

Nationellt uppföljningsprogram CPUP – Vuxen

Om detta är första CPUP-bedömningen ersätts ”sedan föregående bedömningstillfälle” med ”under senaste året”



Personnummer _____

Efternamn _____ **Förnamn** _____

Boendeform ☐ Eget boende ☐ Särskilt boende ☐ Hos föräldrar ☐ Annat boende

Assistent ☐ Nej ☐ <60 tim/v ☐ 60-160 tim/v ☐ >160 tim/v

Annan hjälp ☐ Nej ☐ Hemtjänst ☐ Ledsagare ☐ Anhörigstöd

Sysselsättning ☐ Avlönat arbete ☐ Studier ☐ Daglig verksamhet
(huvudsaklig) ☐ Annat arbete ☐ Särskola ☐ Ingen sysselsättning

Omfattning ☐ ≤25% ☐ 26-50% ☐ 51-75% ☐ 76-100%

Tolk ☐ Nej ☐ Ja språk _____

☐ Singel ☐ Särbo ☐ Sambo, gift ☐ Antal barn _____

Personens tillhörande region _____

Personens distrikt _____

Bedömningsdatum (år – mån – dag) _____

Bedömning utförd av _____

Arbetsplats _____

CP subtyp

- ☐ Spastisk unilateral ☐ Högersidig svaghet ☐ Vänstersidig svaghet
- ☐ Spastisk bilateral
- ☐ Ataktisk
- ☐ Dyskinetisk
- ☐ Oklassificerad/mixad form
- Kommentar _____

GMFCS Klassifikation av grovmotorik ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V

MACS Klassifikation av handfunktion ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V

CFCS Klassifikation av kommunikation
☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V
Följande kommunikationsmetoder används av denna person

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

Kommentarer _____

Aktiv ledrörlighet - Funktionellt test, utgångsställning sittande**Höger****Vänster**

- | | | |
|-------------------------------|--|--|
| Når nacken med handen | ☐ Nej ☐ Ja | ☐ Nej ☐ Ja |
| Når munnen med handen | ☐ Nej ☐ Ja | ☐ Nej ☐ Ja |
| Når rygglutet med handen | ☐ Nej ☐ Ja | ☐ Nej ☐ Ja |
| Kan aktivt supinera | ☐ Nej ☐ Ja | ☐ Nej ☐ Ja |
| Aktiv supination, ange grader | _____° | _____° |

Tumme

Stramhet vid volarabduktion

Höger ☐ Nej ☐ JaVänster ☐ Nej ☐ Ja**Thumb in palm, enligt House**Höger ☐ Ingen ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IVVänster ☐ Ingen ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV

Kommentarer _____

Zancolli, samtidig handleds- och fingersträckningHöger ☐ 1+X ☐ 1 ☐ 2A ☐ 2B ☐ 3 ☐ Kan ej bedömasVänster ☐ 1+X ☐ 1 ☐ 2A ☐ 2B ☐ 3 ☐ Kan ej bedömas

Kommentarer _____

Funktionsklass enligt House 0-8

(OBS! Skalan omvänd jämfört med MACS)

Höger _____

Vänster _____

Dominant hand ☐ Höger ☐ Vänster ☐ BådaHar bimanuell förmåga ☐ Nej ☐ Ja

Kommentarer _____

Liggande, vilo- och sovställning (Fler svar kan anges)

- ☐ Ryggliggande
☐ Magliggande
☐ Sidoliggande höger
☐ Sidoliggande vänster
☐ Annan vilo- och sovställning

Ligger antal timmar/dygn

- ☐ < 8 tim
☐ 8-12 tim
☐ > 12 tim

Använder positionerande hjälpmedel i liggande:

- ☐ Nej ☐ Kuddar ☐ Ställbar säng ☐ Annat _____

Kommentar _____

Passiv ledrörlighet – Utgångsställning ryggliggande

(Anges som 0, 5, 10, 15, 20° osv, extensionsdefekt anges som negativt värde -5,-10,-15, -20° osv)

	Hö	Vä	Avviker från standardiserad Utgångsställning
			Om ja, ange hur?
Axel			
Abduktion	_____°	_____°	Ja ☐ _____
Flexion	_____°	_____°	Ja ☐ _____
Utåttrotation	_____°	_____°	Ja ☐ _____
Inåttrotation	_____°	_____°	Ja ☐ _____
Armbåge			
Extension (rak armbåge 0°)	_____°	_____°	Ja ☐ _____
Flexion	_____°	_____°	Ja ☐ _____
Supination	_____°	_____°	Ja ☐ _____
Pronation	_____°	_____°	Ja ☐ _____
Handled			
Extension	_____°	_____°	Ja ☐ _____
Extension med raka fingrar	_____°	_____°	Ja ☐ _____
Flexion	_____°	_____°	Ja ☐ _____
Ulnardeviation	_____°	_____°	Ja ☐ _____
Radialdeviation	_____°	_____°	Ja ☐ _____
Höft			
Abduktion	_____°	_____°	Ja ☐ _____
Inåttrotation	_____°	_____°	Ja ☐ _____
Utåttrotation	_____°	_____°	Ja ☐ _____
Flexion	_____°	_____°	Ja ☐ _____
Extension	_____°	_____°	Ja ☐ _____
Knä			
Hamstringsvinkel (rakt knä 180°)	_____°	_____°	Ja ☐ _____
Flexion	_____°	_____°	Ja ☐ _____
Extension (rakt knä 0°)	_____°	_____°	Ja ☐ _____
Fotled (plantigrad ställning 0°)			
Dorsalflexion vid flekterat knä	_____°	_____°	Ja ☐ _____
Dorsalflexion vid extenderat knä	_____°	_____°	Ja ☐ _____
Kommentar _____			

Spasticitet/Muskeltonus

Saxning vid gång / aktivitet ☐ Ingen ☐ Lätt ☐ Uttalad
 Saxning i vila ☐ Ingen ☐ Lätt ☐ Uttalad

	Höger		Vänster	
Fotklonus	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja
Handklonus	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja

Spasticitet i handleds-eller fingerflexorer ☐ Nej ☐ Ja ☐ Nej ☐ Ja
 Spasticitet i tåflexorer ☐ Nej ☐ Ja ☐ Nej ☐ Ja

Skattning av muskeltonus i vila enligt Modifierad Ashworthskala (se även manual)

0= ingen förhöjd muskeltonus.

1= lätt förhöjning av muskeltonus, "catch and release" eller som ett minimalt motstånd i slutet av rörelsebanan.

+1= lätt förhöjning av muskeltonus, "catch" följt av minimalt motstånd genom resten av rörelsebanan (mindre än hälften av rörelseomfånget).

2= mer markant förhöjning av tonus genom större delen av rörelsebanan, rörelsen fortfarande lätt att utföra.

3= avsevärd förhöjning av muskeltonus, svårt att utföra passiva rörelser.

4= stelhet vid flexion eller extension av kroppsdel.

	Höger						Vänster					
	0	1	+1	2	3	4	0	1	+1	2	3	4
Armbågsflexorer	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Höftadduktorer	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Knäflexorer	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Plantarflexorer	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Kommentar _____

PPAS, postural förmåga ryggliggande

- ☐ 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 tyngdöverföring 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*)

Kommentar _____

PPAS, asymmetrier ryggliggande

Ryggliggande, frontalt (poäng 1=ja, 0=nej)		Ryggliggande, sagittalt (poäng 1=ja, 0=nej)	
Huvudet i medellinjen		Huvudet i medellinjen (låg kudde)	
Bålen symmetrisk		Bålen i neutralläge	
Bäckenet neutralt		Bäckenet neutralt	
Benen separerade och raka i förhållande till bäckenet		Benen raka, sträckta höfter och knä	
Armarna vilande längs sidorna		Fötterna vilar i neutralläge	
Jämn viktfördelning		Jämn viktfördelning	
Totalpoäng		Totalpoäng	

Kommentar _____

PPAS, postural förmåga sittande på brits

- ☐ 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 tyngdöverföring 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*)

Kommentar _____

PPAS, asymmetrier sittande

Sittande, frontalt (poäng 1=ja, 0=nej)		Sittande, sagittalt (poäng 1=ja, 0=nej)	
Huvudet i medellinjen		Huvudet i medellinjen	
Bålen symmetrisk		Bålen i neutralläge	
Bäckenet neutralt		Bäckenet neutralt	
Benen separerade och raka i förhållande till bäckenet		Höfterna böjda (90°)	
Armarna vilande längs sidorna		Knän böjda (90°)	
Jämn viktfördelning		Fötterna i neutralläge/fotsulorna i golvet	
Totalpoäng		Totalpoäng	

Bedömd i sittande: ☐ Utan stöd ☐ Med stöd

Kommentar _____

Ryggbedömning (se manual)**Har skoliös**

- ☐ Nej
☐ Ja

Skoliosen är

- ☐ Korrigerbar
☐ Ej korrigerbar

Skoliosopererad

- ☐ Nej
☐ Ja (ryggbedömning ej obligatorisk)

Thorakal
 Thorakolumbal
 Lumbal

Höger

- ☐ konvex
☐ konvex
☐ konvex

Vänster

- ☐ konvex
☐ konvex
☐ konvex

Skoliosen bedöms vara

- ☐ lätt
☐ måttlig
☐ uttalad

Bedömd i:

☐ Stående☐ Sittande på brits☐ Liggande

Kommentar _____

Korsett**Använder korsett**

- ☐ Nej
☐ Ja

Har korsetten avsedd effekt?

- ☐ Nej, varför? _____
☐ Ja

Typ av korsett

- ☐ Mjuk korsett
☐ Halvhård korsett
☐ Hård korsett

Användningstid timmar/dygn

- ☐ < 6 tim
☐ 6-10 tim
☐ > 10 tim

Kommentar _____

Sittande (Fler svar kan anges tex formgjuten sits och rullstol)

- ☐ Sitter ej
☐ Formgjuten sits
☐ Rullstol (med tilt)
☐ Rullstol (utan tilt)
☐ Arbetsstol
☐ Vanlig stol
☐ Annat alternativ

Sitter antal timmar/dygn

- ☐ < 8 tim
☐ 8-12 tim
☐ > 12 tim

Vad? _____

Kommentar _____

Stående

- ☐ Står ej
☐ Står med stöd
☐ Står utan stöd

Använder ståhjälpmedel

- ☐ Nej ☐ Ja
 Dagar per vecka ☐ 1-2 ☐ 3-4 ☐ 5-6 ☐ 7
 Antal timmar/dag ☐ <1 ☐ 1-2 ☐ 3-4 ☐ >4

Typ av ståhjälpmedel (fler alternativ kan anges t ex ståskal och tippbräda):

- ☐ Tippbräda/ Ståstöd ☐ Ståskal ☐ Stårullstol ☐ Annat _____

Ståhjälpmedel används i kombination med:

- ☐ Ortoser ☐ Korsett

Kommentar _____

PPAS, postural förmåga stående

- ☐ 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 tyngdöverföring 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*)

Kommentar _____

PPAS, asymmetrier stående

Stående, frontalt (poäng 1=ja, 0=nej)		Stående, sagittalt (poäng 1=ja, 0=nej)	
Huvudet i medellinjen		Huvudet i medellinjen	
Bålen symmetrisk		Bålen i neutralläge	
Bäckenet neutralt		Bäckenet neutralt	
Benen separerade och raka i förhållande till bäckenet		Benen raka, sträckta höfter och knän	
Armarna vilande längs sidorna		Fötterna i neutralläge/fotsulorna i golvet	
Jämn viktfördelning		Jämn viktfördelning	
Totalpoäng		Totalpoäng	

Bedömd i stående: ☐ Utan stöd ☐ Med stöd ☐ I ståhjälpmiddel

Kommentar _____

Bedömning – fötter**Kan belasta fötterna**

- ☐ Nej
- ☐ Höger fot
- ☐ Vänster fot
- ☐ Båda fötterna

Belastad häl - höger

- ☐ Normal
- ☐ Varus
- ☐ Valgus

Belastad häl - vänster

- ☐ Normal
- ☐ Varus
- ☐ Valgus

Kommentar _____

Överflyttningar/korta förflyttningar (t ex till toalett eller säng)

- ☐ Stående överflyttning utan stöd
- ☐ Står med stöd vid överflyttning
- ☐ Sittande överflyttning
- ☐ Använder lyft och sele

Kommentar_____

Förflyttning i trappor

Går uppför trappa

- ☐ Utan stöd
- ☐ Med hjälp av ledstång
- ☐ Med levande stöd
- ☐ Med levande stöd + ledstång
- ☐ Nej, kan inte

Går nedför trappa

- ☐ Utan stöd
- ☐ Med hjälp av ledstång
- ☐ Med levande stöd
- ☐ Med levande stöd + ledstång
- ☐ Nej, kan inte

Kommentar_____

Functional Mobility Scale (FMS) (OBS! Skalan omvänd jämfört med GMFCS)

Be personen att uppskatta vanligast förekommande funktionella förflyttning vid samtliga tre avstånd nedan. Ange en gradering vid respektive avstånd.

_____ 5 meter _____ 50 meter _____ 500meter

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

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

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

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

3= Använder kryckkäppar; utan hjälp av annan person.

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

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

*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.

Kommentar_____

Förflyttning-Rullstol

Inomhus - vanligast förekommande

Manuell rullstol:	☐ Använder ej	☐ Kör själv	☐ Blir körd
Elektrisk rullstol:	☐ Använder ej	☐ Kör själv	☐ Blir körd

Utomhus - vanligast förekommande

Manuell rullstol:	☐ Använder ej	☐ Kör själv	☐ Blir körd
Elektrisk rullstol:	☐ Använder ej	☐ Kör själv	☐ Blir körd

Kommentar_____

SmärtaFrågorna är besvarade av: ☐ Personen själv ☐ Någon i personens omgivningUpplever Du eller någon i din omgivning, att Du **har ont**? ☐ Nej ☐ Ja

Hur mycket värk eller smärta har Du haft under de senaste fyra veckorna?

	Ingen	Mycket lätt	Lätt	Måttlig	Svår	Mycket svår
Huvud	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Nacke	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Rygg	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Axlar	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Armar, händer	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Höfter	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Knä	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fötter	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tänder	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mage	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hud, trycksår	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Annat	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Om annat, var? _____

Under de senaste fyra veckorna - Hur mycket har värken eller smärtan stört:

Dina normala aktiviteter?

(arbete och andra dagliga sysslor)

- ☐ Inte alls
☐ Lite
☐ Måttligt
☐ Mycket
☐ Våldigt mycket

Din sömn?

- ☐ Inte alls
☐ Lite
☐ Måttligt
☐ Mycket
☐ Våldigt mycket

Kommentar _____

EDACS Klassifikation av ät- och drickförmåga ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V**Grad av stöd** ☐ Självständig ☐ Kräver assistans ☐ Totalt beroende

Kommentar _____

Nutritionstatus**Längd** _____ **cm****Vikt** _____ **kg**Längden osäker/svårsmätt ☐ Nej ☐ Ja☐ Mätt i stående☐ Liggande på mätbräda☐ Liggande - måttband☐ Patientens egen uppgift☐ Mätt stående på våg☐ Sittvåg☐ Liftvåg☐ I famnen☐ Patientens egen uppgift**Hudveckstjocklek** i höjd med naveln, rakt under bröstvårtan (navelhöjd/mamillarplan)☐ < 0,5 cm (närmast avsaknad av underhudsfett)☐ > 0,5 cm (underhudsfett finns på buken)**Har gastrostomi** ☐ Nej ☐ Ja

Kommentar _____:

Ortoser (Flera alternativ kan anges)**Använder ortoser** för övre eller nedre ex? ☐ Nej ☐ Ja

Ange typ	För funktion		För kontrakturprofylax - användningstid /dygn			
	Hö	Vä	Hö	Vä	< 6 tim/	≥ 6 tim
1 AFO dag	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2 AFO natt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3 _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4 _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Kommentar _____

Uppfyller ortosen sin **funktion**? (se siffror 1-4 ovan)☐ Ja Ortos nummer _____, _____, _____, _____☐ Nej Ortos nummer _____, _____, _____, _____

Om nej, varför? _____

Har **hudirritation/sår** uppstått i samband med användning av ortosen? ☐ Nej☐ Ja Ortos nummer _____ Var? _____**Fraktur**Har sedan föregående bedömningstillfälle haft någon **fraktur**? ☐ Nej ☐ Ja

Var? _____

Operationer och tonusreducerande behandlingHar sedan föregående bedömningstillfälle genomgått **operation**? ☐ Nej ☐ Ja

Vilken/vilka operationer?

Datum

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Har sedan föregående bedömningstillfälle fått **Botulinumtoxin**? ☐ Nej ☐ Ja

Vilka muskler?

Datum

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Har utfört/ fått hjälp att utföra **träningsprogram** efter op/botox? ☐ Nej ☐ JaHar **Baklofenpump** ☐ Nej ☐ JaHar **peroral tonusreducerande medicin** ☐ Nej ☐ Ja**Röntgen**

När är senaste höft-röntgen gjord? _____ Var? _____

När är senaste ryggröntgen gjord? _____ Var? _____

Behandling/träningHar sedan föregående bedömningstillfälle utfört/fått hjälp att utföra **aktiviteter/träning** för:

Minskad smärta	☐ Nej	☐ Ja
Ledrörlighet	☐ Nej	☐ Ja
Muskelstyrka	☐ Nej	☐ Ja
Kondition	☐ Nej	☐ Ja
Postural förmåga (balans, stabilitet)	☐ Nej	☐ Ja
Förflyttningsförmåga	☐ Nej	☐ Ja
Andning	☐ Nej	☐ Ja
Handfunktion	☐ Nej	☐ Ja
Personlig vård	☐ Nej	☐ Ja
Kommunikation	☐ Nej	☐ Ja
Kognition	☐ Nej	☐ Ja

Kommentar _____

Har satt upp konkreta **mål med träningen** i samråd med:Sjukgymnast? ☐ Nej ☐ Ja Arbetsterapeut? ☐ Nej ☐ Ja

Annan? _____

Kommentar _____

Fysisk aktivitet

Har sedan föregående bedömningstillfälle regelbundet deltagit och utfört **fysiska idrotts- och fritidsaktiviteter**?

☐ Nej ☐ <1 gång/vecka ☐ 1-2 ggr/vecka ☐ 3-5 ggr/vecka ☐ >5 ggr/vecka

Vilken/vilka fysiska fritidsaktiviteter?

☐ Promenad	☐ Löpning	☐ Cykling	☐ Simning/vattenaktivitet
☐ Ridning	☐ Fotboll	☐ Dans	☐ Styrketräning
☐ Gymnastik	☐ Skidåkning	☐ Basket	☐ Boccia/Boule
☐ Kampsport	☐ Innebandy	☐ Bowling	☐ Tennis/Badminton

Annat _____

Kommentar _____

Följande formulär ifyllda

EQ5D

☐ Nej

☐ Ja

FSS

☐ Nej

☐ Ja

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

Övriga kommentarer