

WESTERN ONTARIO SHOULDER INSTABILITY INDEX (WOSI)[©]

Svensk version[©]
Swedish version

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

Copyright © 1998 (#474672) A Kirkely MD, S. Griffin, CSS,
Translated to Swedish by Ulf Lillkrona MD, PhD and Anders Nordqvist 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

Extrem smärta



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

Ingen smärta

Extrem 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 i samband med sysslor där armarna hålls ovan huvudhöjd?

Ingen smärta

Extrem smärta



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

Ingen värk

Extrem värk



3. Hur mycket svaghet eller kraftnedsättning upplever Du i Din axel?

Inte alls svag

Extremt svag



4. Hur mycket trötthet eller nedsatt uthållighet upplever Du i Din axel?

Ingen alls

Extrem trötthet



5. Hur mycket klickande, smällande eller knäppande upplever Du i Din axel?

Inget alls

Extremt mycket



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

Inte alls stel

Extremt stel



7. Hur mycket obehag upplever Du i Dina nackmuskler p.g.a. Din axel?

Inga obehag

Extremt mycket



8. Hur stor känsla av instabilitet upplever Du i, eller hur glapp är, Din axel?

Inte alls

Extremt mycket



9. Hur mycket kompenserar Du för Din axel med andra muskler?

Inte alls

Extremt mycket



10. Hur mycket nedsatt rörlighet har Du i Din axel?

Ingen nedsättning

Extrem nedsättning



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)

11. Hur mycket har Din axel begränsat Ditt deltagande i sport- och fritidsaktiviteter?

Ingen begränsning

Extrem begränsning



12. Hur mycket har Din axel påverkat den förmåga och de färdigheter som krävs i Din sportutövning eller i Ditt arbete? (Om Din axel påverkar Dig både vid sportaktivitet och i arbete så välj det som är mest påverkat)

Ingen påverkan

Extrem påverkan



13. Hur mycket upplever Du att Du behöver skydda Din arm under olika aktiviteter?

Inte alls

Extremt mycket



14. Hur stor svårighet upplever Du i samband med lyft av tunga föremål under axelhöjd?

Ingen svårighet

Extrem svårighet



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)

15. Hur stor rädsla har Du för att falla på Din axel?

Ingen rädsla

Extremt stor



16. Hur svårt upplever Du det är att bibehålla Din önskade fysiska aktivitetsnivå?

Ingen svårighet

Extrem svårighet



17. Hur svårt upplever Du det är att ” härja runt” med familj eller vänner?

Ingen svårighet

Extrem svårighet



18. Hur stor svårighet har du att sova på grund av Din axel?

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)

19. Hur medveten är Du om Din axel?

Inte alls medveten

Extremt medveten



20. Hur orolig är Du för att Din axel skall bli sämre?

Inte alls orolig

Extremt orolig



21. Hur frustrerad känner Du Dig p.g.a. Din axel?

Inte alls frustrerad

Extremt frustrerad



Tack för att Du besvarat alla frågorna !

Förklaring av innebörden av frågorna i WOSI.

Del A: Fysiska symptom

Fråga 1.

Frågan gäller plötsligt insättande, huggande smärta i aktiviteter som kräver att Du håller armen ovan axelnivå t. ex. för att sätta in porslin i ett skåp, sköta håret, simma crawl ,måla tak, kasta boll.

Fråga 2.

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

Fråga 3.

Frågan gäller nedsatt kraft för att utföra något moment där armen används.

Fråga 4.

Frågan gäller huruvida axeln blir trött eller om Du inte klarar att utföra någonting under en längre period.

Fråga 5.

Frågan gäller ljud som uppstår i Din axel.

Fråga 6.

Frågan gäller känslan av stelhet eller att axelleden inte vill röra sig. Något som ofta upplevs när man stiger upp på morgonen, efter träning eller efter en tids inaktivitet (till skillnad från minskat rörelseomfång som syftas på i förklaring till fråga 10).

Fråga 7.

Frågan gäller hur mycket spändhet och smärta Du upplever i nackmuskulaturen och som är orsakad av axelbesvären.

Fråga 8.

Frågan gäller huruvida Du upplever känslan av att axeln hoppar helt eller delvis ur led, känns ostadig eller glider, nedåt eller i någon annan riktning.

Fråga 9.

Frågan gäller huruvida Du använder muskler i armen eller i ryggen för att kompensera för Dina axelbesvär vid rörelser eller aktiviteter.

Fråga 10.

