

Danish translation of the Foot and Ankle Outcome Score

Peter Larsen¹, Anne Marie Boe², Annika B. Iyer^{1,4} & Rasmus Elsøe³

1) Department of Occupational Therapy and Physiotherapy, Aalborg University Hospital

2) Department of Anaesthesia and Intensive Care, Aalborg University Hospital

3) Department of Orthopaedic Surgery, Aalborg University Hospital, Denmark

4) Department of Physiotherapy, Uppsala University Hospital, Sweden

ABSTRACT

Introduction: The Foot and Ankle Outcome Score (FOAS) is a standardized instrument used to report on injury-specific clinical status following foot- and ankle-related problems. The primary aim of this study was to translate and conduct a cross-cultural adaptation of the FAOS into a Danish setting, including testing absolute agreement and the test-retest reliability of the questionnaire.

Methods: Translation of the FAOS questionnaire was carried out according to the Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes Measures: report of the Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research Task Force for Translation and Cultural Adaptation.

Results: No major disagreements were observed between the original and translated version of the FAOS questionnaire during the translation procedure and cognitive interview. A total of 51 patients were included in the reliability testing procedure. The test-retest reliability was high: pain interclass correlation coefficient (ICC) 0.88 (95% confidence interval (CI): 0.79-0.93), symptoms ICC 0.95 (95% CI: 0.91-0.97), activities of daily living ICC 0.95 (95% CI: 0.90-0.97), sport ICC 0.95 (95% CI: 0.90-0.97) and quality of life ICC 0.94 (95% CI: 0.90-0.97). The Bland-Altman plots showed good agreement between test and retest for all five subscales.

Conclusions: The translation of the FAOS questionnaire into Danish was done in accordance with best practice and has excellent repeatability in patients treated for ankle fractures.

For information on the Danish version please contact

Peter Larsen

Fysioterapeut, PT, PhD

Fagområdet for ortopædkirurgi

Tlf. 40682761 – 97664210

peter.larsen@rn.dk

AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL

Klinik Akut

Fysio- og Ergoterapi

Afsnit A

Hobrovej 18-22

9000 Aalborg

aalborguh.rn.dk

FAOS

Spørgeskema til patienter med fod- og fodledsproblemer

DATO: _____ CPR-nr.: _____

NAVN: _____

VEJLEDNING: Dette spørgeskema indeholder spørgsmål om, hvordan du oplever din fod/dit fodled. Informationerne vil hjælpe os til at følge med i, hvordan du har det, og hvor godt du klarer dig i dagligdagen. Besvar spørgsmålene ved at sætte kryds ved det svar, som du mener, passer bedst til dig (Du må kun sætte ét kryds ved hvert spørgsmål).

Hvis du er i tvivl, skal du sætte krydset ved det svar, der føles mest rigtigt.

Symptom

Tænk på de **symptomer**, du har haft fra din fod/dit fodled i løbet af den **sidste uge**, når du besvarer disse spørgsmål.

S1. Har foden/fodledet været hævet ?

Aldrig	Sjældent	Indimellem	Ofte	Altid
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S2. Har du haft murren i foden/fodledet og/eller hørt klik eller andre lyde fra foden/fodledet?

Aldrig	Sjældent	Indimellem	Ofte	Altid
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S3. Har foden/fodledet sat sig fast eller været låst?

Aldrig	Sjældent	Indimellem	Ofte	Altid
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S4. Kan du strække anklen/fodledet helt nedad?

Altid	Ofte	Indimellem	Sjældent	Aldrig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S5. Kan du bøje anklen/fodledet helt opad?

Altid	Ofte	Indimellem	Sjældent	Aldrig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stivhed

Følgende spørgsmål handler om **ledstivhed**. Ledstivheden medfører besvær med at komme i gang eller øget modstand, når du bøjer eller strækker ankel/fodledet. Angiv graden af ledstivhed, som du har oplevet i din fod/dit fodled i løbet af den **sidste uge**.

