

Manual till undersökningsformulär CPUP vuxen

Vid första bedömningstillfället någonsin, skall frågor som innehåller ”sedan föregående bedömningstillfälle” besvaras enligt hur det har sett ut det senaste året.



Sid 1

CP subtyp

CP subtyperna klassificeras via dominerande neurologiskt symtom som:
spastisk unilateral, spastisk bilateral, dyskinetisk, ataktisk eller ej klassificerbar/blandform.
Dessa symtom finns beskrivna i utbildnings-CDn från SCPE som 2006 översattes till svenska.
Ange i första hand subtyp som fastställts av neuropediatriker eller neurolog.

Sid 1

GMFCS klassifikation av grovmotorisk funktion

Gross Motor Function Classification System Expanded and Revised (svensk översättning)

GMFCS-nivå måste alltid fyllas i och styr uppföljningsintervallen.

Gross Motor Function Classification System (GMFCS), klassifikationssystemet för grovmotorisk funktion vid cerebral pares, baseras på självinitierade rörelser med tonvikt på sittande, förflyttningar och rörelseförmåga. Gränsdragningarna mellan de olika nivåerna är baserade på funktionsbegränsningar, behov av handhållna förflyttningshjälpmedel (så som rollatorer, kryckor eller käppar) eller hjulburen förflyttning och till mycket mindre utsträckning på rörelsekvalitet. Skillnaderna mellan nivå I och II är inte så uttalade som skillnaderna mellan de andra nivåerna.

Tyngdpunkten med GMFCS E&R (2007) har lagts på att bestämma vilken nivå som bäst representerar **personens nuvarande förmågor och begränsningar i grovmotorisk funktion**. Tonvikten ligger på personens vanligast förekommande **utförande** hemma, i skolan och ute i samhället (vad de gör), snarare än det man vet är deras bästa möjliga förmåga (kapacitet). Därför är det viktigt att klassificera nuvarande utförande av grovmotorisk funktion och inte väga in bedömningar om rörelsekvalitet eller prognos till förbättring.

Definitioner

Gåstol – Ett förflyttningshjälpmedel som stödjer bäcken och bål. Personen är fysiskt placerad i gåstolen av en annan person.

Handhållna förflyttningshjälpmedel – Kryckor, käppar och rollator framför eller bakom sig som inte stödjer bålarna under gång.

Fysisk hjälp – En annan person hjälper till manuellt för att personen skall röra sig.

Eldriven förflyttning – Personen kontrollerar aktivt den joystick eller elektriska kontakt som gör självständig förflyttning möjlig. Förflyttningshjälpmedlet kan vara en rullstol, skoter eller annan typ av eldrivet förflyttningshjälpmedel.

Kör manuell rullstol själv – Personen använder aktivt armar och händer eller fötter för att driva hjulen och att röra sig.

Transporteras – En annan person kör ett förflyttningshjälpmedel manuellt (t.ex. rullstol) för att förflytta personen från en plats till en annan.

Går – om det inte specificeras på annat sätt, ingen fysisk hjälp av annan person eller av handhållet förflyttningshjälpmedel. En ortos (t.ex. stödbandage eller skena) kan användas.

Hjulburen förflyttning – avser vilken annan sorts utrustning som helst med hjul som gör förflyttning möjlig (t.ex. vagn, manuell rullstol eller elrullstol).

HUVUDRUBRIKER FÖR VARJE NIVÅ

- | | |
|------------------|--|
| GMFCS I | Går utan begränsningar |
| GMFCS II | Går med begränsningar |
| GMFCS III | Går med ett handhållet förflyttningshjälpmedel |
| GMFCS IV | Begränsad självständig förflyttning; kan använda eldriven förflyttning |
| GMFCS V | Transporteras i manuell rullstol |

GMFCS I – Personerna går hemma, i skolan, utomhus och i samhället. Personerna klarar att gå uppför och nedför trottoarkanter utan fysisk hjälp och i trappor utan att använda ledstång. Personerna utför grovmotoriska färdigheter så som att springa och hoppa men hastighet, balans och koordination är begränsad. Personerna kan delta i fysiska aktiviteter och sporter beroende på personliga val och omgivningsfaktorer.

GMFCS II – Personerna går i de flesta omgivningar. Omgivningsfaktorer (så som ojämn terräng, sluttningar, långa avstånd, tidspress, väder och acceptans av kompisar) och personliga önskemål inverkar på val av förflyttningshjälpmedel. I skolan eller på arbetet kan det förekomma att personerna går med handhållna förflyttningshjälpmedel för säkerhetens skull. Utomhus och i samhället kan personerna använda hjulburna hjälpmedel vid förflyttningar över långa avstånd. Personerna går uppför och nedför trappor genom att hålla sig i en ledstång eller med fysisk hjälp om det inte finns någon ledstång. Begränsningar i att utföra grovmotoriska färdigheter kan medföra att anpassningar blir nödvändigt för att göra delaktighet i fysiska aktiviteter och sporter möjlig.

GMFCS III – Personerna kan gå med handhållna förflyttningshjälpmedel. Jämfört med individer i andra nivåer, visar personer i nivå III mer varierade förflyttningsmetoder beroende på fysisk förmåga, miljömässiga och personliga faktorer. I sittande kan det förekomma att personerna behöver bälte för att hålla bäckenet på plats och att hålla balansen. Vid förflyttningar från sittande till stående och från golv till stående behövs fysisk hjälp av en person eller stödjande underlag. I skolan eller på arbetet kan personerna själv köra en manuell rullstol eller använda eldriven förflyttning. Utomhus och i samhället transporteras personerna i rullstol eller använder eldrivna förflyttningshjälpmedel. Personerna kan möjligtvis gå uppför och nedför trappor och hålla i en ledstång under uppsikt eller med fysisk hjälp. Begränsad gångförmåga kan medföra att anpassningar blir nödvändigt för att göra delaktighet i fysiska aktiviteter och sporter möjlig, inklusive att själv köra en manuell rullstol eller eldrivet förflyttningshjälpmedel.

GMFCS IV - Personerna använder hjulburen förflyttning i de flesta omgivningar. Personerna behöver anpassat sittande för kontroll av bäcken och bål. Fysisk hjälp från en eller två personer behövs vid förflyttningar. Personerna kan ta stöd på sina ben för att hjälpa till med stående förflyttningar. Inomhus kan personerna möjligen gå korta sträckor med fysisk hjälp, använda hjulburen förflyttning eller använda en gästol om de placeras där. Personerna har fysisk förmåga att hantera en eldriven rullstol. När en elrullstol inte är lämplig eller tillgänglig transporteras personerna i en manuell rullstol. Begränsningar i rörelseförmåga nödvändiggör anpassningar för att göra delaktighet i fysiska aktiviteter och sporter möjlig, inkluderar fysisk hjälp och/eller eldriven förflyttning.

GMFCS V - Personerna transporteras i en manuell rullstol i alla omgivningar. Personerna har begränsad förmåga att bibehålla huvud- och bålställning mot tyngdkraften och kontrollera arm- och benrörelser. Tekniska hjälpmedel används för att förbättra huvudkontroll, sittande, stående och rörelseförmåga men begränsningar kan inte helt kompenseras med utrustning. Fysisk hjälp av en eller två personer eller en mekanisk lyft behövs för förflyttningar. Möjligtvis klarar personerna av att ta sig fram själv med hjälp av eldriven förflyttning med omfattande anpassningar för att erhålla sittande och kontroll. Begränsningar i rörelseförmåga förutsätter anpassningar för att göra delaktighet i fysiska aktiviteter och sporter möjlig, inkluderar fysisk hjälp och användning av eldriven förflyttning.

GRÄNSDRAGNINGAR MELLAN NIVÅER

Gränsdragningar mellan GMFCS I och II – Jämfört med personer i Nivå I, har personer i Nivå II begränsningar i att gå längre sträckor och hålla balansen; kan behöva handhållna förflyttningshjälpmedel när de lär sig att gå; kan använda hjulburen förflyttning när de förflyttar sig längre sträckor utomhus och ute i samhället; behöver använda ledstång för att gå uppför och nedför trappor; och har inte samma förmåga att springa och hoppa.

Gränsdragningar mellan GMFCS II och III – Personer i Nivå II klarar att gå utan handhållna förflyttningshjälpmedel (även om de kan välja att använda det någon gång). Personer i Nivå III behöver handhållna förflyttningshjälpmedel för att gå inomhus och använder hjulburen förflyttning utomhus och ute i samhället.

Gränsdragningar mellan GMFCS III och IV - Personer i Nivå III sitter självständigt eller behöver mycket lite yttre stöd för att sitta, är mer självständiga i stående förflyttningar, och går med handhållna förflyttningshjälpmedel. Personer i Nivå IV fungerar i sittande (vanligtvis med stöd) men förmåga till självinitierade rörelser är begränsad. Personer i Nivå IV transporteras vanligtvis i manuell rullstol eller använder eldriven förflyttning.

Gränsdragningar mellan GMFCS IV och V - Personer i Nivå V har stora begränsningar i huvud- och bålkontroll och behöver omfattande assisterande teknik och fysisk hjälp. Egen förflyttning kan endast uppnås om personen kan lära sig att använda en elrullstol.

OBS!!! I denna manual har ”barnen/ungdomarna” bytts ut mot ”personerna” för att bättra stämman in på de vuxna som omfattas av uppföljningsprogrammet. Ordet ”kroppsstödjande rollator” har bytts ut mot ”gästol” som är den svenska hjälpmedelsbenämningen.

Sid 1

MACS I-V, klassifikation av handfunktion

Kryssa i aktuell ruta för den klass personen bedöms tillhöra enligt manual. Manualen kan hämtas på MACS hemsida www.MACS.nu och bifogas denna manual. Ruta för kommentarer används med fördel för kliniskt arbete.



Vad behöver du veta för att använda MACS?

Hur barnet hanterar föremål i viktiga vardagliga aktiviteter som till exempel lek och fritid, vid måltider och av- och påklädning.

Vilka moment som görs självständigt och i vilken omfattning hjälp och eller anpassningar behövs.

- I. **Hanterar föremål lätt och med gott resultat.** Som mest, begränsningar i att med lätthet utföra uppgifter som kräver snabbhet och precision. Eventuella begränsningar att hantera föremål inskränker dock inte barnets självständighet i dagliga aktiviteter.
- II. **Hanterar de flesta föremål men med något begränsad kvalitet och/eller snabbhet.** Vissa aktiviteter undviks eventuellt eller kan endast utföras med viss svårighet. Alternativa metoder kan användas men förmågan att använda händerna begränsar oftast inte barnets självständighet i dagliga aktiviteter.
- III. **Hanterar föremål med svårighet och behöver hjälp att förbereda och/eller anpassa aktiviteter.** Utförandet går långsamt med begränsad framgång vad gäller kvalitet och kvantitet. Aktiviteter som har förberetts eller anpassats kan utföras självständigt.
- IV. **Hanterar ett begränsat urval av lätthanterliga föremål i anpassade situationer.** Utför delar av aktivitet med ansträngning och begränsad framgång. Behöver kontinuerligt stöd och hjälp av andra och/eller anpassad utrustning för att utföra delar av aktiviteter.
- V. **Hanterar inte föremål och har kraftigt begränsad förmåga att utföra även enkla handlingar.** Är helt beroende av assistans.

Skilnader mellan nivå I och II

Barn på nivå I har begränsningar när det gäller att hantera mycket små, tunga eller ömtåliga föremål som kräver god finmotorisk kontroll eller effektiv samordning mellan händerna. Begränsningar kan också omfatta utförande i nya och ovana situationer. Barn på nivå II utför i stort sett samma aktiviteter som barn på nivå I, men utförandet är av sämre kvalitet eller går långsammare. Funktionella skilnader mellan händerna kan begränsa effektiviteten i utförandet. Barn på nivå II försöker ofta förenkla hantering av föremål, t.ex. genom att använda en yta för stöd istället för att använda båda händerna.

Skilnader mellan nivå II och III

Barn på nivå II hanterar de flesta föremål även om det går långsamt och med nedsatt kvalitet av utförandet. Barn på nivå III behöver vanligtvis hjälp med att förbereda en aktivitet och/eller att anpassa miljön eftersom deras förmåga att nå eller hantera föremål är begränsad. De kan inte utföra vissa aktiviteter och deras självständighet är beroende av hur mycket stöd de får av omgivningen.

Skilnader mellan nivå III och IV

Barn på nivå III kan utföra utvalda aktiviteter om situationen förbereds och om de får vägledning och gott om tid. Barn på nivå IV behöver kontinuerligt hjälp under aktiviteten och kan som bäst delta på ett meningsfullt sätt i delar av en aktivitet.

Skilnader mellan nivå IV och V

Barn på nivå IV utför delar av en aktivitet men behöver hjälp kontinuerligt. Barn på nivå V deltar som bäst med enkla rörelser i speciella situationer t.ex. genom att trycka på en enkel kontakt.

Sid 2

CFCS I-V, klassifikation av kommunikation

Communication Function Classification System (CFCS) är en klassifikation av kommunikation för personer med cerebral pares.

Syftet med CFCS är att hos en person med cerebral pares klassificera förmågan att kommunicera i vardagen i en av fem nivåer. Kommunikationsförmågan skall baseras på hur de vanligen deltar i vardagliga situationer som kräver kommunikation, snarare än deras bästa kapacitet. Dessa vardagliga situationer kan förekomma hemma, i skolan och ute i samhället.

Definitioner

Kommunikation sker när en **sändare** överför ett budskap och en **mottagare** förstår budskapet. En **effektiv kommunikator växlar** självständigt **mellan att vara sändare och mottagare**, oberoende av kraven i ett samtal, inklusive omgivning (t.ex. ute i samhället, skolan, arbetet, hemmet), samtalspartner eller ämne.

Alla **kommunikationsmetoder** tas hänsyn till vid bestämning av CFCS-nivån. Dessa innefattar användandet av tal, gester, beteenden, ögonpekning, ansiktsuttryck och alternativ och kompletterande kommunikation (AKK). AKK innefattar (men är inte begränsat till) handtecknen, bilder, kommunikationskort, kommunikationsböcker och talapparater – ibland kallade talhjälpmedel eller talsyntes.

Skillnader mellan nivåerna baseras på förmågan som **sändare och mottagare, kommunikationstempot och typ av samtalspartners**. Följande definitioner bör hållas i minnet när detta klassifikationssystem används.

Effektiva sändare och mottagare byter snabbt och lätt mellan att sända och förstå budskap. För att tydliggöra eller reparera missförstånd, kan den effektive sändaren och mottagaren använda eller efterfråga strategier, såsom att upprepa, omformulera, förenkla och/eller utveckla meddelandet. För att påskynda kommunikationsutbytet, särskilt vid användning av AKK, kan en effektiv sändare välja att använda grammatiskt mindre korrekta meddelanden genom att utelämna eller förkorta ord med kända samtalspartners.

Ett **bekvämt kommunikationstempo** handlar om hur snabbt och lätt personen kan förstå och förmedla budskap. Vid ett bekvämt kommunikationstempo sker få sammanbrott i kommunikationen och det är lite väntetid mellan kommunikationsturerna.

Okända samtalspartners är främlingar eller bekanta som bara ibland kommunicerar med personen.

Kända samtalspartners såsom släktingar, vårdgivare och vänner kan kommunicera mer effektivt med personen på grund av förkunskaper och personlig erfarenhet. Kryssa i aktuell ruta för den klass personen bedöms tillhöra enligt manual. Manualen kan hämtas på MACS hemsida www.MACS.nu och bifogas denna manual.

CFCS I. Effektiv sändare och mottagare med okända och kända partners.

Personen alternerar självständigt mellan sändar- och mottagarrollen med de flesta personer i de flesta omgivningar. Kommunikationen sker med lätthet och med ett bekvämt tempo med både kända och okända samtalspartners. Missförstånd i kommunikationen repareras snabbt och påverkar inte den övergripande effektiviteten i personens kommunikation.

CFCS II. Effektiv men långsammare sändare och/eller mottagare med okända och/eller kända partners.

Personen alternerar självständigt mellan sändar och mottagarrollen med de flesta personer i de flesta omgivningar, men samtalttempot är långsamt och kan försvåra kommunikationsutbytet.

a) Personen kan behöva extra tid för att utforma och förstå budskap b) Personen kan behöva extra tid för att förstå budskap, men är en effektiv sändare av budskap c) Personen kan behöva extra tid för att utforma budskap och/eller reparera missförstånd. Missförstånd i kommunikationen repareras ofta och påverkar inte den slutliga effektiviteten i personens kommunikation med både okända och kända partners. Personen är en effektiv mottagare av budskap.

CFCS III. Effektiv sändare och mottagare med kända partners.

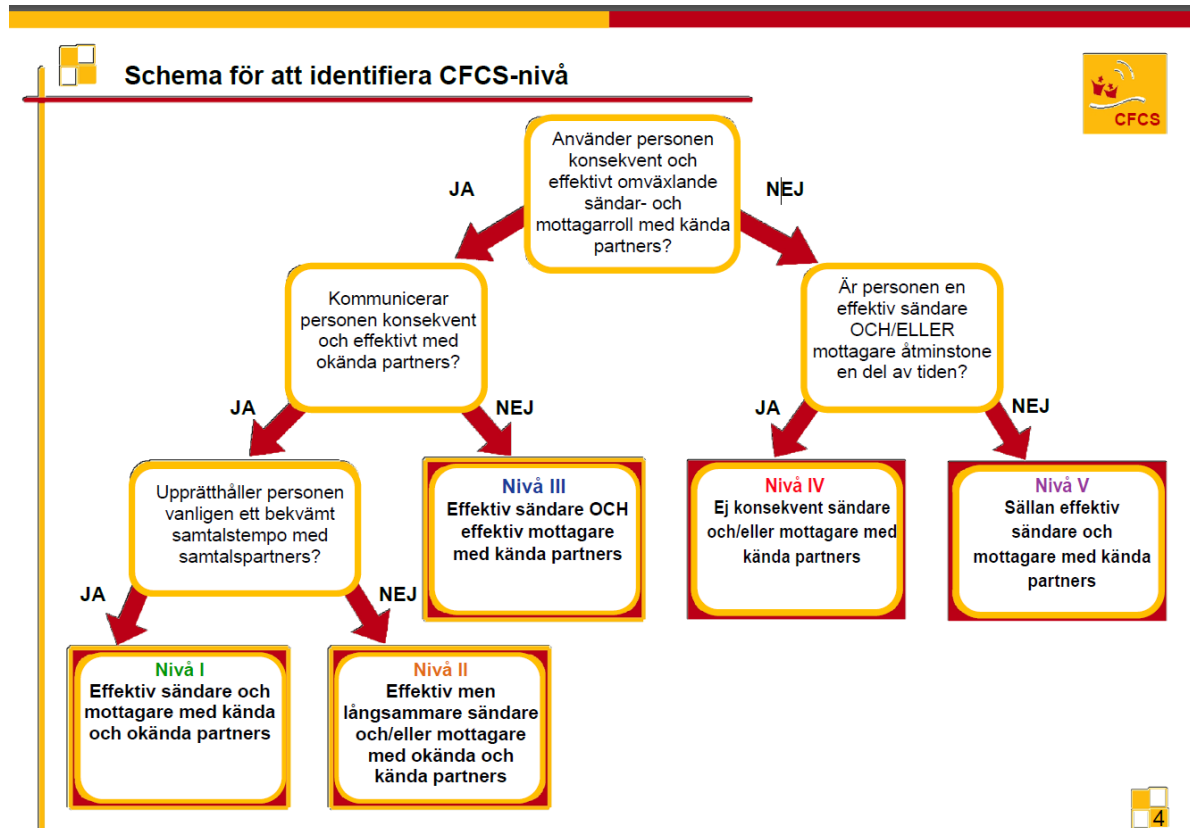
Personen alternerar mellan sändar- och mottagarrollerna med kända (men inte okända) partners. Kommunikationen är inte konsekvent effektiv med de flesta okända partners, men är vanligen effektiv med kända partners.

CFCS IV. Inkonsekvent sändare och/eller mottagare med kända partners.

Personen alternerar inte konsekvent mellan sändar- och mottagarroll. Denna ojämnheter kan ses hos olika typer av kommunikatörer, inklusive a) en ibland effektiv sändare och mottagare; b) en effektiv sändare men begränsad mottagare; c) begränsad sändare men effektiv mottagare. Kommunikationen är ibland effektiv med kända partners.

CFCS V. Sällan effektiv sändare och mottagare ens med kända partners.

Personen är begränsad både som sändare och mottagare. Personens kommunikation är svår för de flesta att förstå. Personen verkar ha begränsad förståelse för budskap från de flesta. Kommunikationen är sällan effektiv ens med kända partners.

**Sid 2****Aktiv ledrörlighet övre ex**

Funktionellt test som utförs med personen i sittande.

Sid 2

Tumme

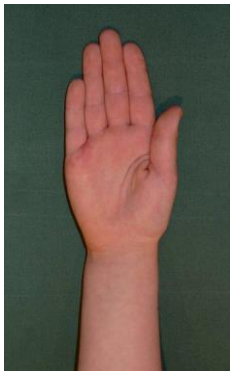
Tag passivt ut volarabduktion och notera om stramhet och/eller tecken på smärta kan observeras.

Klassifikation av thumb-in-palm enligt House typ I-IV

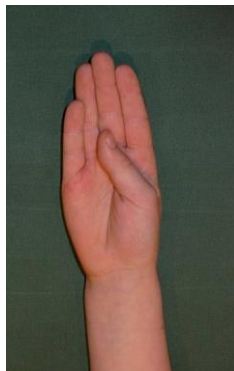
Detta är en beskrivning av vilka muskler som är engagerade men ingen gradering av svårighetsgraden. Bedöms när personen öppnar handen för att gripa ett föremål. Markera i rutan om personen har eller inte har thumb-in-palm. Om personen inte medverkar, känn efter vilka muskler som är spända/spastiska.

Om personen har thumb-in-palm klassificeras detta enligt House:

- Typ I = Lätt adduktionsställning i CMC-leden. Tummen ligger lätt adducerad in mot pekfingret. (Metacarpale I indragen mot metacarpale II, m. adductor pollicis)
- Typ II = Adduktionsställning i CMC-leden och flexions-ställning i MCP-leden. Tummen ligger adducerad från CMC samt flekterad från MCP in mot vola. (m. adduktor pollicis + m. flexor pollicis brevis)
- Typ III = Adduktionsställning i CMC-leden i kombination med en hyperextension och eventuellt instabilitet i MCP-leden och/eller IP-leden. (som ovan + m. extensor pollicis longus)
- Typ IV = Adduktionsställning i CMC-leden i kombination med flexionsställning i MCP- och IP-led. Tummen ligger adducerad samt flekterad i MCP- och IP-led. (som ovan + m. flexor pollicis longus)



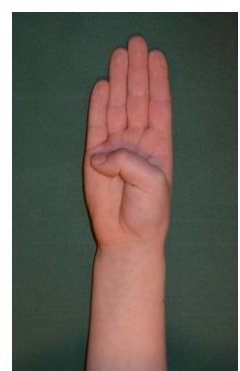
Typ I



Typ II



Typ III



Typ IV

Sid 2**Zancolli, samtidig handleds- och fingersträckning**

Denna klassifikation enligt Zancolli, avser att gradera graden av aktiv sträckförmåga i handled och fingrar. Kräver aktiv medverkan av personen som t.ex. vid uppmaning till "give me five" eller observeras vid manipulation av t.ex. bollar eller burkar framför sig på bordet. Man anger det personen kan klara, inte vad den använder mest.

Om personen som graderas som Grupp 1 kan sträcka handleden 20° eller mer, kryssa i därför avsedd ruta. Detta innebär att både kryssruta och Grupp 1 kan markeras samtidigt.

Grupp 1 + X

Kan aktivt sträcka fingrarna fullt med handleden extenderad 20° eller mer. Dvs. utan anmärkning på handens rörlighet. Detta innebär att både grupp 1 och X markeras samtidigt.

**Grupp 1**

Kan aktivt sträcka fingrarna fullt med bättre handledssträckning än 20° flexion.

**Grupp 2 A**

Kan aktivt sträcka fingrarna fullt men bara om handleden är böjd mer än 20°.

Kan aktivt extendera handleden med fingrarna i flexion.

**Grupp 2 B**

Kan aktivt sträcka fingrarna fullt men bara om handleden är böjd mer än 20°.

Kan inte aktivt extendera handleden.

**Grupp 3**

Kan varken sträcka fingrar eller handled.



Sid 2

Handfunktionsklassifikation enl CPUP-modifierad House

Varje hands greppförmåga bedöms för sig vid observation i aktiviteter som kräver två händer, se förslag på aktiviteter sid. 10 i manualen. Även om personen inte kan samordna händerna ska båda händerna klassificeras. Bestäm först vilken **grupp** som bäst beskriver personens sätt att använda handen; inte alls, passiv hand/hjälphand aktiv hand/hjälphand eller manipulerande hand. Ange därefter den **funktionsklass** som bäst beskriver hur effektivt personen vanligtvis håller och griper. Vid tveksamhet mellan två funktionsklasser ange den lägre klassen.

Handledens position kan vägleda om personen har instabilt grepp.

Klassificeringen görs med hänsyn till åldersadekvat handfunktion.

<u>Grupp</u>	<u>Funktions-</u> <u>klass</u>		<u>Beskrivning</u>
Använder inte handen/armen	0	<i>Does not use</i>	Ingen viljemässig kontakt med föremål.
Passiv hand/hjälphand	1	<i>Stabilizes without grasp</i>	Använder handen/armen utan grepp , t ex för att stabilisera, trycka på eller knuffa föremål.
	2	<i>Fair passive grasp</i>	Håller föremål som placerats i handen med instabilt grepp. Föremålet kan placeras i handen av personen själv eller av annan.
	3	<i>Good passive grasp</i>	Håller föremål som placerats i handen (se ovan) och håller med stabilt grepp.
Aktiv hand/hjälphand	4	<i>Poor active grasp</i>	Griper aktivt om föremål och håller med instabilt grepp.
	5	<i>Fair active grasp</i>	Griper aktivt om föremål och håller med stabilt grepp.
	6	<i>Good active grasp</i>	Griper aktivt om föremål och håller med stabilt grepp. Ändrar ofta föremålets läge med hjälp av andra handen eller yttre stöd.
Manipulerande hand	7	<i>Reduced dexterity</i>	Använder handen med bra grepp med något tveksam precision och viss fumlighet.
	8	<i>No limitation</i>	Ingen begränsning.

Sid 2

Bimanuell förmåga

Man bedömer om personen spontant kan använda två händer tillsammans i aktiviteter som kräver det.

Exempel på aktiviteter lämpliga att observera personen i:

- Knäppa, knäppa upp knappar.
- Dra upp och ner dragkedja.
- Ta på mössa, hatt, halsband, vantar, sockor.
- Öppna plånbok med kardborreband/blixtlås eller portmonnä, ta upp pengar och lägga tillbaka.
- Ta tandkräm på tandborste från tandkrämstubb med skruvlock.
- Dra isär tandborstfodral.
- Kasta och fånga stor boll/ballong.
- Bära/lyfta saker i balja/back/bricka med två handtag.
- Dra av och sätta på kork på tuschpennor.
- Skruva av lock på burk.
- Skruva av och på muttrar på tjock bult.

Sid 3

Passiv ledrörlighet

Utgångsställning rygggläge. Avrunda uppmätt gradtal till närmsta jämna fem/tiotal.

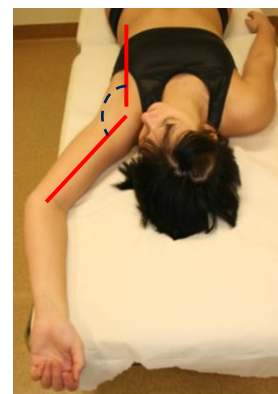
Passiv rörlighet mäts med goniometer. Supination och pronation i underarm kan alternativt mätas med en sk. Prosupinator. Ange i så fall detta under kommentar. Obs! Mät alltid på samma sätt. De angivna värdena för rörlighet i formuläret är riktlinjer och inga normalvärden. Notera eventuell smärta vid undersökning av ledrörlighet.

Axel

Abduktion

Utgångsställning: Ryggliggande med adducerad och utåtroterad axel, om möjligt rak armbåge

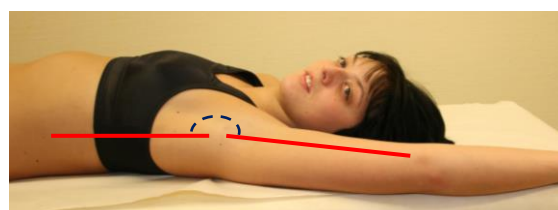
Referenser: Parallellt med columna
Parallellt med humerus



Flexion

Utgångsställning: Ryggliggande med flekterad axel i neutralläge, om möjligt rak armbåge

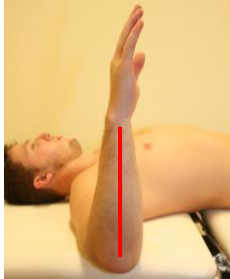
Referenser: Parallellt med columna
Parallellt med humerus



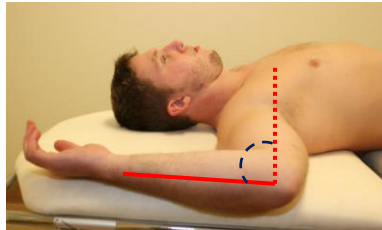
Utåtrotation och inåtrotation

Utgångsställning: Ryggliggande med axel i 90° abduktion, armbåge i 90° flexion, underarm pronerad

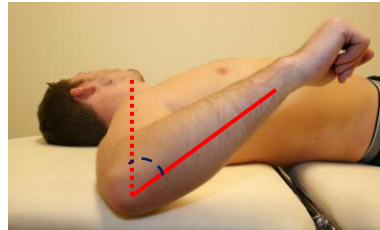
Referenser: Lodrätt mot ulna (alternativt parallellt med britsen)
Parallellt med ulna



Neutralläge



Utåtrotation



Inåtrotation

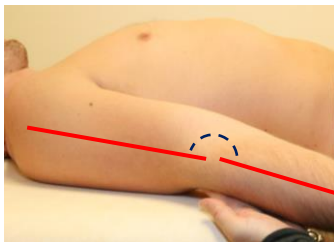
Armbåge

Extension och flexion

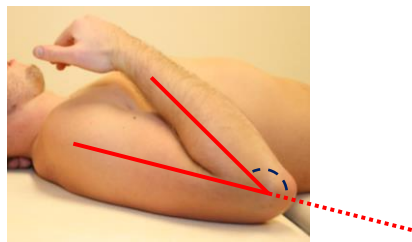
Utgångsställning: Ryggliggande med axel lätt abducerad, underarm supinerad

Referenser: Parallellt med humerus
Parallellt med radius

Rak armbåge = 0°. Extensionsdefekt anges som – (minus) X°.



Armbågsextension



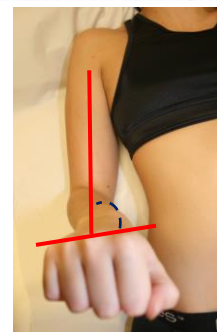
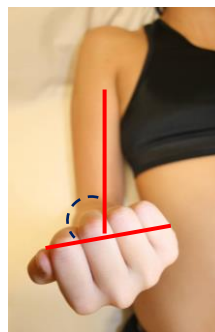
Armbågsflexion

Supination och pronation

Utgångsställning: Ryggliggande med axel adducerad, överarmen fixerad mot bröstkorgen, armbåge i 90° flexion

Referenser: Parallellt med humerus
Volart över handleden vid supination
Dorsalt över handleden vid pronation

0°



Neutralläge
Handled

Goniometerplacering

Supination

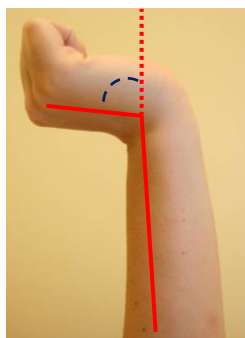
Pronation

Extension och flexion

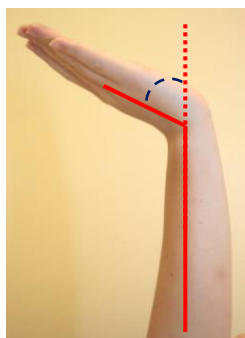
Utgångsställning: Ryggliggande med armbåge i 90° flexion, underarm pronerad

Referenser:
Parallellt med ulna
Parallellt med metacarpale III

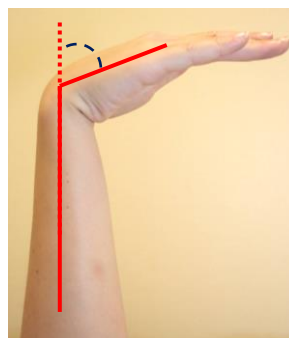
Rak handled = 0°. Extensions defekt anges som – (minus) X°



Extension med böjda fingrar



Extension med raka fingrar

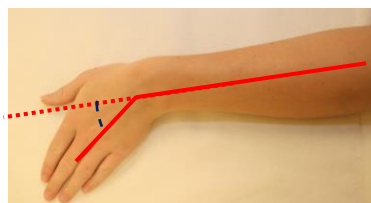


Handledsflexion

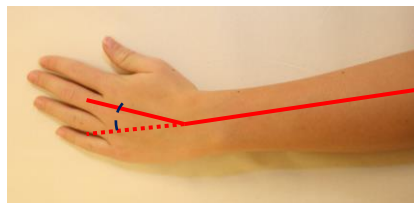
Ulnardeviation och radialdeviation

Utgångsställning: Ryggliggande med underarm pronerad

Referenser:
Dorsalt parallellt med mittlinjen på underarmen
Dorsalt parallellt med metacarpale III



Ulnardeviation



Radialdeviation

Höft

Höftabduktion

Höftabduktionen kan mätas på två olika sätt:

1. Ryggliggande med extenderade höfter och knän.
2. Ryggliggande med flekterade höfter och flekterade knän. Denna utgångsställning används då ovanstående inte är möjlig. Sedan fyller man i "ja" på "Avviker från standardiserad utgångsställning" och anger flekterad höft.