Frågan gäller nedsatt rörelseomfång i alla eller några riktningar.

Del B: Sport / Fritid / Arbete

Fråga 11.

Frågan gäller huruvida Du måste minska Ditt deltagande i någon aktivitet eller om Du har varit tvungen att sluta helt med något.

Fråga 12.

Frågan gäller huruvida Du har någon svårighet att utföra de färdigheter som krävs i arbetet eller vid sport eller fritidsaktiviteter.

Fråga 13.

Frågan gäller huruvida Du, medvetet eller omedvetet, skyddar Din arm genom att hålla den intill kroppen, döljer den eller använder stöbandage.

Fråga 14.

Frågan gäller **inte** att lyfta föremål ovan huvudet utan att lyfta något tungt föremål under axelhöjd t.ex. matkasse, arbetsutrustning, böcker, bowlingklot, stekpanna.

Del C: Livsstil

Fråga 15.

Frågan gäller rädsla för att falla på axeln eller mot Din utsträckta arm på samma sida.

Fråga 16.

Frågan gäller den träningsnivå Du hade innan axeln blev ett problem. Frågan gäller även om Du har på försämrat hjärt-kärl hälsotillstånd, styrkenivå och muskelpändhet.

Fråga 17.

Frågan gäller olika typer av tuff eller vild lek eller spel som Du normalt kan ha med Din familj eller Dina vänner.

Fråga 18.

Frågan gäller huruvida Du behövt ändra sovställning, vaknar upp på natten, har svårt att somna eller vaknar upp ej utvilad p.g.a. Din axel.

Del D: Känslor.

Fråga 19.

Frågan gäller huruvida Du alltid är medveten om Din axel eller tänker på den innan Du gör något.

Fråga 20.

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

Fråga 21.

Frågan gäller huruvida Du upplever Dig frustrerad över att Du inte kan göra saker som Du brukat göra eller som Du skulle vilja göra men inte kan p.g.a. axeln.

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 WOSI scoring algorithm is hereby granted to the holder of this tool for his/her personal use.

Permission to reproduce the WOSI is routinely granted by the authors to individuals and organizations for their own use. Requests for permission to reproduce the WOSI 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 and Evaluation of a Disease-Specific Quality of Life Measurement Tool for Shoulder Instability: The Western Ontario Shoulder Instability Index. AJSM 26(6):764-772,1998.

Translated to Swedish by:
Ulf Lillkrona MD PhD.
Anders Nordqvist MD, PhD

ulf.lillkrona@ds.se
anders.nordqvist@nvs.skane.se

Layout:
Björn Salomonsson MD

bjorn.salomonsson@ds.se

SAMMANRÄKNING AV WESTERN ONTARIO SHOULDER INSTABILITY INDEX (WOSI)
DENNA SIDA IFYLLES AV UNDERSÖKAREN

- 1 Mät avståndet från vänster kant av linjen till / -markeringen i millimeter (0-100), med mätnoggrannhet i närmaste 0,5 mm.
Fyll i siffran på motsvarande rad nedan.
- 2 Man kan räkna samman en totalsumma för vardera avsnitt (Fysiska symptom 1000, Sport / Fritid / Arbete 400, Livsstil 400, Känslor 300).
Och/eller en totalsumma för alla avsnitt med maximum 2100.
Det värsta tänkbara resultatet är 2100.
- 3 Om man vill kan man redovisa resultatet i procent av normal funktion.
Dra den uppnådda totalsumman ifrån 2100 och dela med 21.
100% = bästa resultat och normal funktion.
Exempel: Patientens totalsumma =1625, det procentuella resultatet blir då:
 $2100-1625 = 475$, $475 / 21=22,62$ d.v.s. 22,6%.
På samma sätt kan vardera avsnitts resultat beräknas som procent.

Fysiska symptom	Sport / Fritid / Arbete	Livsstil	Känslor	Total
F1 ,	S11 ,	L15 ,	K19 ,	F ,
F2 ,	S12 ,	L16 ,	K20 ,	S ,
F3 ,	S13 ,	L17 ,	K21 ,	L ,
F4 ,	S14 ,	L18 ,	Summa K:	K ,
F5 ,	Summa S:	Summa L:		Summa:
F6 ,			300-	
F7 ,	400-	400-	/ 3	2100-
F8 ,	/ 4	/ 4	= %	/ 21
F9 ,	= %	= %		= %
F10 ,				
Summa F:				
1000-				
/ 10				
= %				

DATUM: _____

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