

Naam:

Geb.datum:

Datum:

## Hip disability and Osteoarthritis Outcome Score (HOOS)

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

**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.

- |     | Nooit (0)  | Zelden (1) | Soms (2) | Vaak (3) | Voortdurend (4) |
|-----|--|------------|----------|----------|-----------------|
| S-1 | <i>Heeft u een knarsend gevoel in uw heup, klikkende of andere geluiden van uw heup gehoord?</i> |            |          |          |                 |
| S-2 | <i>Heeft u moeite om uw benen ver uit elkaar te bewegen?</i>                                     |            |          |          |                 |
| S-3 | <i>Heeft u moeite met grote stappen maken?</i>   |            |          |          |                 |

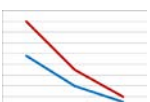
### Stijfheid

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.

- |     | Geen (0)  | Gering (1) | Matig (2) | Veel (3) | Erg veel (4) |
|-----|---|------------|-----------|----------|--------------|
| S-4 | <i>Hoe ernstig was de gewrichtsstijfheid van de heup later op de dag, na zitten liggen of rusten?</i> |            |           |          |              |
| S-5 | <i>Hoe ernstig was de gewrichtsstijfheid van de heup 's morgens direct na het wakker worden?</i>      |            |           |          |              |

### Pijn

- |     | Nooit (0)                                 | Elke maand (1) | Elke week (2) | Elke dag (3) | Altijd (4) |
|-----|---|----------------|---------------|--------------|------------|
| P-1 | <i>Hoe vaak heeft u pijn aan uw heup?</i> |                |               |              |            |



Naam:

Geb.datum:

Datum:

---

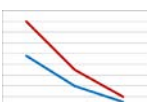
Welke mate van heuppijn heeft u de afgelopen week ervaren tijdens de volgende activiteiten?

- |      | Geen (0)   | Gering (1) | Matig (2) | Veel (3) | Erg veel (4) |
|------|--|------------|-----------|----------|--------------|
| P-2  | <i>Uw bovenbeen zo ver mogelijk naar achteren strekken</i> |            |           |          |              |
| P-3  | <i>Uw knie zo ver mogelijk naar de borst brengen</i>       |            |           |          |              |
| P-4  | <i>Lopen op een vlakke ondergrond</i>                      |            |           |          |              |
| P-5  | <i>Trap oplopen of aflopen</i>                             |            |           |          |              |
| P-6  | <i>'s Nachts in bed</i>                                    |            |           |          |              |
| P-7  | <i>Zitten of liggen</i>                                    |            |           |          |              |
| P-8  | <i>Rechtop staan</i>                                       |            |           |          |              |
| P-9  | <i>Lopen op een harde ondergrond (asfalt, beton etc)</i>   |            |           |          |              |
| P-10 | <i>Lopen op een oneffen ondergrond</i>                     |            |           |          |              |
- 

### Functioneren in het dagelijks leven

Onderstaande vragen betreffen uw dagelijks functioneren. Wilt u voor elk van de onderstaande activiteiten aangeven hoeveel **moeite** u de afgelopen week heeft ervaren tijdens deze activiteiten vanwege uw heup.

- |     | Geen (0)                        | Gering (1) | Matig (2) | Veel (3) | Erg veel (4) |
|-----|---------------------------------|------------|-----------|----------|--------------|
| A-1 | <i>Trap aflopen</i>             |            |           |          |              |
| A-2 | <i>Trap oplopen</i>             |            |           |          |              |
| A-3 | <i>Opstaan vanuit een stoel</i> |            |           |          |              |
- 



Naam:

Geb.datum:

Datum:

---

**Geen (0)**

**Gering (1)**

**Matig (2)**

**Veel (3)**

**Erg veel (4)**

A-4 *Staan*

A-5 *Bukken naar de grond/iets oppakken van de grond*

A-6 *Lopen op een vlakke ondergrond*

A-7 *Instappen / uitstappen uit een auto*

A-8 *Winkelen*

A-9 *Sokken / kousen aantrekken*

A-10 *Opstaan vanuit bed*

A-11 *Sokken / kousen uittrekken*

A-12 *In bed liggen*

A-13 *In / uit bad gaan*

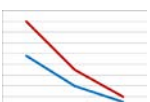
A-14 *Zitten*

A-15 *Gaan zitten / opstaan van het toilet*

A-16 *Zware huishoudelijke activiteiten (zware dozen tillen, de vloer schrobben etc)*

A-17 *Lichte huishoudelijke werkzaamheden (koken, stoffen etc)*

---



Naam:

Geb.datum:

Datum:

---

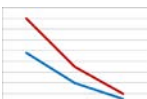
### Functioneren in vrije tijd en sport

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

- |      | Geen (0)                               | Gering (1) | Matig (2) | Veel (3) | Erg veel (4) |
|------|--|------------|-----------|----------|--------------|
| Sp-1 | <i>Op uw hurken zitten</i>             |            |           |          |              |
| Sp-2 | <i>Hardlopen</i>                       |            |           |          |              |
| Sp-3 | <i>Draaien op een belast been</i>      |            |           |          |              |
| Sp-4 | <i>Op een oneffen ondergrond lopen</i> |            |           |          |              |
- 

### Kwaliteit van leven

- |     | Nooit (0)   | Elke maand (1)  | Elke week (2) | Elke dag (3)    | Altijd (4)      |
|-----|---|-----------------|---------------|-----------------|-----------------|
| Q-1 | <i>Hoe vaak wordt u aan uw heup herinnerd?</i>                      |                 |               |                 |                 |
| Q-2 | Totaal niet (0)   | Iets (1)        | Matig (2)     | Grotendeels (3) | Totaal(4)       |
| Q-2 | <i>Heeft u uw manier van leven veranderd om uw heup te ontzien?</i> |                 |               |                 |                 |
| Q-3 | Totaal (0)  | Grotendeels (1) | Matig (2)     | Iets (3)        | Totaal niet (4) |
| Q-3 | <i>In welke mate kunt u op uw heup vertrouwen?</i>                  |                 |               |                 |                 |
| Q-4 | Geen (0)  | Gering (1)      | Matig (2)     | Veel (3)        | Erg veel (4)    |
| Q-4 | <i>Hoe groot zijn uw problemen met de heup in het algemeen?</i>     |                 |               |                 |                 |
- 



Naam:

Geb.datum:

Datum:

---

### Scoreberekening:

De uitkomstscore bestaat uit het totaal van de 5 subschalen (1; Symptomen / stijfheid, 2; Pijn, 3; Functioneren in ADL, 4; Activiteiten en 5; Kwaliteit van leven.

- Pijn (P) bevat 10 items met een totaal score van 40 punten.
- Symptomen (S) bevat 5 items met een totaalscore van 20 punten.
- Activiteiten bevat 17 items met een totaalscore van 68 punten.
- Functioneren in ADL en Kwaliteit van leven bevatten beide 4 items met een totaal score van 16 punten elk.

Om de score te interpreteren, dient de uitkomstscore te worden omgezet in een slechtst – beste schaal van 0 tot 100, waarbij 100 geen symptomen indiceert en 0 extreme symptomen.

Voor het bereken van de totale HOOS score dienen de subschalen op geteld te worden, met gebruik makend van de volgende formule:

$$100 - [(patiënts\ score\ van\ de\ subschaal \times 100) / (totaal\ score\ van\ de\ subschaal)]$$