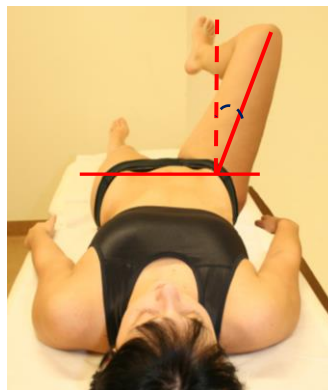
Utgångsställning: Ryggliggande med extenderade höfter och knän

Referenser: Parallellt med tänkt linje mellan båda SIAS i höjd med överkanten på trochanter major.
Syftar mot patella.

Alternativ utgångsställning: Ryggliggande med flekterade höfter och flekterade knän.



Abduktion med extenderad höft



Abduktion med flekterad höft

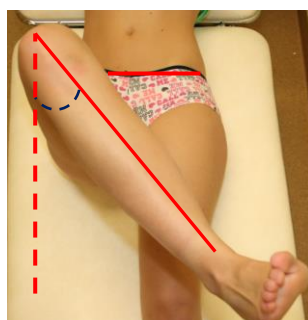
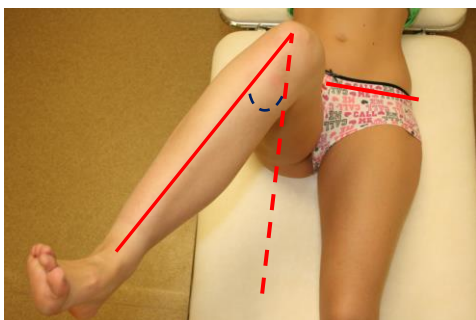
Inåtrotation och utåtrotation

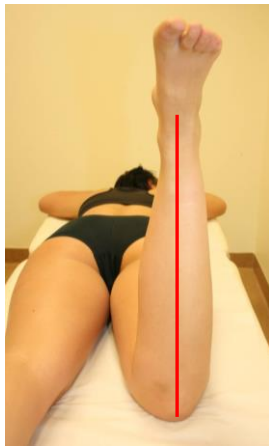
Höftrotationen kan mätas på två olika sätt:

1. I ryggliggande med flekterade höfter och flekterade knän.
2. I magliggande med extenderade höfter och flekterade knän. Om denna utgångsställning används fyller man i "ja" på "Avviker från standardiserad utgångsställning" och anger magliggande.

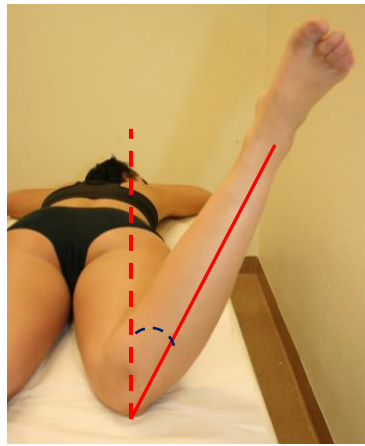
Utgångsställning: Ryggliggande med flekterade höfter och knän.

Referenser: Vinkelrätt mot tänkt linje mellan båda SIAS
Längs tibias framkant

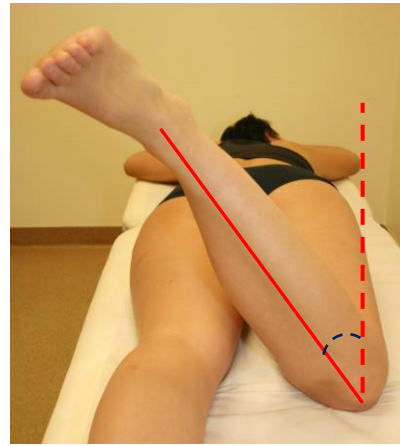




Neutralläge



Inåttrotation



Utåttrotation

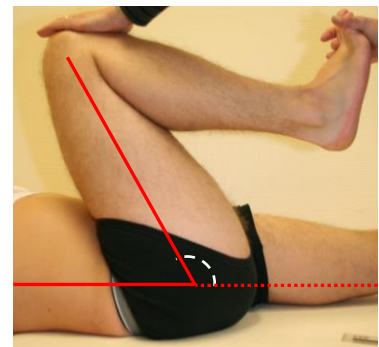
Alternativ utgångsställning: Magliggande med extenderade höfter och flekterade knän.
Fixera bäckenet för att minimera bäckenrotation. Roterar i höften tills det är stopp.

Referenser: Lodrätt (alternativt parallellt med britsen)
Parallellt med tibias framkant

Höftflexion

Utgångsställning: Ryggliggande, fixera bäckenet genom att extendera motsatt ben.

Referenser: Parallellt med columna,
Parallellt med femur
referenspunkt: trochanter major



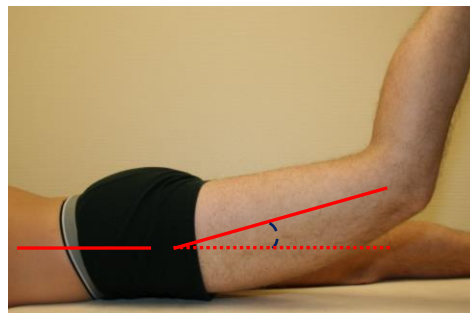
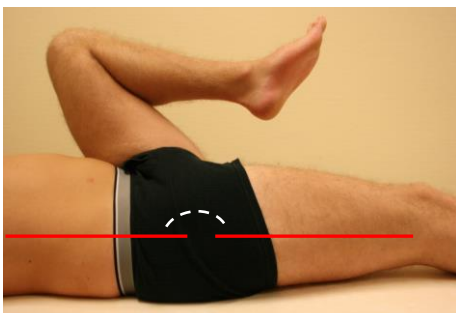
Höftextension

Utgångsställning: Ryggliggande med extenderad höft och bäckenet neutralt.
Fixera bäckenet genom att flektera motsatt ben.

Referenser: Parallellt med columna
Parallellt med femur – referenspunkt: trochanter major.

Rak höft = 0°. Eventuell extensions defekt ner till horisontalläget anges som – (minus) X°
Om höftextensionen överstiger 0° sänks låret ner utanför britskanten.

Alternativ utgångsställning: Magliggande med extenderade höfter.



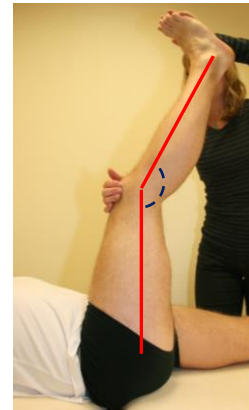
Knä

Hamstringsvinkel

Utgångsställning: Ryggliggande med aktuellt ben i 90° höftflexion. Fixera andra benet i extenderat läge för att stabilisera bäckenet.

Referenser: Parallellt med femur, syftar mot trochanter major
Parallellt med tibias framkant, syftar mot laterala malleolen.

Ange knävecksvinkel; extenderat knä = 180°

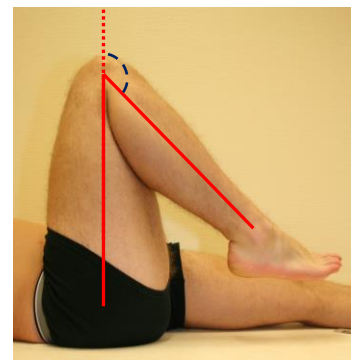


Knäflexion

Utgångsställning: Ryggliggande med höft i 90° flexion.

Referenser: Parallellt med femur, syftar mot trochanter major.
Parallellt med tibias framkant, syftar mot laterala malleolen.

Ange knävinkel; extenderat knä = 0°



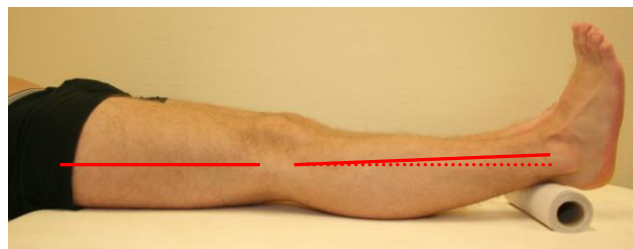
Knäextension

Utgångsställning: Ryggliggande med extenderade höfter och knän.

Referenser: Parallellt med femur, syftar mot trochanter major.
Parallellt med tibias framkant, syftar mot laterala malleolen.

Ange ev hyperextension, knävinkel; extenderat knä = 0°

Extensionsdefekt anges som – (minus) X°



Fot

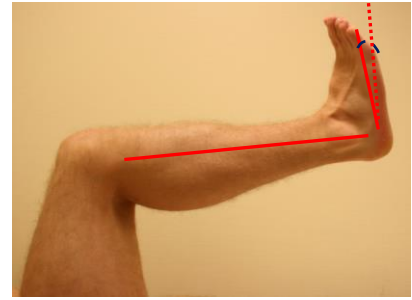
Dorsalflexion med flekterat knä

Utgångsställning: Ryggliggande, 90° flexion i höft och knä. Stabilisera den subtalar leden genom att fixera calcaneus. Supinera framfoten för att förhindra rörelser i de intertarsala lederna.

Referenser: Parallellt med tibias framkant, syftar mot caput fibulae och laterala malleolen.
Parallellt med laterala fotranden, metatarsale V.

90° vinkel i fotleden = 0° dorsalflexion

Inskränkt dorsalflexion (nedom nolläge) anges som – (minus) X°



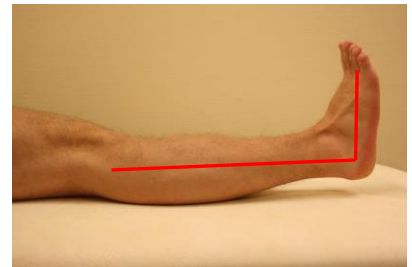
Dorsalflexion med extenderat knä

Utgångsställning: Ryggliggande med extenderade höfter och knän. Stabilisera den subtalar leden genom att fixera calcaneus. Supinera framfoten för att förhindra rörelser i de intertarsala lederna.

Referenser: Parallellt med tibias framkant, syftar mot caput fibulae och laterala malleolen.
Parallellt med laterala fotranden, metatarsale V.

90° vinkel i fotleden = 0° dorsalflexion

Inskränkt dorsalflexion (nedom nolläge) anges som – (minus) X°



Sid 4

Spasticitet/Muskeltonus

Skattning av muskeltonus enl modifierad Ashworth-skala av Bohannon och Smith (1987)

- 0** Ingen förhöjning av muskeltonus.
- 1** Lätt förhöjning av muskeltonus, visar sig som "catch and release" eller som ett minimalt motstånd i slutet av rörelsebanan.
- +1** Lätt förhöjning av muskeltonus, visar sig som "catch" följt av minimalt motstånd genom resten av rörelsebanan (mindre än hälften av rörelseomfånget).
- 2** Mer markant förhöjning av muskeltonus genom större delen av rörelsebanan, men rörelsen är fortfarande lätt att utföra.
- 3** Avsevärd förhöjning av muskeltonus, svårt att utföra passiva rörelser.
- 4** Stelhet vid flexion eller extension av kroppsdel.

Utgångsställningar vid skattning av muskeltonus.

Armbågsflexorer - Ryggliggande (för underarmen i flexion-extension, känn efter tonus när underarmen extenderas/sträcks ut).

Adduktorer - Ryggliggande, extenderade knän och höfter. (Benet förs från adducerat till abducerat läge, känn efter tonus då ben förs i abduktion).

Knäflexorer - Ryggliggande, 90° höftflexion (känn efter tonus då knä extenderas/sträcks ut).

Plantarflexorer - Ryggliggande, extenderade höfter och knän (för foten från plantarflexion till dorsalflexion, känn efter tonus då foten dorsalflekteras).

Om det är svårt att skatta tonus pga smärta eller kontrakturer så anges detta under kommentarer.

Sid 4

PPAS, postural förmåga ryggliggande

Bedömning av förmågan att bibehålla och ändra ställning dvs. att stabilisera kroppen mot tyngdkraften under statiska och dynamiska förhållanden bedöms enligt en 7-gradig skala. De två lägre **nivåerna 1 och 2** innebär att personen inte har någon egen förmåga alls. Gränsdragningen mellan nivå 1 och 2 är om personen kan rätas ut och placeras i ryggliggande av någon annan (nivå 2) eller om personen pga fixerade felställningar inte kan rätas ut och placeras i ryggliggande med stöd (nivå 1). **Nivå 3-7** innebär att personen har någon postural förmåga dvs kan bibehålla eller ändra ställning utan stöd eller hjälp.

- 1 = Kan inte rätas ut och placeras i ryggliggande
- 2 = Kan rätas ut och placeras i ryggliggande men behöver stöd
- 3 = Kan ligga på rygg utan stöd men inte röra sig
- 4 = Kan initiera flexion av bålen (*stabilisera bål för att lyfta huvud eller knä*)
- 5 = Kan göra tyngöverföring lateralt och återgå till ursprungsläget (*rulla åt sidan*)
- 6 = Kan ta sig ur ryggliggande (*byta ställning tex rulla över på mage eller upp till sittande*)
- 7 = Kan ta sig i och ur ryggliggande (*tex till sittande och tillbaks till ryggliggande*)

Sid 4**PPAS, asymmetrier ryggliggande**

Markera ja för symmetri, nej för asymmetri

- Är huvudet i medellinjen eller avviker det från medellinjen och lutar åt något håll?
- Är bålen symmetrisk eller finns det asymmetri i form av deviation eller rotation? Vid osäkerhet, jämför avståndet från axlarna till bäckenet.
- Är bäckenet i neutralläge eller är det tippat eller roterat?
- Är benen separerade och i neutralläge i förhållande till bäckenet eller finns det tendens till korsning, windswept eller rotation?
- Vilar armarna avspänt längs sidorna eller är de spända och används för att balansera, styrs av reflexer, tonus eller ofrivilliga rörelser?
- Är vikten jämnt fördelad eller belastas ena kroppshalvan mer än den andra?

Sid 5**PPAS, postural förmåga sittande**

Bedömning av förmågan att bibehålla och ändra ställning dvs. att stabilisera kroppen mot tyngdkraften under statiska och dynamiska förhållanden bedöms enligt en 7-gradig skala. De två lägre **nivåerna 1 och 2** innebär att personen inte har någon egen förmåga alls. Gränsdragningen mellan nivå 1 och 2 är om personen kan placeras i sittande på brits av någon annan (nivå 2) eller om personen pga fixerade felställningar inte kan placeras i sittande med stöd (nivå 1). **Nivå 3-7** innebär att personen har någon postural förmåga dvs kan bibehålla eller ändra ställning utan stöd eller hjälp.

1 = Kan inte placeras i sittande

2 = Kan placeras i sittande men behöver stöd

3 = Kan sitta utan stöd men inte röra sig

4 = Kan luta bålen lite framåt - bakåt innanför understödsytan

5 = Kan göra tyngöverföring lateralt och återgå till ursprungsläget (*från ena bäckenhalvan till den andra*)

6 = Kan ta sig ur sittande (*byta ställning tex ta tyngd på fötterna och lätta från britsen*)

7 = Kan ta sig i och ur sittande (*tex till stående och tillbaks till sittande*)

Sid 5**PPAS, asymmetrier sittande på brits**

Ange om personen bedöms i sittande utan stöd eller med stöd. Markera ja för symmetri, nej för asymmetri

- Är huvudet i medellinjen eller avviker det från medellinjen och lutar åt något håll?
- Är bålen symmetrisk eller finns det asymmetri i form av deviation eller rotation? Vid osäkerhet, jämför avståndet från axlarna till bäckenet.
- Är bäckenet i neutralläge eller är det tippat eller roterat?
- Är benen separerade och i neutralläge i förhållande till bäckenet eller finns det tendens till korsning, windswept eller rotation?
- Vilar armarna avspänt längs sidorna eller är de spända och används för att balansera, styrs av reflexer, tonus eller ofrivilliga rörelser?
- Är vikten jämnt fördelad eller belastas ena bäckenhalvan mer än den andra?

Sid 5

Bedömning rygg och skolios

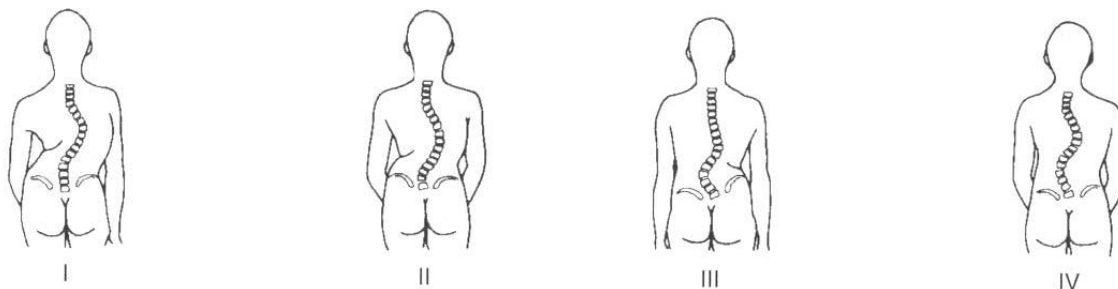
Ange om personen är **skoliosopererad**. Om skoliosoperation är gjord är bedömning av rygg och skolios ej obligatorisk.

Om bedömning av rygg och skolios utförs – ange i vilken ställning ryggen bedöms.

Välj först och främst sittande utgångsställning med korrektion för eventuell bäckentippning. Om bedömningen görs i stående är det viktigt **med korrektion för eventuell bäckentippning på grund av benlängdsskillnad eller kontrakturer i nedre extremiteterna**. Är detta inte heller möjligt görs bedömningen i liggande.

Graden av skolios (lätt, måttlig eller uttalad) är en grov uppskattning av skoliosens storlek. Graderingen avgör om röntgenkontroll skall göras enligt vårdprogrammet.

Bedömning om en skolios är korrigerbar eller ej görs sittande eller magliggande. Försök att rätta upp ryggen med hjälp av dina händer. Kan ryggen rätas upp är skoliosen korrigerbar. Ibland är skoliosen delvis korrigerbar, men ryggen kan inte fås helt rak. Ange då skoliosen som ej korrigerbar.



Skoliosen benämns efter apex på kurvan, se exempel:

- I Högerkonvex thorakal skolios
- II Högerkonvex thorakolumbal skolios
- III Vänsterkonvex lumbal skolios
- IV Högerkonvex thorakal och vänsterkonvex lumbal skolios

(Ur Danielsson och Willner: Barnortopedi och skolioser. Studentlitteratur 1999, med tillstånd av förf.)

Sid 5

Korsett

Inkluderar alla typer av individuellt anpassade bålortoser

Ange vilken typ av korsett som används och användningstiden.

Sid 5

Sittande – vanligast förekommande

Fler alternativ anges om något av alternativen t ex formgjuten sits används i kombination med rullstol eller arbetsstolsunderrede. **"Sitter ej"** anges endast då personen inte sitter ens med anpassade sitthjälpmedel.

Ange hur lång tid personen sitter/dygn.

Sid 6

Stående

"Står med stöd" innefattar stående med alla typer av stöd som t.ex. hjälpmedel, person, vägg, möbler osv. **"Står utan stöd"** innefattar självständigt stående utan någon form av externt stöd (kroppseget stöd är tillåtet). Observera att **"Står utan stöd"** inte utesluter att man besvarar frågan **"Använder ståhjälpmedel"** (personen kan ändå ha ett ståhjälpmedel). Avrunda användningstiden till hela timmar. För ståhjälpmedel kan flera alternativ anges t.ex. ståskal i kombination med tippbräda. Ortopediska skor eller annat som används i kombination med ståhjälpmedel kan anges under kommentarer.

Sid 6

PPAS, postural förmåga stående

Bedömning av förmågan att bibehålla och ändra ställning dvs. att stabilisera kroppen mot tyngdkraften under statiska och dynamiska förhållanden bedöms enligt en 7-gradig skala. De två lägre **nivåerna 1 och 2** innebär att personen inte har någon egen förmåga alls. Gränsdragningen mellan nivå 1 och 2 är om personen kan rätas ut och placeras i stående av någon annan (nivå 2) eller om personen pga fixerade felställningar eller annat inte kan rätas ut och placeras i stående med stöd (nivå 1). **Nivå 3-7** innebär att personen har någon postural förmåga dvs kan bibehålla eller ändra ställning utan stöd eller hjälp.

- 1 = Kan inte rätas ut och placeras i stående
- 2 = Kan rätas ut och placeras i stående men behöver stöd
- 3 = Kan stå utan stöd men inte röra sig
- 4 = Kan luta bålen lite framåt - bakåt innanför understödsytan
- 5 = Kan göra tyngöverföring lateralt och återgå till ursprungsläget (*från ena foten till den andra*)
- 6 = Kan ta sig ur stående (*byta ställning tex flytta en fot framåt*)
- 7 = Kan ta sig i och ur stående (*tex gå och stanna*)

Sid 6

PPAS, asymmetrier stående

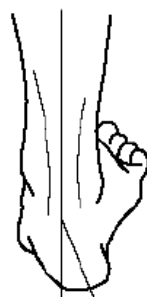
Ange om personen bedöms i stående utan stöd eller med stöd från annan person, externt stöd som tex ledstång, rollator alternativt i ståhjälpmedel.

Markera ja för symmetri, nej för asymmetri

- Är huvudet i medellinjen eller avviker det från medellinjen och lutar åt något håll?
- Är bålen symmetrisk och i normalläge eller finns det asymmetri i form av deviation eller rotation? Jämför avståndet från axlarna till bäckenet.
- Är bäckenet i neutralläge eller är det tippat eller roterat?
- Är benen separerade och i neutralläge i förhållande till bäckenet eller finns det tendens till korsning eller windswept?
- Vilar armarna avspänt längs sidorna eller är de spända och används för att balansera, styrs av reflexer, tonus eller ofrivilliga rörelser?
- Är vikten jämnt fördelad eller belastas den ena foten mer än den andra?

Sid 7**Bedömning - fötter**

Ange om personen kan belasta båda fötterna. All form av belastning av båda fötterna, med eller utan levande stöd, är tillåten. Det vill säga: hela foten måste inte belastas. Ange om belastad höger respektive vänster häl är normal, i varus- eller valgusställning. (Kan personen inte belasta hälen hoppar man över denna bedömning).

**Normal****Varus****Valgus****Sid 7****Överflyttningar/korta förflyttningar**

Ange vanligast förekommande förflyttningssätt vid korta överflyttningar som tex till och från säng eller toalett.

Sid 7**Förflyttning i trappor**

Ange vanligast förekommande förflyttningssätt uppför respektive nedför trappa.

Sid 7**Functional Mobility Scale (FMS)**

The Functional Mobility Scale (FMS) (version 2) avser klassificera personers **nuvarande och vanligast förekommande funktionella förflyttning** vid tre specifika avstånd: 5m, 50m, 500m motsvarande i hemmet, i skolan respektive ute i samhället. Konstruktörerna utgår från att personen kan tänkas använda olika hjälpmedel i olika omgivningar och betonar därför att **omgivningen är mest relevant och avståndet endast en vägledning**.

FMS avser klassificera utförande (performance) d v s det som personen faktiskt **gör just nu** vid denna tidpunkt och inte vad personen kan göra eller har brukat kunna göra.

Klassificeringen görs med bakgrund av frågor som ställs till personen/närstående (ingen direkt observation). För att få svar på vad personen vanligtvis gör, är det viktigt hur man ställer frågorna till personen/närstående. Frågorna kan ställas på följande sätt:

- Hur förflyttar du dig vid kortare sträckor i hemmet? (5 m)
- Hur förflyttar du dig inom och mellan klassrum i skolan alt på arbetet?(50 m)
- Hur förflyttar du dig vid längre avstånd så som i ett varuhus? (500 m)

Ange personens funktionella förflyttning vid **samtliga tre avstånd (5 m, 50 m, 500 m)** i relation till behov av hjälpmedel så som kryckor, rollator eller rullstol. Ortoser som används regelbundet skall inkluderas i bedömningen.

Välj **en** av följande beskrivningar som **bäst** beskriver personens nuvarande funktion vid respektive avstånd. Ange vad personen **GÖR** inte vad han/hon kan! Gradera utifrån hur det ser ut i personens egen omgivning, t ex. finns det inga trappor behöver personen ej kunna gå i trappor för att personens funktionella rörelseförmåga skall klassificeras som självständig. Det räcker då med att personen är helt självständigt i den miljön som han/hon **vanligtvis vistas i**.

N = Inte tillämbart; t.ex. personen fullföljer inte avståndet.

*(Förtydligande: Används då en person aldrig hamnar i den situationen t.ex. aldrig får följa med till ett shoppingcenter på grund av sitt nedsatta allmäntillstånd. **N**, används enbart ute i samhället (500 m).*

C = Kryper: Personen kryper vid förflyttning i hemmet (5 m).

(Förtydligande: Används inte vid 50 och 500 m)

1 = Använder rullstol: Kan ev. stå vid förflyttningar, kan ev. ta några steg med hjälp av annan person eller rollator/stöd. T ex:

- Åker eller kör rullstol, tar steg med mycket stöd av person, går i gåstol

2 = Använder rollator eller stöd; utan hjälp av annan person. T ex:

- Går med rollator, gåbord, betastöd.

3 = Använder kryckkäppar; utan hjälp av annan person. T ex:

- Går med en eller två kryckkäppar, fyrapunktsstöd.

4 = Använder käppar (en eller två); utan hjälp av annan person. T ex:

- Går med en eller två stödkäppar, går självständigt med stöd av väggar, möbler och dylikt, går med stöd av person "håller hand".

5 = Självständig gång på jämnt underlag; använder inte gånghjälpmedel eller hjälp av annan person*. Behöver ledstång i trappor.

*Om möbler, väggar, staket, skyltfönster används som stöd, anges siffran 4 som korrekt beskrivning.

6 = Självständig gång på alla underlag; använder inga gånghjälpmedel eller hjälp från annan person när personen går på olika underlag inklusive ojämn mark, trottoarkant och i folksamlingar.

OBS!!! I denna manual har "ditt barn, sig, barnet" bytts ut mot "du, dig, personen" för att bättre stämma in på de vuxna som omfattas av uppföljningsprogrammet.

Sid 8

Förflyttning i rullstol

Ange vanligast förekommande förflyttningssätt i rullstol inomhus respektive utomhus; kör själv, blir körd, använder ej. Om personen inte använder manuell rullstol eller elektrisk rullstol markera "Använder ej" på båda. Om personen kör elektrisk rullstol själv och blir körd i manuell rullstol så markera båda alternativen.

Sid 8

Smärta

Ange om personen har ont och vem som besvarat frågan (personen själv/någon medföljande?)
Om personen har ont: markera i rutorna var och hur mycket värk eller smärta under de senaste 4 veckorna.

Ange även hur mycket har värken eller smärtan stört personens under **normala aktiviteter** (arbete och/eller andra dagliga sysslor) under de senaste fyra veckorna, och hur mycket den stört **sömn**.

Sid 9

Nutrition

Ange aktuell vikt och längd och vilken mätmetod som använts. Ange även om längden är osäker, svåratt (tex vid kraftiga kontrakturer).

Sid 9

Ortoser-definitioner

Ange de ortoser som personen **använder för övre och/eller nedre extremiteterna**.

Exempel på ortoser:

Armbågsortos

Handledsortos

Tumortos

Helhandsortos

Supinationsortos

FO (inlägg)- Inkluderar alla typer av individuellt anpassade inlägg, proximalt från malleolerna till och med metatarsophalangeala lederna eller distalt, oavsett material. Syftet är att påverka de subtalara lederna och/eller mellanfoten.

AFO (Ankel Fot Ortos)- Inkluderar alla ortoser som proximalt avslutas ovanför malleolerna men nedanför knäleden och distalt sträcker sig över foten. Syftet är att verka över ankelleden och/eller distalt. Det görs ingen skillnad om ortosen är ledbar i fotleden eller inte. Fasta, ”dynamiska” eller ledbara ortoser inkluderas.

KAFO (Knä Ankel Fot Ortos)- Inkluderar alla ortoser som proximalt avslutas ovanför knäleden t o m trochanter major och distalt sträcker sig över foten. Fasta eller ledbara ortoser inkluderas. Syftet är att verka över knäleden och fotleden.

KO (Knä Ortos)- Inkluderar alla ortoser som proximalt avslutas ovan knäleden t o m trochanter major och sträcker sig distalt till malleolerna. Syftet är att verka över knäleden.

HO (Höft Ortos)- Inkluderar alla ortoser som sträcker sig över lårbenen. Syftet är att verka över höftlederna.

Ange mål med ortos-behandlingen:

- att underlätta funktion
- att påverka kroppens struktur, kontrakturprofylax.

Användningstid Ange om ortos för kontrakturprofylax används > eller < än 6 tim/dygn.

Uppfyller ortosen sin funktion? Markera ja eller nej och ange ortos nummer (1, 2, 3 eller 4) som står framför ortosen under Ange typ.

Hudirritation/sår? Ange nej eller ja och ortos nummer (1, 2, 3 eller 4)

Sid 9**Fraktur**

Avser alla sorters frakturer (svara ”ja” eller ”nej”) och ange typ av fraktur vid kommentar.

Sid 10**Operationer och tonusreducerande behandling**

Ange om personen genomgått operation (om ja, vilken/vilka och när?). Djup hjärnstimulering och Rhizotomi anges under operation. Ange även om personen fått botulinumtoxin (om ja, vilka muskler och när?) eller utfört träning postop eller postbotox? Ange även om personen har baklofenpump eller peroral tonusreducerande medicin.

REFERENSER**CP subtyp**

- Referens och Träningsmanual (R&TM), Surveillance of Cerebral Palsy in Europe (SCPE). [CD-rom]. Översättningen Eva Beckung och Paul Uvebrant, 2006.
- http://www-rheop.ujf-grenoble.fr/scpe2/site_scpe/decisiontree.php

GMFCS

- <http://www.canchild.ca>
- Lundkvist A, Nordmark E. Svensk översättning av Gross Motor Function Classification System Expanded & Revised (GMFCS-E&R). 2007. Tillgänglig på: www.cpun.se
- Rosenbaum P, Palisano R, Bartlett D, Galuppi B, Russell D. Development of the Gross Motor Function Classification System for cerebral palsy. Dev Med & Child Neurol. 2008; 50 (4): 249-253.
- Palisano RJ, Rosenbaum P, Bartlett D, Livingstone MH. Content Validity of the Expanded and revised Gross Motor Function Classification System. Dev Med & Child Neurol. 2008; 50 (10): 744-750.
- Jahnsen R, Aamodt G, Rosenbaum P. Gross Motor Function Classification System used in adults with cerebral palsy: agreement of self-reported versus professional rating. Dev Med & Child Neurol. 2006; 48 (9): 734-738.

MACS

- <http://www.MACS.nu>
- Eliasson AC, Krumlinde Sundholm L, Rösblad B, Beckung E, Arner M, Öhrvall AM, Rosenbaum P. The Manual Ability Classification System (MACS) for children with cerebral palsy: scale development and evidence of validity and reliability. Dev Med Child Neurol. 2006. 48:549-554.

CFCS

- <http://cfcs.us>

Zancolli

- Zancolli, E.A & Zankolli, E.R Surgical management of the hemiplegic spastic hand in cerebralpalsy, Surg Clin North Am, 1981;61: 395-406

Thumb-in-palm, House

- House J H, et al. A Dynamic Approach to the Thumb-in-Palm Deformity in Cerebral Palsy. The Journal of Bone and Joint Surgery, 1981; 63-A; 2: 216-225. Modifierad av nationella arbetsgruppen cpup-at 2009.
- Budja och Markovska, Handfunktionsklassifikation enligt House – en prövning av interbedömarreliabilitet och innehållsvaliditet. Kandidatuppsats Arbetsterapeututbildningen Lund 2005.

Passiv ledrörlighet

- The American Academy of Orthopaedic Surgeons. Joint Motion, Method of Measuring and Recording, Churchill Livingstone, Edinburgh and London, 1966.
- The American Society of Hand Therapists. Clinical Assessment Recommendations. 2 ed. Chicago: The American Society of Hand Therapists, 1992.
- Norkin, C.C, & White, D.J Measurement of Joint Motion. Ed 2. Philadelphia: F.A. Davis, 1985.
- Ryf C, Weymann A. Range of Motion-AO Neutral-0 Method Measurement and Documentation. Thieme Medical Publishers 1999.

Muskeltonus

- Bohannon RW, Smith MB. Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. Phys Ther. 1987 Feb;67(2): 206-7.

PPAS

- Rodby-Bousquet E, Ágústsson A, Jónsdóttir G, Czuba T, Johansson A-C, Hägglund G. Interrater reliability and construct validity of the Posture and Postural Ability Scale in adults with cerebral palsy in supine, prone, sitting and standing positions. Clinical Rehabilitation 2014 Jan; 28 (1) 82-90.

Skolios

- Danielsson och Willner: Barnortopedi och skolioser. Studentlitteratur 1999

FMS

- http://www.mcri.edu.au/Downloads/GaitCCRE/FMS_brochure.pdf
- Gudmundsson C, Nordmark E. Svensk översättning av The Functional Mobility Scale. 2008. Tillgänglig på: www.cpup.se . *Den text som angetts med kursiv stil baseras på personliga kommentarer från Adrienne Harvey 2008-04-16.*
- Graham HK, Harvey A, Rodda J, Nattrass GR, Pirpiris M. The Functional Mobility Scale (FMS). J Pediatr Orthop. 2004 Sep-Oct;24(5):514-20.
- Harvey A, Graham HK, Baker R, Wolfe R. The functional mobility scale: responsiveness to change. Abstract DMCN Suppl no 106, vol 48 September 2006.

- Harvey A, Graham HK, Morris ME, Baker R, Wolfe R. The Functional Mobility Scale: ability to detect change following single event multilevel surgery. *Dev Med Child Neurol*. 2007 Aug;49(8):603-7.
- Harvey A, Robin J, Morris ME, Graham HK, Baker R. A systematic review of measures of activity limitation for children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*. 2008 Mar;50(3):190-8. Epub 2008 Jan 12.

Fysisk aktivitet

- Shephard RJ, Balady GJ. Exercise as Cardiovascular Therapy. *Circulation* 1999;99:963-972.
- SBU-rapport. Metoder att främja fysisk aktivitet. En systematisk litteraturöversikt. Rapport nr 181, 2007. http://www.sbu.se/upload/publikationer/content0/1/fysisk_aktivitet.pdf 2008-07-03.