

## Poengberegning av DASH

### Dysfunksjon i arm, skulder og hånd

#### **Dysfunksjon/symptom** (De første 30 spørsmålene)

Svaralternativene for hvert spørsmål poengsettes fra 1 (ingen funksjonsnedsettelse/symptomer) til 5 (verste funksjonsnedsettelse/symptom).

#### **Beregning av DASH score:**

Legg sammen poengene, trekk fra 30, og del på 1,2

$$\text{Dvs: DASH score} = (\text{Poeng} - 30) / 1,2$$

- Er opp til 3 spørsmål ubesvart, skal disse erstattes med gjennomsnittet av svarene på de øvrige spørsmålene. For eksempel: om en person har 2 ubesvarte spørsmål og har besvart alle de 28 andre spørsmålene tilsvarende 3 poeng, gis de 2 ubesvarte spørsmålene også 3 poeng.
- Om flere enn 3 spørsmål er ubesvart, går det ikke an å beregne DASH score.
- Det gjør det lettere om en teller opp hvor mange "1-ere" det er, hvor mange "2-ere", hvor mange "3-ere" osv og så ganger ut og legger sammen for å få poengsummen. Det er da også lett å se hvor mange spørsmål som er besvart.

#### **Arbeid** (4 spørsmål, det er valgfritt om denne delen brukes)

Svaralternativer for hvert spørsmål poengsettes fra 1 (ingen) til 5 (ikke mulig).

#### **Beregning av score:**

Legg sammen poengene, trekk fra 4, og del på 0,16

$$\text{Dvs: (Poeng} - 4) / 0,16$$

- Alle 4 spørsmålene må være besvart for å kunne beregne denne score.

#### **Musikk/idrett**

Samme regler som for "Arbeid"

Den norske oversettelsen er vurdert og offisielt godkjent av AAOS. Vennligst referere til denne nettadressen hvis den norske utgaven av skjemaet brukes i en publikasjon.

# HELSEUNDERSØKELSE

(arm/skulder/hånd)

Dette skjemaet tar for seg dine symptomer og dine evner til å utføre visse aktiviteter.

Vær snill å svare på **alle** spørsmål, basert på hvordan det har gått **den siste uken**.

Dersom det er noen aktiviteter du ikke har utført siste uken, skal du krysse for det svaret som du mener ville stemme best om du hadde utført aktiviteten.

Det har ingen betydning hvilken arm eller hånd du bruker for å utføre aktiviteten. Basere svarene på hva du får til, uansett hvordan du utfører oppgaven.

Vennligst sett kryss for ett svaralternativ for hvert spørsmål.

Navn:

født:

Dato:

|   | Ingen<br>vanskelig-<br>heter | Lette<br>vanskelig-<br>heter | Middels<br>vanskelig-<br>heter | Svære<br>vanskelig-<br>heter | Umulig å<br>gjøre        |
|---|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|--------------------------|
| 1. Åpne et nytt syltetøyglass   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 2. Skrive   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 3. Vri om en nøkkel   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 4. Forberede et måltid  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 5. Skyve åpen en tung dør   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 6. Legge noe på en hylle over hodehøyde   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 7. Utføre tungt husarbeide (f.eks. vaske gulv eller vegger)   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 8. Gjøre hagearbeid   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 9. Re opp en seng   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 10. Bære handlepose eller dokumentmappe   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 11. Bære tunge gjenstand (over 5 kilo)  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 12. Skifte en lyspære over hodehøyde  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 13. Vaske eller føne håret  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 14. Vaske ryggen  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 15. Ta på en genser   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 16. Skjære opp mat med kniv   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 17. Fritidsaktiviteter som krever lite anstrengelse (f.eks spille kort, strikke o.l)  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 18. Fritidsaktiviteter som krever en viss kraft eller styrke i arm, skulder eller hånd (f.eks spille golf, bruke hammer, spille tennis) | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 19. Fritidsaktiviteter der du beveger armen fritt (f.eks spille badminton, svømme, gymnastikk)  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 20. Nødvendig transport (Komme deg fra ett sted til et annet)   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 21. Seksuelle aktiviteter   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |

22. I hvilken grad har dine arm-, skulder- eller håndproblemer hemmet din vanlige omgang med slektninger, venner, naboer eller andre **den siste uken?** (Sett ett kryss.)

Ikke hemmet i det hele tatt     Litt     Moderat     Ganske mye     Ekstremt

23. Var du begrenset på grunn av dine arm-, skulder- eller håndproblemer i ditt arbeide eller andre vanlige daglige aktiviteter i løpet av **den siste uken?**

Ikke begrenset i det hele tatt     Litt     Moderat begrenset     Svært begrenset     Umulig

Angi alvorlighetsgraden av de følgende symptomene i **den siste uken:**

|  | Ingen                    | Lett                     | Moderat                  | Sterk                    | Ekstrem                  |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 24. Smerte i arm, skulder eller hånd   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Smerte i arm, skulder eller hånd i forbindelse med en spesiell aktivitet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Prikking ("mauring", "sovnet") arm, skulder eller hånd                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Svakhet i arm, skulder eller hånd  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Stivhet i arm, skulder eller hånd  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

29. Hvor mye vansker har du hatt **den siste uken** med å sove på grunn av smerte i arm, skulder eller hånd?

Ingen vansker     Litt vansker     Moderate vansker     Betydelige vansker     Har ikke fått sove

30. Jeg føler meg mindre handlekraftig, har mindre selvtillit eller føler meg mindre nyttig på grunn av mitt arm-, skulder- eller håndproblem.

Helt uenig     Uenig     Hverken enig eller uenig     Enig     Helt enig

De følgende spørsmålene dreier seg om hvor mye dine arm-, skulder- eller håndproblemer påvirker din evne til å arbeide (inkludert husarbeid om dette er din hovedbeskjeftigelse).

Arbeider du? Ja  Nei

**Dersom svaret er nei, kan du hoppe over de fire spørsmålene**

Hva er ditt yrke/arbeid (Hva gjør du)?

Kryss av for den påstanden som best beskriver dine fysiske prestasjoner **den siste uken**. Hadde du noen vanskeligheter med å...:

|   | Ingen                    | Litt                     | Moderate                 | Store                    | Ikke mulig               |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ...bruke din vanlige teknikk i ditt arbeide?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ...utføre ditt vanlige arbeide pga smerte i arm, skulder eller hånd? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ...utføre ditt arbeide så bra som du skulle ønske?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ...utføre arbeidet på den tid du vanligvis bruker?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

De følgende spørsmålene dreier seg om hvor mye dine arm-, skulder- eller håndproblemer har påvirket dine evner til å spille ditt musikkinstrument og/eller drive idrett.

Spiller du noe instrument eller driver noen idrett? Ja  Nei

**Dersom svaret er nei, kan du hoppe over resten av spørsmålene**

Om du spiller mer enn ett musikkinstrument eller driver mer enn en idrett, skal du svare med hensyn til den aktiviteten som er viktigst for deg.

Hvilket instrument eller idrett er viktigst for deg: \_\_\_\_\_

Kryss av for påstanden som best beskriver dine fysiske prestasjoner **den siste uken**. Hadde du noen vanskeligheter med å...:

|  | Ingen                    | Litt                     | Moderate                 | Store                    | Ikke mulig               |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ...bruke din vanlige teknikk for å spille instrument/drive idrett?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ...spille instrument/drive idrett pga smerte i arm, skulder eller hånd? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ...spille instrument/drive idrett så bra som du skulle ønske?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ...bruke like mye tid som vanlig på å spille instrument/drive idrett?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |