



Nationellt uppföljningsprogram för CPUP Arbetsterapeut

Version 12; 2018

Personnummer _____

Efternamn _____ Förnamn _____

Tillhörande region _____

Distrikt/team _____

Bedömning utförd av arbetsterapeut _____

Bedömningsdatum (år – mån – dag) _____

KLASSIFIKATION AV KOMMUNIKATION enligt CFCS I – V

I II III IV V

Kommentar

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

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

FUNKTIONSKLASS enligt EDACS I-V

Kommentar

I II III IV V

Grad av stöd

Självständig Kräver assistans Totalt beroende

KLASSIFIKATION AV HANDFUNKTION enligt MACS I – V

Kommentar

I II III IV V

Mini-MACS, för barn under 4 år

I II III IV V

FUNKTIONSKLASS enligt HOUSE 0-8	Hö	Vä	Kommentar	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
DOMINANT HAND	Hö	Vä	Ingen	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

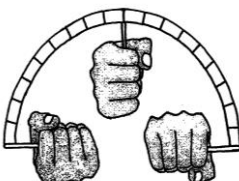
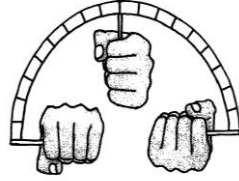
BIMANUELL FÖRMÅGA	Kommentar
Har bimanuell förmåga	<input type="checkbox"/>
Ingen bimanuell förmåga, använder aldrig händerna tillsammans	<input type="checkbox"/>

RÖRELSESTATUS passiv ledrörlighet Övre Extremiteterna

Bedömningarna för inåt och utåtrotation i axeln utförs i liggande, övriga axelmätningar kan utföras liggande eller sittande. **"Stramhet" ska bara anges i kombination med gröna värden.**

AXEL	Hö	Stramhet föreligger		Vä	Stramhet föreligger		Mätningen utförd i	
		Ja	Nej		Ja	Nej	Sittande	Liggande
Abduktion >160	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flexion >160	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utåtrotation 90	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inåtrotation 80	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentar:								

ARMBÅGE	Hö	Stramhet föreligger		Vä	Stramhet föreligger		Kommentar
		Ja	Nej		Ja	Nej	
Extension 0	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Flexion 150	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

UNDERARM	Hö	Stramhet föreligger		Vä	Stramhet föreligger		Kommentar
		Ja	Nej		Ja	Nej	
Supination 90	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pronation 90	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Skattning aktiv supination;	Hö	0°		Vä	0°		
							
Aktiv supination	—	Hö		—	Vä		
Kan inte aktivt supinera		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		

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

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

TUMMENS STÄLLNING	Hö	Vä	Kommentar
Ingen thumb-in-palm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ja Nej	Ja Nej	
Volarabduktion, stramhet	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

ARBETSTERAPI

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

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

Alternativ behandling,

vilken/vilka:.....

¹ Flera aktivitetsområden kan markeras

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

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

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

ORTOSER

Har ortos Ja Nej Har ortos men använder den ej

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

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

Kommentar:

HANDKIRURGI/BOTULINUMTOXIN

Hand/armoperation Ja Nej Vilken/vilka operation Datum

Botulinum toxin injektion i övre extremiteterna Ja Nej Datum

Injicerade muskler:

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

Behandlas med spasticitetsreducerande medicin t ex baklofen Ja Nej

PEDI

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

PEDI utförd (år – mån-dag) _____

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

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

AHA

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

AHA utfört (år-mån-dag) _____

- Version 4.4 Mini-AHA
 Version 5.0 BoHA

Summapoäng: _____ Logitbaserade AHA/Mini-AHA/BoHA -units: _____

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

Övriga kommentarer:

APPENDIX A

Del I och del II av tummens mätningar är från 2018 införda på prov. Resultaten kan inte ännu införas i 3C (se manualen)

TUMMEN DEL I, formulär	Hö			Vä		
	Ja	Nej	Kan ej bedömas	Ja	Nej	Kan ej bedömas
<i>Vid aktivt grepp:</i>						
Tecken på indragen tumme kan observeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyperextension i MP-leden kan observeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyperextension i IP-leden kan observeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan aktivt vicka på IP-leden vid stabiliserad MP-led	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentarer:						
TUMMEN DEL II, formulär						
IZA's TUMKLASSIFIKATION	Hö			Vä		
Aktiv radialabduktion						
1) aktiv radialabduktion >45° (grönt)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
2) aktiv radialabduktion 45°-30° (gult)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
3) aktiv radialabduktion <30° (rött)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
4) ingen aktiv radialabduktion	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Kan ej bedömas	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Passiv radialabduktion						
A) passiv radialabduktion >45° (grönt)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
B) passiv radialabduktion 45°-30° (gult)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
C) passiv radialabduktion <30° (rött)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
D) ingen passiv radialabduktion (rött)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Kommentarer:						
Radialabduktionsklass (siffra för aktiv och bokstav för passiv radialabduktion)	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
	aktiv	passiv	aktiv	passiv		
Tum-arbetsgruppen, september 2017: Izabela Blaszczyk, Marianne Arner, Kerstin Doxner, Jenny Hedberg-Graff, Susanne Nicklasson och Lena Krumlind-Sundholm						