



Manual till CPUP–Fysioterapeuter 2018

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

Sid 1

Dominerande neurologiskt symtom:

CP subtyperna klassificeras via neurologiskt symtom som *spastisk*, *dyskinetisk* eller *ataktisk*. Dessa symtom finns beskrivna i utbildnings-CDn från SCPE som 2006 översattes till svenska. CDn distribueras till deltagande habiliteringar efter rekvisition från respektive habiliteringschef. Barn yngre än 2-3 år saknar ofta typiska symtom på ataxi och dyskinesi och ibland kommer även spasticiteten sent. Det är då istället hypotoni, extensionsspänning, mindre varierat rörelsemönster eller bara rörelsearmod som dominerar hos de små barnen. Det är rörelsemönstret och dominerande neurologiskt symtom i åldrarna 4-7 år som avgör diagnos av CP subtyp i CPUP.

Ange vilket neurologiskt symtom du, som fysioterapeut, bedömer vara dominerande, dvs orsaka störst begränsning i barnets motoriska funktion just nu. (Undergrupp 1): Välj ett av följande fyra alternativ:

- Spasticitet
- Dyskinesi
- Ataxi
- Ej klassificerbar/blandform anges när säker CP-diagnos eller undergrupp är svår att avgöra.

Neuropediatrikern ansvarar för diagnostik av CP och klassifikation av subtyp. CP-diagnosen i CPUP skall fastställas så snart som möjligt efter det att barnet fyllt 4 år. Detta görs via CPUP-neuropediatriker formuläret. Barnets egen läkare gör bedömningen, eventuellt i samråd med regionens CPUP-ansvarige neuropediatriker på det sätt som överenskommes inom respektive region/landsting. Så länge barnet bedöms ha ”CP-liknande symtom” eller möjlig CP, skall det vara med i CPUP. Om neuropediatrikern avskriver diagnosen avslutas rapporteringarna via neuroformuläret, och barnet deltar inte i den fortsatta registreringen i CPUP.

Referens: Referens och Träningsmanual (R&TM), Surveillance of Cerebral Palsy in Europe (SCPE). översättning av Eva Beckung och Paul Uvebrant, 2006.

Editerad och reviderad av Ingeborg Krägeloh-Mann et al., svensk ny översättning med tillägg av MRbilder, av Kate Himmelmann 2009.

Grovmotorisk klassifikation enligt svensk översättning av Gross Motor Function Classification System Expanded and Revised (GMFCS-E&R)

OBS! För att kunna spara fysioterapiformuläret i 3C måste GMFCS-E&R nivå fyllas i.

Gross Motor Function Classification System (GMFCS), Klassifikationssystemet för grovmotorisk funktion vid cerebral pares, baseras på självinitierade rörelser med tonvikt på sittande, förflyttningar och rörelseförmåga.

När klassifikationssystemet med fem nivåer utformades var konstruktörernas första kriterium att skillnaderna mellan nivåerna måste vara meningsfulla i dagliga livet. 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, speciellt för barn som är yngre än två år.

Den utvidgade versionen, GMFCS (2007) inkluderar ett åldersintervall för ungdomar i åldrarna 12 till 18 år och betonar koncept och innebörd i Världshälsoorganisationens Internationella klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF). Vi uppmuntrar användare att vara medvetna om den påverkan **omgivnings-** och **personliga faktorer** har på det som barn och ungdomar observeras och rapporteras göra. Tyngdpunkten med GMFCS har lagts på att bestämma vilken nivå som bäst representerar **barnets eller ungdomens nuvarande förmågor och begränsningar i grovmotorisk funktion**. Tonvikten ligger på barnets 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. Huvudrubriken för varje nivå är den förflyttningssätt som utgör det mest karakteristiska utförandet efter sex års ålder. Beskrivningarna av funktionsförmåga och begränsningar för varje åldersgrupp är vida och syftar inte till att beskriva alla aspekter av enskilda barn/ungdomars funktion. Ett barn med hemiplegi som t.ex. inte kan krypa på händer och knän, men annars passar in på beskrivningen inom nivå I (exempelvis kan dra sig upp till stående och gå), blir klassificerad i nivå I. Skalan är en ordinalskala och avsikten är inte att avståndet mellan nivåerna ska betraktas som lika stora eller att barn och ungdomar med cerebral pares fördelas lika mellan de olika fem nivåerna. En sammanfattning av gränsdragningarna mellan intilliggande nivåer har tagits fram för att hjälpa till att bestämma den nivå som närmast liknar barnets/ungdomens aktuella grovmotoriska funktionsförmåga. Konstruktörerna påpekar att de är medvetna om att hur den grovmotoriska funktionen yttrar sig är beroende av ålder, speciellt under spädbarnsåldern och under tidig barndom. För varje nivå ges därför särskilda beskrivningar för olika åldersgrupper. Barn under 2 års ålder ska bedömas utifrån korrigerad ålder om de är prematurfödda. Beskrivningarna för åldersintervallen 6 till 12 år och 12 till 18 år återspeglar möjlig påverkan av omgivningsfaktorer (t.ex. avstånd i skolan eller ute i samhället) och personliga faktorer (t.ex. energiåtgång och val på grund av sociala skäl) vid förflyttningssätt. Ansträngningar har gjorts för att betona förmågor istället för begränsningar. Därför kommer i princip den grovmotoriska funktionen, hos barn och ungdomar som klarar att utföra de beskrivna funktionerna i en speciell nivå, att klassificeras inom eller ovanför denna nivå. I motsats till detta bör den grovmotoriska funktionen hos barn och ungdomar som inte utför funktionerna på en given nivå klassas under denna nivå.

Definitioner

Gåstol - Ett förflyttningshjälpmedel som stödjer bäcken och bål.

Barnet/ungdomen är fysiskt placerat i rollatorn av en annan person.

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

Fysisk hjälp - En annan person hjälper till manuellt för att barnet/ungdomen skall röra sig.

Eldriven förflyttning - Barnet/ungdomen kontrollerar aktivt ”joysticken” eller den elektriska kontakten som gör självständig förflyttning möjlig. Förflyttningshjälpmedlet kan vara en rullstol, skoter eller annan typ av eldrivet förflyttningshjälpmedel.

Kör manuell rullstol själv - Barnet/ungdomen använder aktivt armar och händer eller fötter för att driva hjulen och att röra sig.

Transporteras – En person kör ett förflyttningshjälpmedel manuellt (t.ex. rullstol, sittvagn eller barnvagn) för att förflytta barnet/ungdomen 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. sittvagn, manuell rullstol, eller elrullstol).

Huvudrubriker för varje nivå

NIVÅ I Går utan begränsningar

NIVÅ II Går med begränsningar

NIVÅ III Går med ett handhållet förflyttningshjälpmedel

NIVÅ IV Begränsad självständig förflyttning; kan använda eldriven förflyttning

NIVÅ V Transporteras i manuell rullstol

Gränsdragningar mellan nivåer

Gränsdragningar mellan Nivå I och II-Jämfört med barn och ungdomar i Nivå I, har barn och ungdomar 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 Nivå II och III-Barn och ungdomar i Nivå II klarar att gå utan handhållna förflyttningshjälpmedel efter 4 års ålder (även om de kan välja att använda det någon gång). Barn och ungdomar i Nivå III behöver handhållna förflyttningshjälpmedel för att gå inomhus och använder hjulburen förflyttning utomhus och ute i samhället.

Gränsdragningar mellan Nivå III och IV-Barn och ungdomar 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. Barn och ungdomar i Nivå IV fungerar i sittande (vanligtvis med stöd) men förmåga till självinitierade rörelser är begränsad. Barn och ungdomar i Nivå IV transporteras vanligtvis i manuell rullstol eller använder eldriven förflyttning.

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

Före 2-årsdagen

Nivå I-Barnen tar sig i och ur sittande och sitter på golv med båda händerna fria att handskas med föremål. Barnen kryper på händer och knän, drar sig upp till stående och tar steg med stöd av möbler. Barnen går mellan 18 månader och 2 års ålder utan behov av något förflyttningshjälpmedel.

Nivå II-Barnen bibehåller sittande på golv men kan behöva använda sina händer som stöd för att hålla balansen. Barnen ålar på mage eller kryper på händer och knän. Det kan förekomma att barnet drar sig upp till stående och tar steg genom att ta stöd av möbler.

Nivå III-Barnen bibehåller sittande på golv med stöd för ländrygg. Barnen rullar och ålar sig fram på mage.

Nivå IV-Barnen har huvudkontroll men behöver bålstöd för att sitta på golv. Barnet kan rulla till ryggläge och kan möjligen rulla till magläge.

Nivå V-Fysiska nedsättningar begränsar viljemässig kontroll av rörelse. Barnen kan inte bibehålla huvud- och bålställning mot tyngdkraften i magliggande och sittande. Barnen behöver hjälp av en vuxen för att rulla.

Mellan 2:a och 4:e födelsedagen

Nivå I-Barnen sitter på golv med båda händerna fria att handskas med föremål. Förflyttningar till och från sittande på golv och till stående utförs utan hjälp av en vuxen. Barnen föredrar att förflytta sig genom att gå och har inga behov av några förflyttningshjälpmedel.

Nivå II-Barnen sitter på golv men kan ha svårt att hålla balansen när båda händerna är fria för att handskas med föremål. Förflyttning till och från sittande utförs utan hjälp av en vuxen. Barnen drar sig upp till stående på ett stabilt underlag. Barnen kryper på händer och knän i ett reciprokt mönster, går i sidled utmed möbler och föredrar att förflytta sig genom att gå med förflyttningshjälpmedel.

Nivå III-Barnen bibehåller sittande på golv, ofta i "W-sittande" (sittande med flekterade och inåtroterade höfter och knän) och kan möjligen behöva hjälp av en vuxen för att komma till sittande. Barnen ålar på mage eller kryper på händer och knän (ofta utan reciproka benrörelser) som sin främsta metod att förflytta sig själv. Barnen kan möjligen dra sig upp till stående på ett stabilt underlag och går i sidled korta sträckor. Barnen kan möjligen gå korta sträckor inomhus med handhållet förflyttningshjälpmedel (rollator) och får hjälp av en vuxen med att styra och vända.

Nivå IV-Barnen sitter på golv, när de har blivit placerade där, men kan inte hålla sig upprätta eller hålla balansen utan att använda händerna som stöd. Barnen behöver ofta anpassad utrustning för att sitta och stå. Självständig förflyttning korta sträckor (inom ett rum) utförs genom att rulla, åla på mage eller krypa på händer och knän utan reciproka benrörelser.

Nivå V-Fysiska nedsättningar begränsar viljemässig kontroll av rörelser och förmågan att bibehålla huvud- och bålställning mot tyngdkraften. Alla områden av motorisk funktion är begränsade. Funktionsbegränsningar i sittande och stående kan inte helt kompenseras genom att anpassad utrustning och tekniska hjälpmedel används. Vid nivå V har barnen inga som helst självständiga rörelser och transporteras. Några barn uppnår egen förflyttning med hjälp av eldriven rullstol med omfattande anpassningar.

Mellan 4:e och 6:e födelsedagen

Nivå I-Barnen tar sig till och från en stol och sitter på stol utan att behöva använda händerna som stöd. Barnen reser sig från golv och från sittande på stol till stående utan att behöva föremål som stöd. Barnen går inomhus och utomhus samt går i trappor. Kanske håller barnen på att utveckla förmågan att springa och hoppa.

Nivå II-Barnen sitter på stol med båda händerna fria att handskas med föremål. Barnen förflyttar sig från golv till stående och från sittande på stol till stående men behöver ofta ett stabilt underlag för att med armarnas hjälp skjuta ifrån eller dra sig upp. Barnen går utan handhållna förflyttningshjälpmedel inomhus och korta sträckor på jämnt underlag utomhus. Barnen går i trappor med hjälp av ledstång men kan inte springa eller hoppa.

Nivå III-Barnen sitter på vanlig stol men kan behöva bäcken- eller bålstöd för att optimera handfunktionen. Barnen tar sig till och från sittande på stol genom att använda ett stabilt underlag, för att med armarnas hjälp skjuta ifrån eller dra sig upp. Barnen går med handhållna gånghjälpmedel på jämnt underlag och går i trappor med hjälp av en vuxen. Barnen transporteras ofta vid förflyttning långa sträckor eller utomhus i ojämn terräng.

Nivå IV-Barnen sitter på en stol men behöver anpassad sits för bålkontroll och för att optimera handfunktionen. Barnen tar sig till och från sittande i stol med hjälp av en vuxen eller av ett stabilt underlag för att med armarnas hjälp skjuta ifrån eller dra sig upp. Barnen kan i bästa fall gå korta sträckor med rollator under tillsyn av en vuxen men har svårt att vända och bibehålla balansen på ojämnt underlag. Barnen transporteras ute i samhället. Barnen kan möjligen utföra självständig förflyttning genom att använda eldriven rullstol.

Nivå V-Fysiska nedsättningar begränsar viljemässig kontroll av rörelser och förmågan att bibehålla huvud- och bålställning mot tyngdkraften. Alla områden av motorisk funktion är begränsade. Funktionsbegränsningar i sittande och stående kan inte helt kompenseras genom att anpassad utrustning och tekniska hjälpmedel används. Vid nivå V har barnen inga som helst självständiga rörelser och transporteras. Några barn uppnår egen förflyttning med hjälp av eldriven rullstol med omfattande anpassningar.

Mellan 6:e och 12:e födelsedagen

Nivå I-Barnen går hemma, i skolan, utomhus och ute i samhället. Barnen har förmågan att gå uppför och nedför trottoarkanter utan fysisk hjälp och går i trappor utan att använda ledstång. Barnen utför grovmotoriska färdigheter så som att springa och hoppa, men hastighet, balans och koordination är nedsatt. Barnen kan delta i fysiska aktiviteter och sporter beroende på personliga val och omgivnings faktorer.

Nivå II-Barnen går i de flesta omgivningar. Det kan förekomma att barnen upplever svårigheter med att gå långa sträckor och hålla balansen i ojämn terräng, slutningar, folksamlingar, trånga utrymme eller när de bär föremål. Barnen går uppför och nedför trappor med stöd av ledstång eller med fysisk hjälp om det inte finns någon ledstång. Utomhus och i samhället kan det förekomma att barnen går med fysisk hjälp, ett handhållet förflyttningshjälpmedel eller använder hjulburen förflyttning när de förflyttar sig långa sträckor. I bästa fall har barnen endast begränsad förmåga att klara grovmotoriska färdigheter såsom att springa och hoppa. Begränsningar i att utföra grovmotoriska färdigheter kan medföra att anpassningar blir nödvändigt för att göra deltagande i fysiska aktiviteter och sporter möjlig.

Nivå III-Barnen går genom att använda handhållna förflyttningshjälpmedel i de flesta omgivningar inomhus. I sittande kan barnen behöva ett bälte för att hålla bäckenet på plats och hålla balansen. I förflyttningar från sittande till stående och från golv till stående behövs fysisk hjälp av en person eller stödjande underlag. Vid förflyttningar över långa sträckor använder barnen någon form av hjulburen förflyttning. Barnen går möjligtvis uppför och nedför trappor genom att hålla i en ledstång, under uppsikt eller med fysisk hjälp.

Begränsningar i gången kan kräva anpassningar för att göra delaktighet i fysiska aktiviteter och sporter möjlig, inkluderar att själv köra manuell rullstol eller eldriven förflyttning.

Nivå IV-Barnen använder förflyttningsmetoder som kräver fysisk hjälp eller eldriven förflyttning i de flesta omgivningar. Barnen behöver anpassat sittande för bål- och bäckenkontroll och fysisk hjälp för de flesta förflyttningarna. Hemma förflyttar sig barnen på golv (rullar, ålar eller kryper), går korta sträckor med fysisk hjälp, eller använder eldriven förflyttning. När barnen placeras kan de använda gästol hemma eller i skolan. I skolan, utomhus och ute i samhället transporteras barnen i en manuell rullstol eller använder eldriven förflyttning. Begränsningar i rörelseförmågan nödvändiggör anpassningar för att göra delaktighet i fysiska aktiviteter och sporter möjlig, inkluderar fysisk hjälp och/eller eldriven förflyttning.

Nivå V-Barnen transporteras i en manuell rullstol i alla omgivningar. Barnen 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/eller rörelseförmåga men begränsningar kan inte helt kompenseras med utrustning. Förflyttningar kräver fullständig fysisk hjälp av en vuxen. Hemma kan möjligen barnen röra sig själv korta avstånd på golv eller bli burna av en vuxen. Barnen klarar möjligtvis att förflytta sig själv med hjälp av eldriven förflyttning med omfattande anpassningar för att uppnå sittande och kontroll. Begränsningar i rörelseförmåga kräver anpassningar för att göra delaktighet i fysiska aktiviteter och sporter möjlig, inkluderar fysisk hjälp och användning av eldriven förflyttning.

Mellan 12:e och 18:e födelsedagen

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

Nivå II-Ungdomarna 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 ungdomarna går med handhållna förflyttningshjälpmedel för säkerhetens skull. Utomhus och i samhället kan ungdomarna använda hjulburna hjälpmedel vid förflyttningar över långa avstånd. Ungdomarna 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.

Nivå III-Ungdomarna kan gå med handhållna förflyttningshjälpmedel. Jämfört med individer i andra nivåer, visar ungdomar i nivå III mer varierade förflyttningsmetoder beroende på fysisk förmåga, miljömässiga och personliga faktorer. I sittande kan det förekomma att

ungdomarna 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 kan ungdomarna själv köra en manuell rullstol eller använda eldriven förflyttning. Utomhus och i samhället transporteras ungdomarna i rullstol eller använder eldrivna förflyttningshjälpmedel. Ungdomarna 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.

Nivå IV-Ungdomarna använder hjulburen förflyttning i de flesta omgivningar. Ungdomarna behöver anpassat sittande för kontroll av bäcken och bål. Fysisk hjälp från en eller två personer behövs vid förflyttningar. Ungdomarna kan ta stöd på sina ben för att hjälpa till med stående förflyttningar. Inomhus kan ungdomarna möjligen gå korta sträckor med fysisk hjälp, använda hjulburen förflyttning eller använda en gästol om de placeras där. Ungdomarna har fysisk förmåga att hantera en eldriven rullstol. När en elrullstol inte är lämplig eller tillgänglig transporteras ungdomarna 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.

Nivå V-Ungdomarna transporteras i en manuell rullstol i alla omgivningar. Ungdomarna 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 ungdomarna 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.

Referenser:

- Lundkvist A, Nordmark E. Svensk översättning av Gross Motor Function Classification System Expanded & Revised (GMFCS-E&R). 2007. Tillgänglig på: www.cpup.se 20131217.
- Palisano R, Rosenbaum P, Bartlett D, Livingston M. GMFCS–E&R Gross Motor Function Classification System Expanded and Revised. 2007. CanChild Centre for Childhood Disability Research, McMaster University. Tillgänglig på www.canchild.ca 2013-12-17.
- 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. Volume 50, Issue 4, Date: April 2008, Pages: 249-253.

Functional Mobility Scale (FMS) (version 2).

The Functional Mobility Scale (FMS) (version 2) har utvecklats vid Hugh Williamson Gait Laboratory, The Royal Children's Hospital, Melbourne, Australia, Part of the Gait CCRC. FMS är validerat för åldrarna 4-18 år men används även för barn under fyra år. FMS 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/föräldern (ingen direkt observation). För att få svar på vad barnet vanligtvis gör, är det viktigt hur man ställer frågorna till barnet/föräldrarna. Frågorna kan ställas på följande sätt: - Hur förflyttar sig ditt barn vid kortare sträckor i hemmet? (5 m)

- Hur förflyttar sig ditt barn inom och mellan klassrum i skolan?(50 m)

- Hur förflyttar sig ditt barn 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 barnets nuvarande funktion vid respektive avstånd. Ange vad barnet **GÖR** inte vad han/hon kan! Gradera utifrån hur det ser ut i barnets egen omgivning, t ex. finns det inga trappor behöver barnet ej kunna gå i trappor för att barnets funktionella rörelseförmåga skall klassificeras som självständig. Det räcker då med att barnet är helt självständigt i den miljön som han/hon **vanligtvis vistas i**.

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

(Förtydligande: Används då ett barn 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: Gäller även i förskolemiljö (50 m) för små barn dvs. att de förflyttar sig krypande (växelvis eller ej växelvis), maskrypande, ålande, stjärthasande. C Används aldrig uti i samhället (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 rullstol.

- Kör rullstol.

- Åker vagn.

- Tar steg med mycket stöd av person.

- Går i "gåstol" ex Pony, NF-walker.

- Blir buren.

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

- Går med rollator.

- Går med gåbord.

- *Går med betastöd.*

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

- *Går med en kryckkäpp.*

- *Går med kryckkäppar.*

- *Går med fyrpunktsstöd.*

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

- *Går med en stödkäpp.*

- *Går med 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.

Referenser:

- Graham HK, Harvey A, Rodda J, Natrass 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.
- Den text som angetts med kursiv stil baseras på personliga kommentarer från Adrienne Harvey 2008-04-16.
- Gudmundsson C, Nordmark E. Svensk översättning av The Functional Mobility Scale. 2008. Tillgänglig på: www.cpup.se 2013-12-17.

Sid 2

PPAS, postural förmåga ryggliggande

Posture and Postural Ability Scale. 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.

Personen instrueras att lägga sig på rygg och att sedan sätta sig upp igen dvs. ta sig i och ur ryggliggande. Om personen inte kan detta själv placeras den i ryggliggande och instrueras, guidas utifrån sin kognitiva, språkliga och motoriska förmåga att ligga kvar utan stöd, initiera flexion av bålen (försöka lyfta huvudet), göra en tyngdöverföring lateralt och återgå till ursprungsläget, sätta sig upp (dvs ta sig ur positionen).

- 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*)

Sid 2

PPAS, position ryggliggande (bedömning av symmetri/asymmetri)

Personen instrueras att ligga på rygg så rakt som möjligt eller placeras så rakt som möjligt i ryggliggande och sedan vila, slappna av. Går även att bedöma utifrån foto.

Markera 1 p = ja för symmetri, 0 p = nej för asymmetri (totalt 0-6 poäng per del).

Titta framifrån:

- 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?

Titta från sidan:

- Är huvudet i medellinjen eller devierar det framåt/bakåt?
- Är bålen i neutralläge eller finns det tendens till kyfos eller extension ”skjuter rygg”?
- Är bäckenet i neutralläge eller är det tippat framåt/bakåt?
- Är benen raka med sträckta höfter och knän?
- Vilar fötterna i neutralläge dvs. avspända i lätt plantarflexion?
- Är vikten jämnt fördelad?

Sid 2

PPAS, postural förmåga sittande

Posture and Postural Ability Scale. 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.

Personen instrueras att sätta sig på britsen och att sedan resa sig upp igen dvs. ta sig i och ur sittande. Om personen inte kan detta själv placeras den i sittande och instrueras, guidas utifrån sin kognitiva, språkliga och motoriska förmåga att sitta kvar utan stöd, luta sig framåt-bakåt innan för understödsytan, göra en tyngdöverföring lateralt och återgå till ursprungsläget, resa sig upp (dvs. ta sig ur positionen).

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 en bäckenhalva till den andra*)

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

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

Sid 3

PPAS, position sittande på brits (bedömning av sittställning, symmetri/asymmetri)

Personen instrueras att sitta så rakt som möjligt eller placeras så rakt som möjligt i sittande och sedan slappna av. Ge så mycket stöd personen behöver för att bli kvar i sittande. Ange om personen bedöms i sittande utan stöd eller med stöd. Om britsen inte är höj- och sänkbar så använd gärna pall för att ge stöd för fötterna i rätt höjd, annars påverkas både höft, knä och fotvinkel. Går även att bedöma utifrån foto.

Markera 1 p = ja för symmetri, 0 p = nej för asymmetri (totalt 0-6 poäng per del)

Titta framifrån:

- 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?

Titta från sidan:

- Är huvudet i medellinjen (lodlinjen) eller devierar det framåt/bakåt?
- Är bålen i neutralläge eller finns det tendens till kyfos eller extension ”skjuter rygg”?
- Är bäckenet i neutralläge eller är det tippat framåt/bakåt?
- Är båda höfterna böjda (ca 90 grader)?
- Är båda knäna böjda (ca 90 grader)?
- Är båda fötterna i neutralläge med fotsulorna i golvet eller är de i spetsfot eller felställda på annat sätt?

Referenser:

- 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.
- Rodby-Bousquet E, Persson-Bunke M, Czuba T. Psychometric evaluation of the Posture and Postural Ability Scale for children with cerebral palsy. *Clin Rehabil.* 2016 Jul;30(7):697-704.

Sid 3

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.

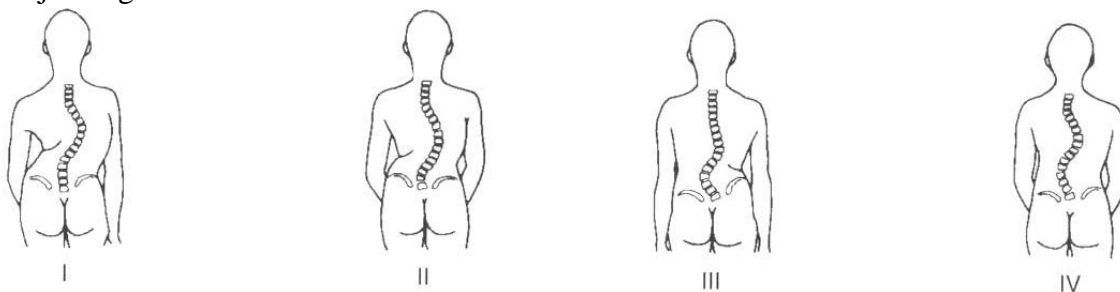
Välj först och främst sittande utgångsställning med korrektion för eventuell bäckentippning. Om bedömningen görs i stående är det viktigt **med korrektion för eventuell bäckentippning på grund av benlängdsskillnad eller kontrakturer i nedre extremiteterna**. Är detta inte heller möjligt görs bedömningen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

Ange om personen har skolios. OM svaret är ja, ska även följande anges:

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

Lätt skolios	Skolios som endast ses vid framåtböjning med rakt bäcken.
Måttlig skolios	Skolios som är uppenbar både vid framåtböjning och med upprätt rygg.
Uttalad skolios	Skolios som kräver sidostöd vid upprätt sittande eller stående.

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.*)

Referens: Persson-Bunke M, Czuba T, Hägglund G, Rodby-Bousquet E. Psychometric evaluation of spinal assessment methods to screen for scoliosis in children and adolescents with cerebral palsy. *BMC Musculoskelet Disord.* 2015 Nov 14;16:351.

Sid 4

Spinal ortos – Korsett

Inkluderar alla typer av individuellt anpassade spinala ortoser som thoracolumbosacral ortos (TLSO) och lumbosacral ortos (LSO).

Ange mål med den spinala ortosen, om ortosen har avsedd effekt och användningstid.

Motverka felställning innefattar att förebygga, korrigera eller stabilisera felställning i bålen dvs påverka kroppsstruktur.

Övriga tre mål är inriktade på funktion och aktivitet.

Bibehålla position innebär att stabilisera/positionera för att underlätta att sitta och stå.

Förbättra arm- handfunktion och förbättra huvudkontroll anges i de fall detta är målet med ortosen. Fler mål kan anges.

Sid 4

Sitthjälpmedel: Ange om barnet/ungdomen använder rörelsetekniskt eller ortopedtekniskt hjälpmedel för att sitta. Ange typ av sitthjälpmedel (fler alternativ kan anges) samt hur många timmar/dygn barnet sitter. Markera om barnet använder sitthjälpmedel i kombination med ortoser för nedre ex som tex AFO eller spinal ortos (korsett).

Sid 5

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).

Sid 5

Ståhjälpmedel: Ange om personen använder ståhjälpmedel och kryssa för lämpligt tidsintervall för användningstid. För ståhjälpmedel kan flera alternativ anges t.ex. ståskal i kombination med tippbräda, markera i dessa fall båda. Stårullstol innefattar såväl rullstol med ståfunktion som ståstöd med drivhjul som möjliggör förflyttning.

Ange abduktionsvinkel i stående för ”sämst sida”. Ange även om personen står vertikalt nära lodlinjen eller är tiltad mer än 10 grader från lodlinjen. Ortopediska skor eller annat som används i kombination med ståhjälpmedel redovisas inte under detta avsnitt. (Det går att skriva en kommentar i stora kommentarrutan, i slutet av formuläret, om så önskas).”

Sid 5

PPAS, postural förmåga stående

Posture and Postural Ability Scale. 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.

Personen instrueras att ställa sig. Om personen inte kan detta själv placeras den i stående och instrueras, guidas utifrån sin kognitiva, språkliga och motoriska förmåga att stå kvar utan stöd, luta sig framåt-bakåt innan för understödsytan, göra en tyngdöverföring lateralt och återgå till ursprungsläget, flytta en fot framåt, gå och stanna.

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, position stående (bedömning av stående ställning, symmetri/asymmetri)

Personen instrueras sitta stå rakt som möjligt eller placeras så rakt som möjligt i stående och sedan slappna av. Ange om personen bedöms i stående ”utan stöd” eller ”med stöd” från annan person eller externt stöd som tex ledstång, rollator alternativt ”i ståhjälpmedel”. Går även att bedöma utifrån foto.

Markera 1 p = ja för symmetri, 0 p = nej för asymmetri (totalt 0-6 poäng per del).

Titta framifrån eller bakifrån:

- 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?

Titta från sidan:

- Är huvudet i medellinjen (lodlinjen) eller devierar det framåt/bakåt?
- Är bålen i neutralläge eller finns det tendens till kyfos eller extension ”skjuter rygg”?
- Är bäckenet i neutralläge eller är det tippat framåt/bakåt?
- Är båda benen raka med sträckta höfter och knän?
- Är båda fötterna i neutralläge med fotsulorna i golvet eller är felställda?
- Är vikten jämnt fördelad eller är all vikt på framfot eller häl?

Referenser:

- Rodby-Bousquet E, Ágústsson A, Jónsdóttir G, Czuba T, Johansson A-C, Häglund 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.
- Rodby-Bousquet E, Persson-Bunke M, Czuba T. Psychometric evaluation of the Posture and Postural Ability Scale for children with cerebral palsy. Clin Rehabil. 2016 Jul;30(7):697-704.

Sid 6

Rullstol inomhus och utomhus

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 6

Cyklar: Ange det vanligaste förekommande under tiden sedan föregående bedömning. Har det varierat så ange genomsnittet.

Sid 6

Förflyttning i trappor

Observera att frågorna ”Tar sig själv uppför trappa” samt ”Tar sig själv nedför trappa” avser om barnet kan göra detta självständigt.

Svaret på dessa frågor kan alltså vara ”nej”, samtidigt som svaret på ”Går uppför trappa” kan vara ”med levande stöd”. I det fall då barnet/ungdomen inte kan gå i trappor med/utan hjälp skall ”nej” fyllas i på frågorna: ”Tar sig själv uppför trappa”/”Tar sig själv nerför trappa” och frågorna: ”Går uppför trappa”/”Går nerför trappa” lämnas tomma.

Sid 7

Smärta

Smärtrapportering enligt SF-36. Ange vem som besvarat smärtfrågorna. Ange om personen har ont, smärtintensitet och smärtlokalisering under de senaste fyra veckorna. Om det inte är någon smärta anges ”ingen värk eller smärta” på de olika smärtlokaliseringarna Använd gärna VAS-skala, 6-gradig ansiktsskala eller bildstöd för att underlätta.

Ange även i vilken utsträckning smärtan har stört personens normala, vardagliga aktiviteter som tex förskola/skola eller sömn. Detta är 5-gradiga alternativ och här används med fördel 5-gradig ansiktsskala eller bildstöd.

Sid 8

Operationer, spasticitetsreducerande behandling och seriegipsning

Här anges om personen opererats, fått spasticitetsreducerande behandling eller seriegipsning sedan föregående bedömningstillfälle. Under operation kan samtliga operationer registreras dvs även shuntoperation och PEG.

Operationer kan även anges med operationskod i det separata operationsformuläret i 3C. Detta görs med fördel vid multilevel surgery för att få med samtliga ingrepp. Vem som fyller i uppgifter i det separata operationsformuläret avgörs lokalt (se ansvarig på hemsidan under deltagande enheter/kontakt).

Sid 8

Fraktur:

Avser alla sorters frakturer (svara ”ja” eller ”nej”).

Sid 9

Ortoser nedre ex - Definitioner enligt ISO:

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.

Mål med ortos:

Ortoser för barn med CP är vanligtvis utformade utifrån ett eller två *huvudsakliga* mål; att påverka kroppens struktur och/eller underlätta funktion.

Aktuella ortoser för kontrakturbehandling: Ange de ortoser som barnet/ungdomen använder. Ange den **totala** användningstiden under ett dygn (kryssa för lämpligt tidsintervall). Detta gäller ortoser som används både i aktivitet och vila.

Förklaring: Avser ortoser som används för att motverka kontraktur eller bibehålla/öka passiv rörlighet. Avser även ortoser för att motverka deformitet. **Hur:** Ortosen ska positionera leden i fördelaktigt läge över tid och motverka deformerande krafter. **Utvärdering:** ROM

Aktuella ortoser för funktion:

1. Förbättra gångförmåga

Förklaring: Avser ortoser som används för att påverka förmågan att förflytta sig till fots.

Hur: Ortosen ska stabilisera och/eller kontrollera ledrörelser och därmed påverka belastningen på kroppens leder och muskler. Med ortoser avses förutsättningarna för gång (stabil stödben, tydlig svängfas, positionering av svängben inför fotisättning, adekvat

steglängd, energibesparande gångmönster) påverkas. **Utvärdering:** T.ex. gångsträcka, förmågan att gå på olika underlag, förmåga att gå runt hinder.

2. Förbättra balans/ge stabilitet

Förklaring: Avser ortoser som används för att påverka förmågan att ändra och bibehålla kroppsställning i liggande, sittande eller stående samt för att underlätta överflyttningar.

Hur: Ortosen ska stabilisera och/eller kontrollera ledrörelser för optimal positionering av segmenten. Ortoserna avser öka förutsättningarna för stående, sittande och liggande genom gynnsam tyngdpunktspacering inom understödsytan. **Utvärdering:** T.ex. förmågan att ta sig från sittande till stående eller bibehålla en sittande eller stående position.

3. Underlätta träning

Förklaring: Ortoser som används för att underlätta träning/inläring av motoriska färdigheter. **Hur:** Ortosen ska styra led rörelse alternativt fixera en led för att underlätta kontroll av rörelser i närliggande led/leder. Ortosen kan även verka för gynnsam positionering av segmenten. **Utvärdering:** T.ex. individuell måluppfyllelse.

4. "Annat"
Här kan ortoser för både förbättrad funktion(aktivitet) och kroppsstruktur anges. Exempel på "annat" kan vara; ortoser för postoperativ positionering, smärtlindring eller yttre skydd.

Referens: Condie DN, Meadows CB. ISPO Report of a Consensus Conference on the Lower Limb Orthotic Management of Cerebral Palsy, 10-12 November 1994, Durham, NC, USA.

Tillgänglig på: <http://www.ispoint.org/educational-materials/ispoconsensusconferencelower-limb-orthotic-management-cerebral-palsy-20141124>

Sid 9

Bedömning av fot

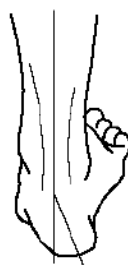
Ange om personen kan belasta båda fötterna. All form av belastning av båda fötterna, med eller utan levande stöd, är tillåten. Det vill säga: hela foten måste inte belastas. Ange om belastad höger respektive vänster häl är normal, i varus- eller valgusställning. OBS! Kan personen inte belasta fötterna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



Normal



Varus



Valgus

Sid 10

Muskeltonus – saxning vid gång/aktivitet: Exempel på aktiviteter för barn som ej går: förflyttar sig på golvet, gör någonting i liggande/sittande exempelvis leker, aktiviteter som är utlösta av emotioner eller hastighet t.ex. glädje, rädsla.

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.

Höftflexorer Ryggliggande (för benet i flexion-extension, känn efter tonus när höften extenderas/sträcks)

Höftextensorer Ryggliggande (för benet i flexion-extension, känn efter tonus när höften flekteras).

Adduktorer Ryggliggande, extenderade knän och höfter. (Ben förs i abduktion-adduktion, känn efter tonus då ben förs i abduktion).

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

Knäextensorer Ryggliggande, 90° höftflexion (känn efter tonus då knä flekteras/böjs).

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

Sid 10

Rörelsestatus passiv ledrörlighet, utgångsställning ryggliggande:

Passiv rörlighet mäts med goniometer. Avrunda uppmätt gradtal till närmsta jämna fem/tiotal. *Anges som 0, 5, 10, 15, 20°, extensionsdefekt anges som negativt värde -5, -10, -15, -20° osv.*

Höft

Abduktion

Höftabduktionen kan mätas på två olika sätt:

1. Med extenderade höfter och flekterade knän (se bild 1). Denna utgångsställning skall användas i de fall då det är möjligt, därför kallad ”obligatorisk”.
2. Med extenderade höfter och knän. Denna utgångsställning används då ovanstående inte är möjlig eller vid de habiliteringsenheter där man kommit överens om att mäta höftörligheten på båda sätten, därför kallad ”frivillig”.

Går det ej att använda någon av de ovanstående utgångsställningarna fyller man i sitt värde på ”obligatorisk höftabduktion” och sedan fyller man i ”ja” på ”Avviker från standardiserad utgångsställning”.



Bild 1.

Utförs i ryggliggande med extenderade höfter och flekterade knän med underbenen utanför britskanten. Flekterade knän för att koppla ur hamstrings och gracilis samt extenderad höft för att få med iliopsoas. Referenser: goniometerled över SIAS på aktuell sida, fast skänkel följer en tänkt linje mellan båda SIAS, rörlig skänkel följer femur. För att förhindra bäckenrotation utförs samtidig bilateral abduktion (se bild 1).

Alternativ utgångsställning vid kraftigt ökad ländlordos är att flektera i den höft som ej mäts för tillfället (se bild 2). **Ange detta i så fall genom att markera ”Avviker från standardiserad utgångsställning”**



Bild 2.

Höft
Flexion



Bild 3.

Utförs i ryggliggande. Fixera bäckenet genom att extendera motsatt ben. Flektera i knä och höft. Referenser; goniometerled över trochanter major, fast skänkel följer bålen parallellt med columna, rörlig skänkel följer med femur (se bild 3).

Knä
Hamstringsvinkel



Bild 4.

Utförs i ryggliggande med aktuellt ben i 90° höftflexion. Fixera andra benet i extenderat läge för att fixera bäckenet. Ange knävecksvinkel; extenderat knä = 180°. Referenser: goniometerled över

knäleden, fast skänkel följer femur och syftar mot trochanter major, rörlig skänkel hålls parallellt med tibias framkant och syftar mot laterala malleolen (se bild 4).

Knäextension

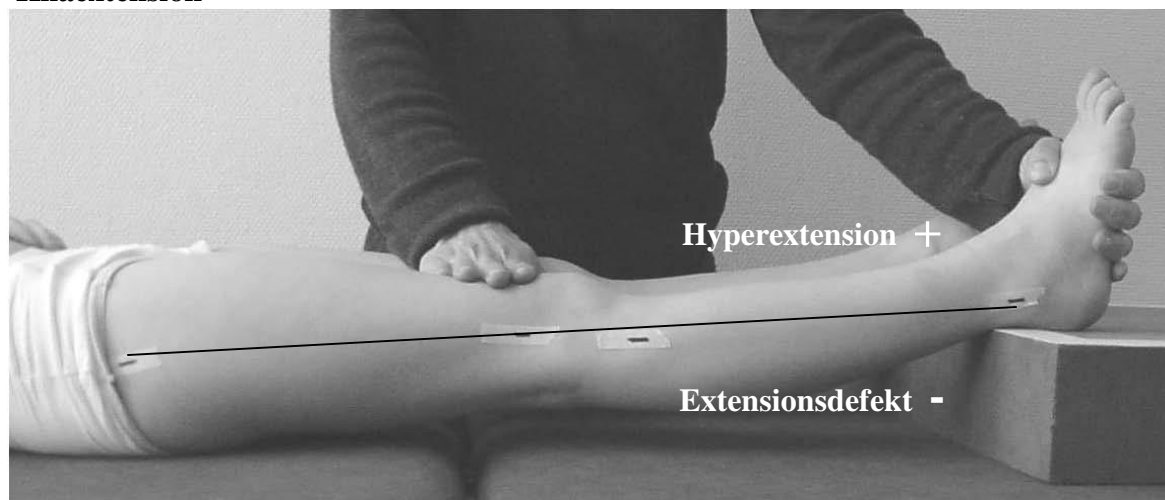


Bild 5.

Utförs i ryggliggande med extenderade höfter och knän. Extensionsdefekt anges med minus. Referenser; goniometerled över knäleden fast skänkel följer femur och syftar mot trochanter major, rörlig skänkel hålls parallellt med tibias framkant och syftar mot laterala malleolen (bild 5)

Fot

Dorsalflexion vid flekterat respektive extenderat knä

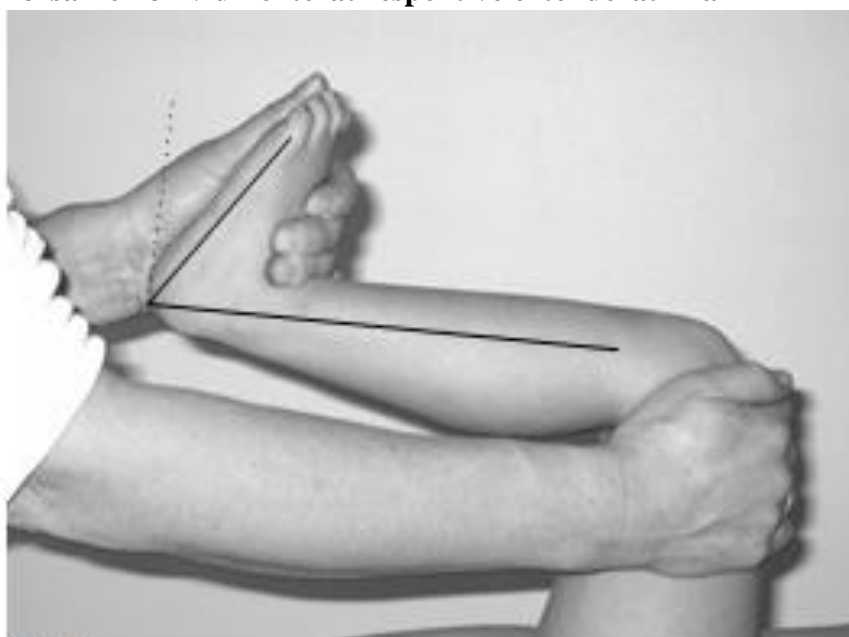


Bild 6.

Flekterat knä: Utförs i ryggliggande med flexion i höft och knä. Stabilisera den subtalara leden genom att fixera calcaneus. Supinera framfoten för att förhindra rörelser i de intertarsala lederna. 90° i fotleden = 0° Dorsalflexion nedom nolläge anges med minus. Referenser; fast skänkel hålls parallellt med tibias framkant, rörlig skänkel följer laterala fotranden, metatarsale 5 (se bild 6).

Extenderat knä: Utförs i ryggliggande med extenderade höfter och knän. Stabilisera den subtalara leden genom att fixera calcaneus. Supinera framfoten för att förhindra rörelser i de intertarsala lederna. 90° i fotleden = 0° Dorsalflexion nedom nolläge anges med minus.

Referenser; fast skänkel hålls parallellt med tibias framkant, rörlig skänkel följer laterala fotranden, metatarsale 5 (bild saknas).

Sid 10

Rörelsestatus passiv ledrörlighet, utgångsställning magliggande:

Passiv rörlighet mäts med goniometer. Avrunda uppmätt gradtal till närmsta jämna fem/tiotal. Anges som 0, 5, 10, 15, 20°, extensionsdefekt anges som negativt värde -5, -10, -15, -20° osv.

Höft forts.

Inåt- och utåtrotation - med flekterade knän



Bild 7. Inåtrotation



Bild 8. Utåtrotation

Utförs i magliggande med extenderade höfter och flekterat knä. Fixera bäckenet för att stabilisera det och minimera bäckenrotation. Roterar i höften tills det är stopp. Referenser; fast skänkel mot britsen, rörlig skänkel följer tibias framkant (se bild 7 och 8).

Elys test



Bild 9.

Görs för att testa stramhet i rectus femoris. Rectus är en tvåledsmuskel och i likhet med test av stramhet i andra tvåledsmuskler som hamstrings (popliteavinkel) och gastrocnemius (dorsalflexion med rakt knä) görs rörelseuttaget långsamt.

Utförs i magliggande med extenderade höfter, fixerat bäcken, flektera i knä, se bild 9.

Referenser; goniometerled över knäleden, fast skänkel följer femur, syftar mot trochanter major, rörlig skänkel hålls parallellt med tibias framkant och syftar mot laterala malleolen (se bild 9).

Ange den vinkel som markeras av den vita pilen dvs knäflexion från rakt knä vid det gradtal när bäckenet vill ”lyfta”.

Höft extension



Bild 10.

Mäts i första hand i magliggande med benen utanför britskanten, viktigt att bäckenet är i ett plant läge. Fixera bäckenet, extendera ett ben, se bild 10. Eventuell defekt upp till horisontalläget anges med minus. Går det ej att mäta i magliggande, ange alternativ utgångsställning där bäcken hålls i ett plant läge.

Referenser; fast skänkel följer bålen, parallellt med columna, rörlig skänkel följer femur-referenspunkt; trochanter major (se bild 10).

Sid 11

Fysioterapi

Avsikten med detta avsnitt är att få en uppfattning om personen har erhållit fysioterapeutiska insatser utöver CPUP bedömning sedan föregående bedömningstillfälle.

Med fysioterapeutiska insatser menas rådgivning och insatser som avser att förebygga, undersöka och/eller behandla funktionsstörningar som begränsar eller hotar att begränsa människans rörelseförmåga. Insatserna kan ske individuellt, i grupp, i bassäng mm.

Utgångspunkten är barnet/ungdomen och vilka insatser de erhåller. Inte av vem och hur. Även delegerade uppgifter till assistenter och föräldrar och barnet själv inkluderas. Fysioterapeuten måste alltså inte vara närvarande trots att han/hon har delegationsansvaret.

Svara först på frågan ”Har erhållit fysioterapeutiska insatser utöver CPUP-bedömning sedan föregående bedömningstillfälle?”. Sedan anges hur ofta detta VANLIGTVIS skett (Obs om en träningsperiod med högre frekvens förekommit skall denna redovisas separat under nedanstående fråga). Exempel på träningsperiod med högre frekvens kan vara: NIT/målfokuserad träning under en begränsad period, bassängträning under en begränsad period, ridterapi under en begränsad period, styrketräning enskilt under en begränsad period, Move and Walk enligt principer för konduktiv pedagogik osv.

OBS! Om barnet/ungdomen använder ståskal och/eller ortoser har detta redan redovisats och skall alltså inte redovisas under detta avsnitt!

Referens: Sjukgymnastik som vetenskap och profession. Tillgänglig på:

[http://www.sjukgymnastforbundet.se/Global/Professionsutveckling/Om%20professionen/Broschyrer%20\(allmänheten\)/Definition%20av%20sjukgymnastik%20som%20vetenskap%20och%20profession.pdf](http://www.sjukgymnastforbundet.se/Global/Professionsutveckling/Om%20professionen/Broschyrer%20(allmänheten)/Definition%20av%20sjukgymnastik%20som%20vetenskap%20och%20profession.pdf) 2013-12-17.

Sid 12

Fysisk aktivitet – förskola/skola och fritid

Eftersom det finns ett belagt positivt samband mellan faktiskt utövad fysisk aktivitet och hälsa/livskvalitet är avsikten med detta avsnitt att få en uppfattning om personen sedan föregående bedömningstillfälle har:

- aktivt deltagit och utfört fysiska idrottsaktiviteter i förskole- eller skolidrott. Om ja, hur ofta?
- regelbundet deltagit och utfört fysiska fritidsaktiviteter. Om ja, hur ofta? Vilka fritidsaktiviteter?

Med fysisk aktivitet avses all kroppsrörelse som är en följd av skelettmuskulaturens sammandragning och som resulterar i ökad energiförbrukning. Begreppet fysisk aktivitet innefattar således kroppsrörelse under såväl arbetstid som fritid och alla olika former av kroppsovnings, gymnastik, motion och friluftsliv.

Exempel på **bristande ork**: Barnet orkar inte delta i någon fysisk fritidsaktivitet pga. att han/hon är trött efter skolan.

Exempel på **bristande assistans**: Barnet har behov av assistans av vuxen person under utövandet av fritidsaktivitet men har inte tillgång till det. Barnet kan inte ta sig till aktivitet själv och ingen person kan vara behjälplig i detta. Barnet kan inte delta på t.ex. ridterapi pga. allergi hos föräldrar. Barnet kan inte delta i bassäng pga. att förälder inte kan simma.
Exempel på **bristande anpassning**: Aktiviteten kan ej anpassas så att barnet kan delta. T.ex. barnet kan inte delta i en utvald/önskad fritidsaktivitet pga. att fritidsaktiviteten kräver en mindre grupp eller anpassning i form av flera vuxna ledare eller lokal i markplanet/lokaler som är handikappanpassade.

Referenser:

- 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. Tillgänglig på:
www.sbu.se/upload/publikationer/content0/1/fysisk_aktivitet.pdf.
- Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande åtgärder. Tillgänglig på:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18484/2011-11-11.pdf>.
- Holmgren H. Folkhälsa och funktionsnedsättning. Tillgänglig på:
www.folkhalsoguiden.se/upload/folkhalsoarbete/fhr2011/FHR2011del12_Funktionsnedsattning_web.pdf.

Sid 13

Kroppsfunktioner och kroppsstrukturer, bibehålla kroppsställning, ändra position, förflyttning, Aktivitet/delaktighet - personlig vård

Här efterfrågas om personen, sedan föregående bedömningstillfälle: erhållit fysioterapeutiska åtgärder som avsett befrämja och påverka rörelserelaterade funktioner och strukturer samt tränat färdigheter för att befrämja aktivitet/delaktighet.

Exempel på **ändra position**: byta kroppsställning som att ta sig från liggande till sittande, ta sig från sittande till stående, växla till annan sittställning, ta sig från ryggliggande till sidliggande, ”rätta till sig” i rullstolen osv.

Exempel på **förflyttning**: krypa, gå (med och utan hjälpmedel), ta sig mellan stol/säng/ rullstol, cykla, köra rullstol osv.

Begrepp från WHO:s klassifikation av hälsorelaterad funktionsförmåga och dess begränsningar – International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), har använts. ICF-komponenterna **kroppsfunktioner och kropps strukturer** relateras till:
Kapitel 7. Neuromuskuloskeletal och rörelserelaterade funktioner. Detta kapitel handlar om rörelsesystemets funktioner, inklusive funktioner i leder, skelett, reflexer och muskler.
Kapitel 4. Hjärt- kärlfunktioner, andningsfunktioner
Kapitel 2. Sinnesfunktioner (som hänger samman med kroppsställning, balans och rörelse) och smärtförmågor.

Motsvarande urval för ICF-komponenterna **Aktivitet/Delaktighet** återfinns i:

Kapitel 4. Förflyttning. Detta kapitel handlar om att röra sig genom att ändra kroppsställning eller att förflytta sig från en plats till en annan, att bära, flytta eller hantera föremål, att gå, springa eller klättra och att använda olika former av transportmedel.

Kapitel 5. Personlig vård (äta/dricka, personlig hygien, sköta toalettbehov, av- och påklädning).

Referenser:

- International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). WHO 2001. Svensk översättning: Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Socialstyrelsen 2003. ISBN 91-7201-755-4. Artikelnr 2003-4-1. Erlanders Gotab, Vällingby, augusti 2003.[citerad 20070101]. Tillgänglig på: www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/koderfunktionstillstandicf.
- Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa: barn och ungdomsversion (ICF-CY). Tillgänglig på: www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-4-26.

Sid 13

GMFM och PEDI

Resultaten från senast genomförda bedömning med Gross Motor Function Measure (GMFM)66 och -88 och/eller Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI) **kan registreras här enligt lokala överenskommelser.**

Referenser:

- Russell D, Rosenbaum P, Wright W, Avery L. Gross Motor Function Measure (GMFM-66 & GMFM-88). User's manual 2nd Edition, McKeith Press 2013.
- Nordmark E, Orban K. Pediatric Evaluation of Disability Inventory, PEDI. Translated and adapted by permission Center for Rehabilitation Effectiveness, Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences, 635 Commonwealth Avenue, Boston, MA 02215-1605 USA. Svensk version Psykologiförlaget AB, 1999.