



Nationellt uppföljningsprogram för CPUP Arbetsterapeut

Version 11; 2017

Personnummer _____

Efternamn _____ Förnamn _____

Tillhörande region _____

Distrikt/team _____

Dominerande neurologiskt symtom:

Spasticitet Dyskinesi Ataktisk Ej klassificerbar/blandform

Bedömning utförd av arbetsterapeut _____

Bedömningsdatum (år – mån – dag) _____

KLASSIFIKATION AV KOMMUNIKATION enligt CFCS I – V

I II III IV V

Kommentar

Följande kommunikationsmetoder används av denna person (fyll i alla som är aktuella)

- Tal Handtecken
 Ljud (såsom ”aaaah”) för att få partnerns uppmärksamhet Kommunikationsbok, karta och/eller bilder
 Blick ansiktsuttryck gester och/eller pekning (t.ex. med en kroppsdel, pinne, laser) Talapparat eller talsyntes
 Annat _____

KLASSIFIKATION AV HANDFUNKTION enligt MACS I – V

Kommentar

I II III IV V

Mini-MACS, för barn under 4 år

I II III IV V

FUNKTIONSKLASS enligt HOUSE 0-8

Hö Vä

Kommentar

DOMINANT HAND

Hö Vä Ingen

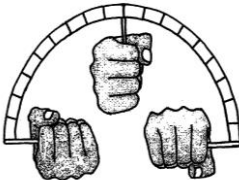
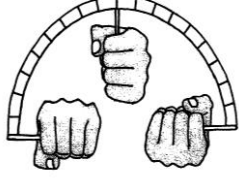
| BIMANUELL FÖRMÅGA | | Kommentar |
|---|--------------------------|------------------|
| Har bimanuell förmåga | <input type="checkbox"/> | |
| Ingen bimanuell förmåga, använder aldrig händerna tillsammans | <input type="checkbox"/> | |

RÖRELSESTATUS passiv ledrörlighet Övre Extremiteterna

Bedömningarna för inåt och utåtrotation i axeln utförs i liggande, övriga axelmätningar kan utföras liggande eller sittande.

| AXEL | Hö | Stramhet föreligger | | Vä | Stramhet föreligger | | Mätningen utförd i | | |
|--|----|--------------------------|--------------------------|----|-----------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | Ja | Nej | | Ja | Nej | Sittande | Liggande | |
| Abduktion >160 | — | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Flexion >160 | — | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Utåtrotation 90 | — | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Inåtrotation 80 | — | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar: | | | | | | | | | |
| Visar tecken på smärta vid undersökningen | | | | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | | | |

| ARMBÅGE | Hö | Stramhet föreligger | | Vä | Stramhet föreligger | | Kommentar | |
|--|----|--------------------------|--------------------------|----|-----------------------------|------------------------------|-----------|--|
| | | Ja | Nej | | Ja | Nej | | |
| Extension 0 | — | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Flexion 150 | — | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Visar tecken på smärta vid undersökningen | | | | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | | |

| UNDERARM | Hö | Stramhet föreligger | | Vä | Stramhet föreligger | | Kommentar | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|---|------------------------------|-----------|--|
| | | Ja | Nej | | Ja | Nej | | |
| Supination 90 | — | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Pronation 90 | — | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Skattning aktiv supination; | Hö | 0° | | Vä | 0° | | | |
| | |  | | |  | | | |
| | | Hö | | | Vä | | | |
| Aktiv supination | — | | | — | | | | |
| Kan inte aktivt supinera | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | | | | |
| Visar tecken på smärta vid undersökningen | | | | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | | |

| HANDLED | Hö | Stramhet föreligger | | Vä | Stramhet föreligger | | Kommentar |
|---|-----------|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------|
| | | Ja | Nej | | Ja | Nej | |
| Extension böjda fingrar 70 | — | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Extension med raka fingrar tills fingrarna börjar böjas | — | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Extension med raka fingrar till max-läge | — | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Flexion 80 | — | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ulnardeviation 30 | — | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Radialdeviation 20 | — | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Visar tecken på smärta vid undersökningen | | | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | | |

| TUMME | Hö | Stramhet föreligger | | Vä | Stramhet föreligger | | Kommentar |
|----------------|-----------|----------------------------|--------------------------|-----------|----------------------------|--------------------------|------------------|
| | | Ja | Nej | | Ja | Nej | |
| Volarabduktion | — | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| TUMMENS STÄLLNING | Hö | Vä | Kommentar |
|---|--------------------------|--------------------------|------------------|
| Ingen thumb-in-palm | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Klassifikation av thumb-in-palm enligt House Typ I-IV | — | — | |

| SAMTIDIG HANDLEDS- OCH FINGERSTRÄCKNING | Hö | Vä | Kommentar |
|---|--------------------------|--------------------------|------------------|
| Enligt Zancolli grupp 1, 2A, 2B eller 3 | — | — | |
| Kan aktivt sträcka fingrarna fullt med handleden extenderad 20° eller mer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Handleds- och fingersträckning kan ej bedömas enligt Zancolli | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

ARBETSTERAPI

Har personen sedan förra bedömningstillfället eller under senaste året erhållit arbetsterapeutiska insatser för ADL och handfunktion **UTÖVER** CPUP- bedömningen Ja Nej

| | Insats | Frekvens | Tidsperiod | Hur/Vem har genomfört träningen | Vad har personen haft för dokumenterade mål? |
|--|---|--|--|--|---|
| Intervention: Aktivitet – Delaktighet | ADL-träning; personlig vård ¹ <input type="checkbox"/> Hygien <input type="checkbox"/> På- och avklädning <input type="checkbox"/> Toaletsituation <input type="checkbox"/> Äta dricka | <input type="checkbox"/> <1 ggr/v <input type="checkbox"/> 1-2 ggr/v <input type="checkbox"/> 3-5 ggr/v <input type="checkbox"/> >5 ggr/v | <input type="checkbox"/> <2 v <input type="checkbox"/> 2-6 v <input type="checkbox"/> 7-12 v <input type="checkbox"/> >12 v | <input type="checkbox"/> Enskilt <input type="checkbox"/> Grupp <input type="checkbox"/> Arbetsterapeut <input type="checkbox"/> Föräldrar <input type="checkbox"/> Annan person | Mål: Uppfyllt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Delvis |
| | <input type="checkbox"/> Arm/handfunktions-träning ² <input type="checkbox"/> I samband med btx <input type="checkbox"/> I samband med op | <input type="checkbox"/> <1 ggr/v <input type="checkbox"/> 1-2 ggr/v <input type="checkbox"/> 3-5 ggr/v <input type="checkbox"/> >5 ggr/v | <input type="checkbox"/> <2 v <input type="checkbox"/> 2-6 v <input type="checkbox"/> 7-12 v <input type="checkbox"/> >12 v | <input type="checkbox"/> Enskilt <input type="checkbox"/> Grupp <input type="checkbox"/> Arbetsterapeut <input type="checkbox"/> Föräldrar <input type="checkbox"/> Annan person | Mål: Uppfyllt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Delvis |
| | <input type="checkbox"/> Uppgiftsorienterad träning med handriktning ³ <input type="checkbox"/> I samband med btx <input type="checkbox"/> I samband med op | <input type="checkbox"/> <1 ggr/v <input type="checkbox"/> 1-2 ggr/v <input type="checkbox"/> 3-5 ggr/v <input type="checkbox"/> >5 ggr/v | <input type="checkbox"/> <2 v <input type="checkbox"/> 2-6 v <input type="checkbox"/> 7-12 v <input type="checkbox"/> >12 v | <input type="checkbox"/> Enskilt <input type="checkbox"/> Grupp <input type="checkbox"/> Arbetsterapeut <input type="checkbox"/> Föräldrar <input type="checkbox"/> Annan person | Mål: Uppfyllt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Delvis |
| | <input type="checkbox"/> Modifierad CI-terapi ⁴ <input type="checkbox"/> I samband med btx <input type="checkbox"/> I samband med op | <input type="checkbox"/> <1 ggr/v <input type="checkbox"/> 1-2 ggr/v <input type="checkbox"/> 3-5 ggr/v <input type="checkbox"/> >5 ggr/v | <input type="checkbox"/> <2 v <input type="checkbox"/> 2-6 v <input type="checkbox"/> 7-12 v <input type="checkbox"/> >12 v | <input type="checkbox"/> Enskilt <input type="checkbox"/> Grupp <input type="checkbox"/> Arbetsterapeut <input type="checkbox"/> Föräldrar <input type="checkbox"/> Annan person | Mål: Uppfyllt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Delvis |
| | <input type="checkbox"/> Bimanuell träning ⁴ <input type="checkbox"/> I samband med btx <input type="checkbox"/> I samband med op | <input type="checkbox"/> <1 ggr/v <input type="checkbox"/> 1-2 ggr/v <input type="checkbox"/> 3-5 ggr/v <input type="checkbox"/> >5 ggr/v | <input type="checkbox"/> <2 v <input type="checkbox"/> 2-6 v <input type="checkbox"/> 7-12 v <input type="checkbox"/> >12 v | <input type="checkbox"/> Enskilt <input type="checkbox"/> Grupp <input type="checkbox"/> Arbetsterapeut <input type="checkbox"/> Föräldrar <input type="checkbox"/> Annan person | Mål: Uppfyllt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Delvis |
| | <input type="checkbox"/> Råd och rekommendationer <input type="checkbox"/> Muntliga <input type="checkbox"/> Skriftliga | | | <input type="checkbox"/> Enskilt <input type="checkbox"/> Grupp Till: <input type="checkbox"/> Föräldrar <input type="checkbox"/> Annan person | Mål: Uppfyllt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Delvis |
| Intervention: Kroppsfunktionsnivå | <input type="checkbox"/> Töjning ledrörlighet <input type="checkbox"/> axel abd/flex <input type="checkbox"/> axel rotation <input type="checkbox"/> armbåge ext/flex <input type="checkbox"/> underarm sup/pron <input type="checkbox"/> handled ext/flex <input type="checkbox"/> handled ext raka fingrar <input type="checkbox"/> handled ulnar/radial dev <input type="checkbox"/> tumme ext/abd <input type="checkbox"/> I samband med btx | <input type="checkbox"/> <1 ggr/v <input type="checkbox"/> 1-2 ggr/v <input type="checkbox"/> 3-5 ggr/v <input type="checkbox"/> >5 ggr/v | <input type="checkbox"/> <2 v <input type="checkbox"/> 2-6 v <input type="checkbox"/> 7-12 v <input type="checkbox"/> >12 v | <input type="checkbox"/> Enskilt <input type="checkbox"/> Grupp <input type="checkbox"/> Arbetsterapeut <input type="checkbox"/> Föräldrar <input type="checkbox"/> Annan person | Mål: Uppfyllt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Delvis |

Alternativ behandling,

vilken/vilka:.....

¹ Flera aktivitetsområden kan markeras

² Av AT utformat handträningsprogram som genomförs med viss regelbundenhet under begränsad period.

³ Handrelaterade färdigheter som t.ex. att knäppa, knyta, skriva, rita. Kan också fyllas i om målfokuserad träning genomförs (t.ex. NIT) som involverat handrelaterade färdigheter.

⁴ Arm-handträning enligt specifik metod/koncept under begränsad tid

HJÄLPMEDEL för förbättrad förmåga att använda händerna

Aktuella hjälpmedel eller anpassning föratt förbättra förmågan att använda händerna **Ja** **Nej**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hjälpmedel för måltid | <input type="checkbox"/> Styrhjälpmedel till dator/kontakter |
| <input type="checkbox"/> Hygienhjälpmedel | <input type="checkbox"/> Antihalk |
| <input type="checkbox"/> På/Avklädningshjälpmedel | <input type="checkbox"/> Sitthjälpmedel |
| <input type="checkbox"/> Pekhjälpmedel | <input type="checkbox"/> Ståhjälpmedel |
| <input type="checkbox"/> Skrivhjälpmedel | <input type="checkbox"/> Handtag för stabilisering |
| | <input type="checkbox"/> Övrigt |

ORTOSER

Har ortos **Ja** **Nej** **Har ortos men använder den ej**

Kryssa vilka leder/kroppsdelar som ortosen syftar till att påverka och om syftet är att påverka aktiv handfunktion (funktion) eller rörelseomfång (passiv töjning):

| | För funktion i | | | För passiv töjning eller för att förhindra felställning i | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|---|--------------------------|
| | Hö | Vä | | Hö | Vä |
| Armbåge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Armbåge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Underarm | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Underarm | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Handled | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Handled | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tumme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tumme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fingrar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fingrar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Användningstid av ortos för passiv töjning | | | <input type="checkbox"/> ≥ 6 tim/dygn | <input type="checkbox"/> < 6 tim/dygn | |

Kommentar:

HANDKIRURGI/BOTULINUMTOXIN

Hand/armoperation Ja Nej Vilken/vilka operation Datum

Botulinum toxin injektion i övre extremiteterna Ja Nej Datum

Injicerade muskler:

- | | |
|--|---|
| <p>Höger</p> <p><input type="checkbox"/> Okänt vilka muskler</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Skuldermuskulatur Deltoideus Subscapularis Supraspinatus Infraspinatus Pectoralis major/minor</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Armbågs­muskulatur Biceps brachii Brachialis Brachioradialis</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Pronatormuskler Pronator teres Pronator quadratus</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Handledsmuskler Flexor carpi ulnaris Flexor carpi radialis Extensor carpi ulnaris Extensor carpi radialis longus/brevis</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Fingerflexorer Flexor digitorum profundus Flexor digitorum superficialis</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Intrinsic Interosseer / lumbrikaler</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Tummens muskler Adductor pollicis Flexor pollicis longus Flexor pollicis brevis Opponens pollicis</p> <p><input type="checkbox"/> Andra muskler</p> | <p>Vänster</p> <p><input type="checkbox"/> Okänt vilka muskler</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Skuldermuskulatur Deltoideus Subscapularis Supraspinatus Infraspinatus Pectoralis major/minor</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Armbågs­muskulatur Biceps brachii Brachialis Brachioradialis</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Pronatormuskler Pronator teres Pronator quadratus</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Handledsmuskler Flexor carpi ulnaris Flexor carpi radialis Extensor carpi ulnaris Extensor carpi radialis longus/brevis</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Fingermuskler Flexor digitorum profundus Flexor digitorum superficialis</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Intrinsic Interosseer / lumbrikaler</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Tummens muskler Adductor pollicis Flexor pollicis longus Flexor pollicis brevis Opponens pollicis</p> <p><input type="checkbox"/> Andra muskler</p> |
|--|---|

Behandlas med spasticitetsreducerande medicin t ex baklofen Ja Nej

PEDI

Resultaten från senast genomförda mätning med Pediatric Evaluation of Disability Inventory kan registreras enligt lokala överenskommelser.

PEDI utförd (år – mån-dag) _____

| | Skalpoäng | SE | Del II Hjälpbehov | Skalpoäng | SE |
|----------------|-----------|----|-----------------------------|-----------|----|
| Personlig vård | | | Personlig vård | | |
| Rörelseförmåga | | | Rörelseförmåga | | |
| Socialförmåga | | | Socialförmåga | | |

| Del III Förekomst av antal anpassningar | Inga | Allmänna | Hjälpmedel | Omfattande |
|---|------|----------|------------|------------|
| Personlig vård | | | | |
| Rörelseförmåga | | | | |
| Social förmåga | | | | |

AHA

Om AHA har utförts sedan senaste CPUP-mätningen kan resultaten registreras här.

AHA utfört (år-mån-dag) _____

- Version 4.4 Småbarns-AHA Skolbarns-AHA
 Version 5.0 Småbarns-AHA Skolbarns-AHA Ad-AHA

Summapoäng: _____ Logitbaserade AHA-units: _____

Har CPUP-bedömningen medfört förslag till åtgärder? (Vad, vilka?)

Övriga kommentarer: