

Published in:
Osteoarthritis and Cartilage 2007;15(1):104-109

Abstract

Validation of the Dutch version of the Hip disability and Osteoarthritis Outcome Score

De Groot IB, Reijman M, Terwee CB, Bierma-Zeinstra SMA, Favejee M, Roos EM, Verhaar JAN

Introduction: The Hip disability and Osteoarthritis Outcome Score (HOOS) was constructed in Sweden; this questionnaire has proved to be valid for persons with hip disability with or without hip osteoarthritis (OA) and with high demands of physical function.

Objective: The objective of this study was to evaluate the internal consistency, reliability, construct validity, and floor and ceiling effects of the Dutch version of the HOOS questionnaire.

Patients and methods: After translation with a forward/backward protocol, 74 hip arthroplasty patients and 88 hip OA patients filled in the Dutch HOOS, as well as an SF-36, an Oxford Hip Score and a VAS pain questionnaire.

Results: The Dutch version of the HOOS questionnaire achieved excellent scores in all of the clinimetric properties.

Conclusion: The Dutch HOOS questionnaire has a good internal consistency and reliability. Moreover, the construct validity is good and no floor and ceiling effects were found. The HOOS is a good instrument for patients with different stadia of hip OA.

Key words: HOOS, Hip, Osteoarthritis, Outcome, Validity, Questionnaire.

Contact:

Erasmus MC
PO Box 2040
3000 CA Rotterdam
room: Hs-104
Max.Reijman, PhD
e mail address: m.reijman@erasmusmc.nl
phone: +31-10-7033642
fax: +31-10-703 1002

<h2 style="margin: 0;">HOOS</h2> <h3 style="margin: 0;">Vragenformulier voor heuppatiënten</h3>

Datum: ____/____/____ **Geboortedatum:** ____/____/____

Naam: _____

Instructies: Deze vragenlijst vraagt naar uw mening over uw heup. Deze informatie helpt ons na te gaan hoe u zich voelt over uw heup en hoe goed u in staat bent om uw normale dagelijkse activiteiten uit te voeren. Beantwoord elke vraag door één hokje aan te kruisen. Wanneer u twijfelt over de beantwoording van een vraag, kruis dan de best mogelijke optie aan.

Symptomen

Denkt u bij het beantwoorden van deze vragen aan symptomen en problemen van uw heup gedurende de afgelopen week.

S1. Heeft u een knarsend gevoel in uw heup, klikkende of andere geluiden van uw heup gehoord?

nooit	zelden	soms	vaak	voortdurend
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

S2. Heeft u moeite om uw benen ver uit elkaar te bewegen?

nooit	zelden	soms	vaak	voortdurend
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

S3. Heeft u moeite met grote stappen maken?

nooit	zelden	soms	vaak	voortdurend
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Stijfheid

Onderstaande vragen betreffen de **gewrichtsstijfheid** die u hebt ervaren in de heup gedurende de afgelopen week. Met stijfheid bedoelen we het gevoel dat uw gewricht minder soepel beweegt.

S4. Hoe ernstig was de gewrichtsstijfheid van de heup 's morgens direct na het wakker worden?

geen	gering	matig	veel	erg veel
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

S5. Hoe ernstig was de gewrichtsstijfheid van de heup later op de dag, na zitten liggen of rusten?

geen	gering	matig	veel	erg veel
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Pijn

P1. Hoe vaak heeft u pijn aan uw heup?

nooit	elke maand	elke week	elke dag	altijd
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

- A4. Staan
 geen gering matig veel erg veel
₁ ₂ ₃ ₄ ₅
- A5. Bukken naar de grond/iets oppakken van de grond
 geen gering matig veel erg veel
₁ ₂ ₃ ₄ ₅
- A6. Lopen op een vlakke ondergrond
 geen gering matig veel erg veel
₁ ₂ ₃ ₄ ₅
- A7. Instappen / uitstappen uit een auto
 geen gering matig veel erg veel
₁ ₂ ₃ ₄ ₅
- A8. Winkelen
 geen gering matig veel erg veel
₁ ₂ ₃ ₄ ₅
- A9. Sokken / kousen aantrekken
 geen gering matig veel erg veel
₁ ₂ ₃ ₄ ₅
- A10. Opstaan vanuit bed
 geen gering matig veel erg veel
₁ ₂ ₃ ₄ ₅
- A11. Sokken / kousen uittrekken
 geen gering matig veel erg veel
₁ ₂ ₃ ₄ ₅
- A12. In bed liggen
 geen gering matig veel erg veel
₁ ₂ ₃ ₄ ₅
- A13. In / uit bad gaan
 geen gering matig veel erg veel
₁ ₂ ₃ ₄ ₅
- A14. Zitten
 geen gering matig veel erg veel
₁ ₂ ₃ ₄ ₅
- A15. Gaan zitten / opstaan van het toilet
 geen gering matig veel erg veel
₁ ₂ ₃ ₄ ₅
- A16. Zware huishoudelijke activiteiten (zware dozen tillen, de vloer schrobben etc)
 geen gering matig veel erg veel
₁ ₂ ₃ ₄ ₅
- A17. Lichte huishoudelijke werkzaamheden (koken, stoffen etc)
 geen gering matig veel erg veel
₁ ₂ ₃ ₄ ₅

Functioneren in vrije tijd en sport

De volgende vragen gaan over uw lichamelijke gesteldheid tijdens recreatieve/ sportieve activiteiten. Geef aan hoeveel moeite u heeft ervaren op **grond van uw heupklachten** in de **afgelopen week** bij de volgende activiteiten

Sp1. Op uw hurken zitten

geen	gering	matig	veel	erg veel
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Sp2. Hardlopen

geen	gering	matig	veel	erg veel
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Sp3. Draaien op een belast been

geen	gering	matig	veel	erg veel
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Sp4. Op een oneffen ondergrond lopen

geen	gering	matig	veel	erg veel
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Kwaliteit van leven

Q1. Hoe vaak wordt u aan uw heup herinnerd?

nooit	elke maand	elke week	elke dag	altijd
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Q2. Heeft u uw manier van leven veranderd om uw heup te ontzien?

totaal niet	iets	matig	grotendeels	totaal
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Q3. In welke mate kunt u op uw heup vertrouwen?

totaal	grotendeels	matig	iets	totaal niet
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Q4. Hoe groot zijn uw problemen met de heup in het algemeen?

geen	gering	matig	veel	erg veel
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