



MANUAL

Till uppföljningsprogram CPUP arbetsterapeuter formulär

version 12, 180101

(nyheter i version 12 är rödmarkerade)

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

Klassifikation av kommunikation enligt CFCS I-V

Kryssa i aktuell ruta för den klass personen bedöms tillhöra enligt manual. Kryssa även i en eller flera kommunikationsmetoder enligt angivna valmöjligheter. Manualen kan hämtas på CFCS hemsida www.CFCS.us och på CPUP's hemsida. Klassifikationen kan gärna göras av/eller i samråd med logoped enligt överenskommelse inom habiliteringsteamet.

Eating and Drinking Classification System enligt EDACS I-V

Kryssa i aktuell ruta för den klass personen bedöms tillhöra enligt manual. Kryssa även i grad av stöd. Manualen kan hämtas på CPUP's hemsida.

Klassifikationen kan gärna göras av/eller i samråd med logoped enligt överenskommelse inom habiliteringsteamet.

Klassifikation av handfunktion enligt MACS I-V eller Mini-MACS I-V

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.

För barn yngre än fyra år bör Mini-MACS klassificering göras. OBS! det är barnens förmåga att hantera åldersrelevanta föremål som klassificeras.

Om MACS-nivå är svår att avgöra, gör en uppskattning och beskriv svårigheten i kommentarsrutan.

Handfunktionsklassifikation enl CPUP-modifierad House:

Varje hands greppförmåga bedöms för sig vid observation i aktiviteter som kräver två händer, se förslag på aktiviteter sid. 3 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.

Klassificeringen görs med hänsyn till åldersadekvat handfunktion.

Reliabilitet mellan olika bedömare har visat sig vara otillfredsställande när man använder de 9 funktionsklasserna, men reliabiliteten är god när man använder de 4 grupperna. Tills vidare finns de 9 klasserna kvar, men rekommendationen är att utrapportera de 4 grupperna.

<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.

Referens : 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.

Bimanuell förmåga:

Man bedömer om personen spontant kan använda två händer tillsammans i bimanuell aktiviteter.

Exempel på aktiviteter lämpliga att observera personen i:

- Trä pärlor på tråd. Variation: stora kulor på trästicka, små pärlor på tråd.
- Dela trolldag med kniv och gaffel.
- Kavla ut lera/deg.
- Leksak med snöre att dra ut för aktivering av ljud/vibration.
- Ta på mössa, hatt, halsband, vantar, sockor.
- Blåsa såpbubblor.
- Dra isär tandborstfodral. Ev lägga något i som överraskning.
- Vispa vatten och diskmedel/såpbubbelvatten i skål.
- Kasta och fånga stor boll/ballon.
- Bära/lyfta saker i balja/back/bricka med två handtag.
- Dra av och sätta på kork på tuschpennor.
- Ta isär och sätt ihop rysk docka.
- Lägga småsaker i glasburk med skruvlock, skruva av lock och plocka upp sakerna.
- Skruva av och på muttrar på tjock bult.
- Riva silkespapper och skrynkla ihop.
- Knäppa, knäppa upp knappar.
- Öppna plånbok med kardborreband/blixtlås eller portmonnä, ta upp pengar och lägga tillbaka.
- Dra upp och ner dragkedja
- Ta tandkräm på tandborste från tandkrämstubb med skruvlock.
- Kortspel
- Bygga med Duplo, Lego eller liknande.

Rörelsestatus:

Kryssa i om personen sitter eller ligger vid bedömningen. Om möjligt, rekommenderas det att rörelsestatus undersöks i **sittande** utom för utåt- och inåttrotation i axeln som mäts i **liggande** enligt referens Norkin, C.C, och White D.J (1985). Notera i kryssrutorna för axelns rörelser om mätningarna utförts liggande eller sittande.

Passiv rörlighet mäts med goniometer. Supination och pronation i underarm kan alternativt mätas med en sk. Prosupinator. Ange i så fall detta under kommentar och använd samma utgångsställning. Obs! Mät alltid på samma sätt.

Vid rörelsemätningar med resultat inom de **gröna** larmvärdesgränserna, **ange om stramhet föreligger**. Stramhet trots gröna värden kan vara ett första tecken på **begynnande muskelförkortning** som kan behöva uppmärksammas.

Vid gula eller röda värden finns alltid en stramhet vilket dock inte behöver noteras.

De angivna värdena för rörlighet i formuläret är riktlinjer för fullrörlighet.

