spørgsmål handler om **ledstivhed**. Ledstivhed medfører besvær med at komme igang eller øget modstand, når Du bøjer eller strækker knæet. Angiv i hvor høj grad Du har oplevet ledstivhed i knæet i løbet af **den sidste uge**.

- S6 Hvor stift er dit knæ, når Du lige er vågnet om morgenen ?
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Slet ikke | Lidt | Moderat | Meget | Ekstremt |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- S7 Hvor stift er dit knæ **senere på dagen**, når Du har siddet eller ligget og hvilet ?
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Slet ikke | Lidt | Moderat | Meget | Ekstremt |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Smerte

P1 Hvor ofte har Du ondt i knæet ?

Aldrig	Hver måned	Hver uge	Hver dag	Altid
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor mange knæ smerter har Du haft i løbet af **den sidste uge**, under følgende aktiviteter ?

P2 Dreje/vride på belastet knæ

Ingen	Lette	Moderate	Stærke	Ekstreme
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P3 Strække knæet helt

Ingen	Lette	Moderate	Stærke	Ekstreme
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P4 Bøje knæet helt

Ingen	Lette	Moderate	Stærke	Ekstreme
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P5 Gå på jævnt underlag

Ingen	Lette	Moderate	Stærke	Ekstreme
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P6 Gå op eller ned ad trapper

Ingen	Lette	Moderate	Stærke	Ekstreme
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P7 Om natten (smerter, som forstyrrer din søvn)

Ingen	Lette	Moderate	Stærke	Ekstreme
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P8 Siddende eller liggende

Ingen	Lette	Moderate	Stærke	Ekstreme
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P9 Stående

Ingen	Lette	Moderate	Stærke	Ekstreme
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Funktion i dagligdagen

Følgende spørgsmål omhandler dit fysiske formåen. **Angiv hvilken grad af besvær Du har oplevet under følgende aktiviteter i løbet af den sidste uge, på grund af dine knæproblemer.**

A1 Gå ned ad trapper

Intet	Lidt	Moderat	Stort	Ekstremt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2 Gå op ad trapper

Intet	Lidt	Moderat	Stort	Ekstremt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A3 Rejse dig fra siddende

Intet	Lidt	Moderat	Stort	Ekstremt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Angiv graden af **besvær** Du har oplevet ved hver aktivitet i løbet af **den sidste uge**

- | | | | | | | |
|-----|---|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| A4 | Stå stille | Intet
<input type="checkbox"/> | Lidt
<input type="checkbox"/> | Moderat
<input type="checkbox"/> | Stort
<input type="checkbox"/> | Ekstremt
<input type="checkbox"/> |
| A5 | Gå ned i knæ, f.eks. for at samle noget op fra gulvet | Intet
<input type="checkbox"/> | Lidt
<input type="checkbox"/> | Moderat
<input type="checkbox"/> | Stort
<input type="checkbox"/> | Ekstremt
<input type="checkbox"/> |
| A6 | Gå på jævnt underlag | Intet
<input type="checkbox"/> | Lidt
<input type="checkbox"/> | Moderat
<input type="checkbox"/> | Stort
<input type="checkbox"/> | Ekstremt
<input type="checkbox"/> |
| A7 | Gå ind/ud af en bil | Intet
<input type="checkbox"/> | Lidt
<input type="checkbox"/> | Moderat
<input type="checkbox"/> | Stort
<input type="checkbox"/> | Ekstremt
<input type="checkbox"/> |
| A8 | Tage på indkøb | Intet
<input type="checkbox"/> | Lidt
<input type="checkbox"/> | Moderat
<input type="checkbox"/> | Stort
<input type="checkbox"/> | Ekstremt
<input type="checkbox"/> |
| A9 | Tage strømper på | Intet
<input type="checkbox"/> | Lidt
<input type="checkbox"/> | Moderat
<input type="checkbox"/> | Stort
<input type="checkbox"/> | Ekstremt
<input type="checkbox"/> |
| A10 | Stå ud af sengen | Intet
<input type="checkbox"/> | Lidt
<input type="checkbox"/> | Moderat
<input type="checkbox"/> | Stort
<input type="checkbox"/> | Ekstremt
<input type="checkbox"/> |
| A11 | Tage strømper af | Intet
<input type="checkbox"/> | Lidt
<input type="checkbox"/> | Moderat
<input type="checkbox"/> | Stort
<input type="checkbox"/> | Ekstremt
<input type="checkbox"/> |
| A12 | Ligge i sengen (vende dig, have knæet i samme stilling i lang tid) | Intet
<input type="checkbox"/> | Lidt
<input type="checkbox"/> | Moderat
<input type="checkbox"/> | Stort
<input type="checkbox"/> | Ekstremt
<input type="checkbox"/> |
| A13 | Stige ind og ud af badekar/brusebad | Intet
<input type="checkbox"/> | Lidt
<input type="checkbox"/> | Moderat
<input type="checkbox"/> | Stort
<input type="checkbox"/> | Ekstremt
<input type="checkbox"/> |
| A14 | Sidde | Intet
<input type="checkbox"/> | Lidt
<input type="checkbox"/> | Moderat
<input type="checkbox"/> | Stort
<input type="checkbox"/> | Ekstremt
<input type="checkbox"/> |
| A15 | Sætte dig og rejse dig fra toilettet | Intet
<input type="checkbox"/> | Lidt
<input type="checkbox"/> | Moderat
<input type="checkbox"/> | Stort
<input type="checkbox"/> | Ekstremt
<input type="checkbox"/> |
| A16 | Udføre tungt husarbejde (vaske gulv, støvsuge, bære øl/sodavandskasser o.lign.) | Intet
<input type="checkbox"/> | Lidt
<input type="checkbox"/> | Moderat
<input type="checkbox"/> | Stort
<input type="checkbox"/> | Ekstremt
<input type="checkbox"/> |
| A17 | Udføre let husarbejde (lave mad, tørre støv af etc.) | Intet
<input type="checkbox"/> | Lidt
<input type="checkbox"/> | Moderat
<input type="checkbox"/> | Stort
<input type="checkbox"/> | Ekstremt
<input type="checkbox"/> |

Funktion, sport og fritid

Følgende spørgsmål handler om din fysiske formåen. **Angiv hvilken grad af besvær Du har oplevet under følgende aktiviteter i løbet af den sidste uge på grund af dine knæproblemer.**

SP1 Sidde i hug

Intet Lidt Moderat Stort Ekstremt

SP2 Løbe

Intet Lidt Moderat Stort Ekstremt

SP3 Hoppe

Intet Lidt Moderat Stort Ekstremt

SP4 Dreje/vride på belastet knæ

Intet Lidt Moderat Stort Ekstremt

SP5 Ligge på knæ

Intet Lidt Moderat Stort Ekstremt

Livskvalitet

Q1 Hvor ofte bliver Du mindet om dit knæproblem ?

Aldrig Hver måned Hver uge Hver dag Altid

Q2 Har Du forandret din måde at leve på for at undgå at overbelaste knæet ?

Slet ikke Noget Moderat I stor udstrækning Totalt

Q3 I hvor stor grad kan Du stole på dit knæ ?

Fuldt ud I stor udstrækning Moderat Til en vis grad Slet ikke

Q4 Hvor store problemer har Du almindeligvis med dit knæ ?

Ingen Små Moderate Store Ekstreme

Tak for at Du har besvaret samtlige spørgsmål !

Dansk version af KOOS score er oversat af fysioterapeuterne Nina Beyer, Karin Jansen, Christina Wiinberg og Peter Magnusson. Information om KOOS kan fås hos Nina Beyer, Idrætsmedicinsk Forskningsenhed, Bispebjerg Hospital, København 2400 NV, Fax. 3531 6097, hvorfra scoren kan rekvireres. Yderligere information om KOOS kan fås hos: Leg sjukgymnast och doktorand Ewa Roos, Inst. för rörelsesorganens sjukdommar. Avd. för sjukgymnastik. Lunds Universitet, Box 5134, 220 05 Lund, Sverige. Fax. +46 4622 24202.