S6. Hvor stift er din fod/dit fodled, når du lige vågner 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 din fod/dit fodled senere på dagen, når du har hvilet, siddet eller ligget?

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 foden/fodleddet?

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 smerter har du haft i din fod/dit fodled i løbet af den **sidste uge** under følgende aktiviteter?

P2. Dreje/vride på belastet fod (stående på foden)

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

P3. Strække vristen/fodleddet helt nedad

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

P4. Bøje vristen/fodleddet helt opad

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

P5. Gå på jævnt underlag

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

P8. Siddende eller liggende

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

Funktion i dagligdagen

Følgende spørgsmål omhandler din fysiske formåen. **Angiv hvilken grad af besvær du har oplevet under følgende aktiviteter i løbet af den sidste uge på grund af din fod/dit fodledsproblem**

A1. Gå ned ad trapper

Ingen	Let	Moderat	Stor	Meget stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2. Gå op ad trapper

Ingen	Let	Moderat	Stor	Meget stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A3. Rejse dig fra siddende stilling

Ingen	Let	Moderat	Stor	Meget stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Angiv hvilken grad af **besvær** du har oplevet ved hver aktivitet i løbet af den **sidste uge**

A4. Stå stille

Ingen	Let	Moderat	Stor	Meget stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A5. Bøje dig, f.eks. for at samle noget op fra gulvet

Ingen	Let	Moderat	Stor	Meget stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A6. Gå på jævnt underlag

Ingen	Let	Moderat	Stor	Meget stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A7. Stige ind/ud af en bil

Ingen	Let	Moderat	Stor	Meget stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A8. Tage på indkøb

Ingen	Let	Moderat	Stor	Meget stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A9. Tage strømper på

Ingen	Let	Moderat	Stor	Meget stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A10. Stå ud af sengen

Ingen	Let	Moderat	Stor	Meget stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A11. Tage strømper af

Ingen	Let	Moderat	Stor	Meget stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A12. Ligge i sengen (vende dig, holde foden i samme stilling i lang tid)

Ingen	Let	Moderat	Stor	Meget stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A13. Stige ind/ud af badekar/brusebad

Ingen	Let	Moderat	Stor	Meget stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A14. Sidde

Ingen	Let	Moderat	Stor	Meget stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A15. Sætte dig og rejse dig fra toilettet

Ingen	Let	Moderat	Stor	Meget stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A16. Udføre tungt husarbejde (skovle sne, vaske gulv, støvsuge etc.)

Ingen	Let	Moderat	Stor	Meget stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A17. Udføre let husarbejde (lave mad, tørre støv af etc.)

Ingen	Let	Moderat	Stor	Meget stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Funktion, fritid og sport

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 din fod/dit fodledsproblem**

SP1. Sidde på hug

Ingen	Let	Moderat	Stor	Meget stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP2. Løbe

Ingen	Let	Moderat	Stor	Meget stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP3. Hoppe

Ingen	Let	Moderat	Stor	Meget stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP4. Vride/dreje på belastet fod/fodled (stående på foden)

Ingen	Let	Moderat	Stor	Meget stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP5. Ligge på knæ

Ingen	Let	Moderat	Stor	Meget stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Livskvalitet

Q1. Hvor ofte bliver du mindet om din fod/dit fodledsproblem?

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

Q2. Har du ændret din måde at leve på for at undgå at belaste foden/fodleddet?

Slet ikke	Noget	Moderat	I stor udstrækning	Totalt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q3. I hvor stor grad kan du stole på din fod/fodled?

Fuldt ud	I stor udstrækning	Moderat	Til en vis grad	Slet ikke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q4. Hvor store problemer har du samlet set med foden/fodleddet?

Ingen	Små	Moderate	Store	Meget store
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tak for at du har besvaret samtlige spørgsmål!