Observera! Kommentarer kan skrivas in i databasen för det kliniska arbetet och kommer med i den personliga rapporten men bearbetas inte statistiskt. Begränsat antal skrivtecken, så skriv kort.

Axel

Rörelse	Utgångsställning	Fast skänkel	Rörlig skänkel
Abduktion	Adducerad och utåtrotterad axel med rak armbåge	Parallell med columna	Läggs dorsalt, parallellt med humerus
Flexion	Som ovan men med underarmen i neutralläge	Som ovan	Läggs lateralt, parallellt med humerus
Utåtrotation	Axel i 90° abduktion, armbåge i 90° flexion & underarm pronerad	Lodrätt i förlängningen av ulna	Parallellt med ulna som skänkeln följer i rörelsen
Inåtrotation	Som ovan	Som ovan	Som ovan

Referenser:

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.



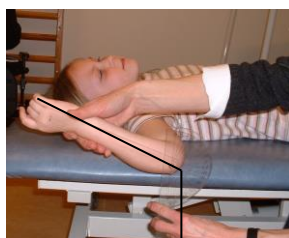
Abduktion



Flexion



Inåtrotation



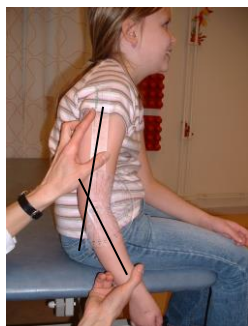
Utåtrotation

Armbåge

Rörelse	Utgångsställning	Fast skänkel	Rörlig skänkel
Extension	Axel adducerad. underarm supinerad	Läggs lateralt, parallellt med humerus	Läggs lateralt, parallellt med radius
Flexion	Som ovan	Som ovan	Som ovan

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

Referens: American Society of Hand Therapists. Clinical Assessment Recommendations. 2 ed. Chicago: The American Society of Hand Therapists, 1992.



Armbågsextension

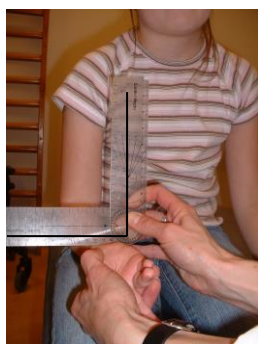


Armbågsflexion

Underarm

Rörelse	Utgångsställning	Fast skänkel	Rörlig skänkel
Supination	Axel adducerad med överarmen fixerad mot bröstkorgen & armbågen i 90°	Lägges parallell med humerus	Lägges volart över handleden
Pronation	Som ovan	Som ovan	Lägges dorsalt över handleden

Referens: American Society of Hand Therapists. Clinical Assessment Recommendations. 2 ed. Chicago: The American Society of Hand Therapists, 1992.



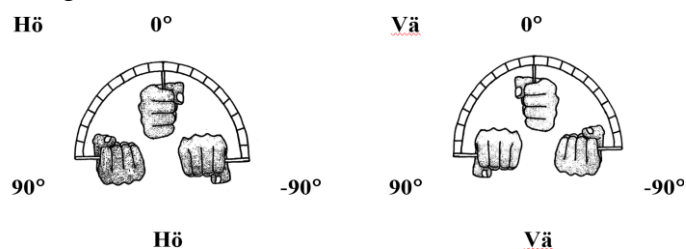
Supination



Pronation

Aktiv supination mäts med goniometer, barnet ombeds själv supinera.

Om detta inte är möjligt, uppskatta aktiv supination och rita in på skalan var supinationsrörelsen startar och slutar. OBS! Tänk på att den aktiva supinationsrörelsen börjar redan vid – 90°, d.v.s. från full pronation. Så fort man kan aktivera supinatoren har man en aktiv supination även om man inte når upp till 0 grader. Då blir det ett mätvärde med ett minustecken framför.



Om ingen aktiv supination kan noteras, kryssa i aktuell ruta.

Handled

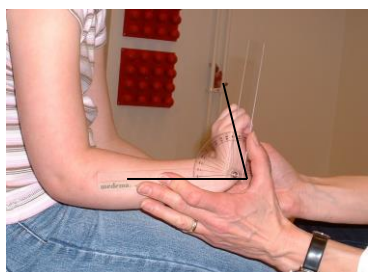
Rörelse	Utgångsställning	Fast skänkel	Rörlig skänkel
Extension med böjda fingrar	Underarm i pronerat läge	Läggs ulnart, parallellt med radius	Läggs ulnart, parallellt med metacarpale V
Extension med raka fingrar tills fingrarna börjar böja sig*			
Extension med raka fingrar till max läget			
Flexion	Som ovan	Läggs ulnart, parallellt m radius	Läggs ulnart, parallellt m metacarpale V
Ulnardeviation	Underarm pronerad med handled i neutralläge	Läggs dorsalt, parallellt med mittlinjen på underarmen	Läggs parallellt med mittlinjen på metacarpale III
Radialdeviation	Som ovan	Som ovan	Som ovan

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

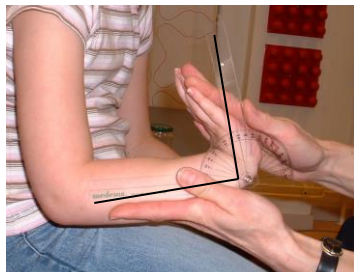
Referenser:

American Society of Hand Therapists. Clinical Assessment Recommendations. 2 ed. Chicago: The American Society of Hand Therapists, 1992.

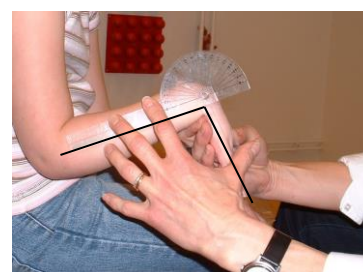
Norkin, C.C. & White, D.J Measurement of Joint Motion. Ed 2, Philadelphia: F.A. Davis, 1985.



Extension med böjda fingrar



Extension med raka fingrar till max-läge



Handledsflexion

(Bildillustration saknas för extension med raka fingrar tills fingrarna börjar böja sig, men se "interaktiv manual" på CPUP's hemsida).



Ulnardeviation



Radialdeviation

*Denna vinkel indikerar om fingrarnas långa böjmuskler är/börjar bli förkortade. Om fingrarna börjar böja sig innan passiv sträckning med raka fingrar nått maxläger, har en förkortning börjat ske och intervention bör övervägas. Om böjningen startar redan när handleden är i medelläge (0°) bör intervention sättas in.

Tumme

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

Tumme nytt förslag på mätning av tummen finns som appendix i denna manual. Den tidigare klassificeringen av tummen enligt House utgår p.g.a. dålig reliabilitet mellan bedömare. Det nya förslaget ska testas under 2018. Se mer information sist i denna manual.

Samtidig handleds- och fingersträckning enligt Zancolli:

Denna klassifikation avser att gradera graden av **aktiv sträckförmåga i fingrarna med handleden i olika lägen.**

Kräver aktiv medverkan, **personen behöver aktivt försöka sträcka fingrar och handled samtidigt. Kan eventuellt observeras vid uppmaning till "high five" men detta är svårt att observera i aktivitet.** Man anger det personen kan klara, inte vad den använder mest.

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

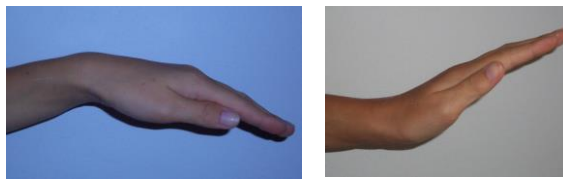
Grupp 1 + X

Kan aktivt sträcka fingrarna fullt med handleden extenderad 20° eller mer. Detta innebär att både "Grupp 1" och "X" ska markeras.



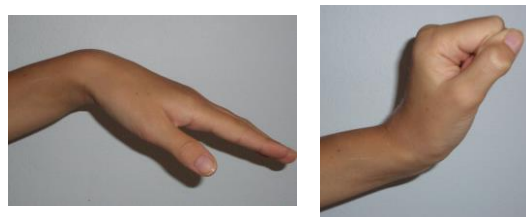
Grupp 1

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



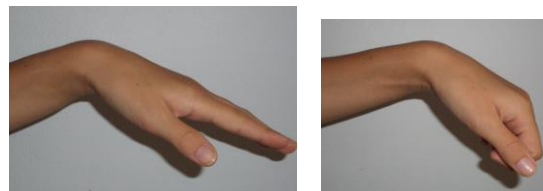
Grupp 2 A

Kan aktivt sträcka fingrarna fullt men bara om handleden är böjd mer än 20° **och** 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° **men** kan inte aktivt extendera handleden, **(inte ens med böjda fingrar)**.



Grupp 3

Kan varken sträcka fingrar eller handled.



Arbetsterapi: Kryssa i aktuella rutor för de insatser personen tagit del av sedan förra mättillfället, under det senaste året om detta är första CPUP-bedömningen, eller under senaste året om föregående tillfälle var för mer än 1 år sedan. Flera alternativ kan vara aktuella. Om fler än en interventionsperiod har genomförts under senaste året med samma typ av insats gör en genomsnittlig skattning av frekvens och tidsperiod. Kommentarer kan skrivas under ”övriga kommentarer” sist i formuläret.

Med ”Arm-handträning enligt specifik metod/koncept under begränsad tid” menas t.ex.;

- modifierad CI-terapi (för beskrivning av olika modeller se Eliasson et al. 2013)
- bimanuell träning som Habit (Gordon et al. 2007) eller bimanuell arbetsterapi (Hoare et al. 2010)

Alternativ behandling är behandlingar som inte tillhandahålls inom er ordinarie habilitering eller sjukvård. Det kan t ex vara terapiridning, akupunktur eller konduktiv pedagogik enligt Petö eller Move and Walk.

Referenser:

Eliasson, A. C., Krumlinde-Sundholm, L., Gordon, A. M., Feys, H., Klingels, K., Aarts, P. B. M., Rameckers, E., Autti-Rämö, I. and Hoare, B. Guidelines for future research in constraint-induced movement therapy for children with unilateral cerebral palsy: an expert consensus. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2013

Hoare BJ, Imms C, Rawicki HB, Carey L. Modified constraint-induced movement therapy or bimanual occupational therapy following injection of Botulinum toxin-A to improve bimanual performance in young children with hemiplegic cerebral palsy: a randomised controlled trial methods paper. *BMC Neurol*. 2010 Jul 5;10:58.

Tabellen för hjälpmedel har utgått. Den gav inte någon säker eller användbar information, varken på individ eller registerdata nivå.

Ortoser:

Kryssa i om barnet har ortos eller inte.

Om barnet har ortos men inte använder den kryssa även i ”har ortos men använder den ej”.

Ange gärna orsak under kommentarer.

Ange om ortosen huvudsakligen syftar till att understödja funktion eller passiv töjning.

En ortos för passiv töjning har syftet att bibehålla eller förbättra muskellängd/rörelseomfång. Det är oftast ortoser som används på natten.

En ortos för funktion har syftet att direkt underlätta/förbättra aktivt användande av handen i aktivitet. Det är alltså ortoser som används i aktivitet.

Kryssa för vilka leder ortosen avser att påverka.

En ortos kan påverka flera leder och kan därför representeras av flera kryss. Endast ortoser som **används** ska beskrivas.

Notera om ortos för kontrakturprofylax används mer eller mindre än 6 tim/dygn i aktuell ruta.

Ange om någon annan typ av ortos används för övre extremiteterna under kommentarer.

Handkirurgi/botulinumtoxin

Hand/armoperation sedan förra mättillfället:

Markera Ja eller Nej. Datum och typ av operation noteras om möjligt.

Botulinumtoxin-injektioner sedan förra mättillfället:

Markera Ja eller Nej. Datum och vilka lednivåer som injicerats markeras om möjligt. Under lednivå finns exempel på muskler som kan vara injicerade.

Ange också om personen behandlas med **spasticitetsreducerande medicin**.

PEDI

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

AHA

Om AHA har utförts sedan senaste CPUP-mätningen ange datum, **AHA version (4.4, 5.0, Mini-AHA eller BoHA)** summapoäng och **Logitbaserade AHA/Mini-AHA/BoHA-units (för version 5.0)**.

APPENDIX A, mätning av tummen, formulär och manual.

Del I och del II av tummens mätningar är från 2018 införda på prov. Eftersom den tidigare tum-House skalan visat sig ha helt otillfredsställande interbedömarreliabilitet.

Det nya förslaget på tummätning behöver prövas för reliabilitet innan den införs i registret. Därför finns den med här för egen användning. Resultaten kan journalföras men den går inte att registrera i 3C under 2018. Pröva gärna och kom med synpunkter!

Vi i arbetsgruppen för AT formuläret tar gärna emot era synpunkter på hur det gått att genomföra mätningarna.

Vill ni delta i en reliabilitetsprövning? Vi behöver pröva mellan-bedömare reliabilitet, dvs överensstämmelse mellan två bedömares resultat under samma mättillfälle samt för test-retest bedömning, d.v.s. samma person mäter med mindre än 2 veckors mellanrum. Kontakta någon av oss så skickar vi information om hur det kan gå till.

Susanne Nicklasson; Susanne.Nicklasson@regionhalland.se

Jenny Hedberg Graff; Jenny.Hedberg.Graff@dll.se

Kerstin Doxner; Kerstin.Doxner@sll.se

Lena Krumlinde Sundholm; Lena.Krumlinde.Sundholm@ki.se

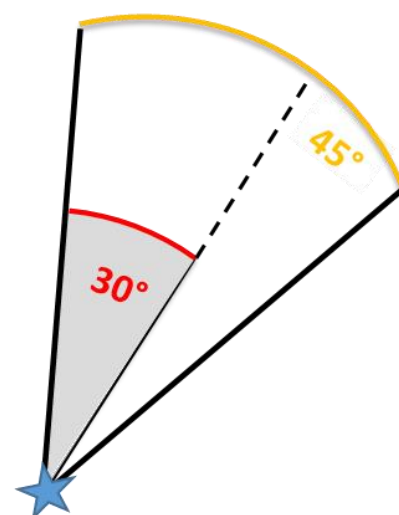
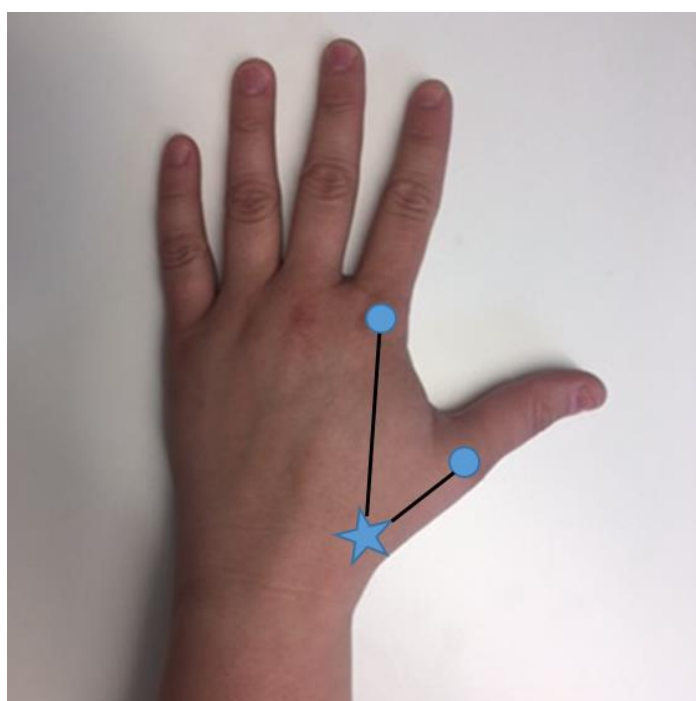
Tummen, del II, Manual. Instruktioner för mätning av radialabduktion, enligt IZA's tumklassifikation.

- Rita ut mätpunkterna enligt bilden, MCP, IP och Fossa tabatierre ("snusgropen").
- Placera handen platt på ett bord, om möjligt.
- Be personen föra ut tummen så långt det är möjligt i ett radialabducerat läge (aktiv rörlighet).
- För ut tummen så långt det är möjligt i ett radialabducerat läge (passiv rörlighet).
- Placera vinkelmallen med utgångsläget i "snusgropen". ★
- Lägg den ena sidan av mallen längs pekfingeret till mitten av knogen för MCP II.
- Skatta med hjälp av mätmallen vinkeln till mitten av tummens IP-led.
- Resultatet anges med en siffra, 1-4 för aktiv rörlighet och med en bokstav, A-D för passiv rörlighet.

vinkel	larmvärde	Aktiv rrl	Passiv rrl
$>45^\circ$	grönt	1	A
$>30 - 45^\circ$	gult	2	B
$\leq 30^\circ$	rött	3	C
Ingen radialabduktion	rött	4	D

- Mätresultatet anges som en bokstav och en siffra för varje hand t.ex. Höger 2A och Vänster 3B.
- Om personen inte kan lägga handen platt på bordet p.g.a. flekterad handled eller fingrar, mät med armen "i luften" med handleden så rak som möjligt. Var noga med att det är radialabduktion som mäts, inte volarabduktion.

Radialabduktionen nedan är lite över 45° .



TIPS! Rita av eller kopiera figuren ovan, t.ex. på en plastbit och använd som mall vid skattning av radialabduktion enligt instruktionen ovan.