



**Nationellt uppföljningsprogram för CPUP  
Formulär Arbetsterapeut**

Version 14; 2021

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

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

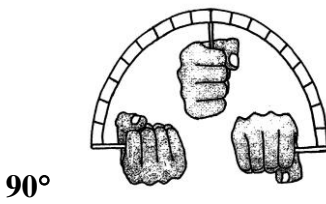
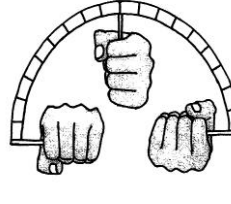
|   |                          |
|---|--------------------------|
| <b>BIMANUELL FÖRMÅGA</b>                                      | <b>Kommentar</b>         |
| Har bimanuell förmåga   | <input type="checkbox"/> |
| Ingen bimanuell förmåga, använder aldrig händerna tillsammans | <input type="checkbox"/>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

**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.*

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

| <b>ARMBÅGE</b> | <b>Hö</b> | <b>Stramhet föreligger</b> |                          | <b>Vä</b> | <b>Stramhet föreligger</b> |                          | <b>Kommentar</b> |
|----------------|-----------|----------------------------|--------------------------|-----------|----------------------------|--------------------------|------------------|
|                |           | <b>Ja</b>                  | <b>Nej</b>               |           | <b>Ja</b>                  | <b>Nej</b>               |                  |
| 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; | <b>Hö</b> | <b>0°</b>   |                          | <b>Vä</b> | <b>0°</b>   |                          |           |
|                             |           |  |                          |           |  |                          |           |
| <b>Aktiv supination</b>     | —         | <b>Hö</b>   |                          | —         | <b>Vä</b>   |                          |           |
| 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"/> |           |

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

| SAMTIDIG HANDLEDS- OCH FINGERSTRÄCKNING                                   | Kommentar                |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
|   | Hö                       | Vä                       |
| 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"/> |

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

Alternativ behandling,  
vilken/vilka:.....

<sup>1</sup> Flera aktivitetsområden kan markeras

<sup>2</sup> Av AT utformat handträningsprogram som genomförs med viss regelbundenhet under begränsad period.

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

<sup>4</sup> 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 att påverka kontraktur /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:**

**Nya ortoser registreras också i separat ortosformulär**

## HANDKIRURGI/BOTULINUMTOXIN

**Hand/armoperation**

Ja  Nej

Vilken/vilka operation

Datum

.....  
.....  
.....

**Botulinum toxin injektion i övre extremiteterna**

Ja  Nej

Datum

.....

Injicerade muskler:

### Höger

Okänt vilka muskler

**1. Skuldermuskulatur**

Deltoideus  
Subscapularis  
Supraspinatus  
Infraspinatus  
Pectoralis major/minor

**2. Armbågs­muskulatur**

Biceps brachii  
Brachialis  
Brachioradialis

**3. Pronatormuskler**

Pronator teres  
Pronator quadratus

**4. Handledsmuskler**

Flexor carpi ulnaris  
Flexor carpi radialis  
Extensor carpi ulnaris  
Extensor carpi radialis longus/brevis

**5. Fingerflexorer**

Flexor digitorum profundus  
Flexor digitorum superficialis

**6. Intrinsic**

Interosseer / lumbrikaler

**7. Tummens muskler**

Adductor pollicis  
Flexor pollicis longus  
Flexor pollicis brevis  
Opponens pollicis

Andra muskler

### Vänster

Okänt vilka muskler

**1. Skuldermuskulatur**

Deltoideus  
Subscapularis  
Supraspinatus  
Infraspinatus  
Pectoralis major/minor

**2. Armbågs­muskulatur**

Biceps brachii  
Brachialis  
Brachioradialis

**3. Pronatormuskler**

Pronator teres  
Pronator quadratus

**4. Handledsmuskler**

Flexor carpi ulnaris  
Flexor carpi radialis  
Extensor carpi ulnaris  
Extensor carpi radialis longus/brevis

**5. Fingerflexorer**

Flexor digitorum profundus  
Flexor digitorum superficialis

**6. Intrinsic**

Interosseer / lumbrikaler

**7. Tummens muskler**

Adductor pollicis  
Flexor pollicis longus  
Flexor pollicis brevis  
Opponens pollicis

Andra muskler

### PEDI

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

PEDI utförd (år – mån-dag) \_\_\_\_\_

|                | Skalpoäng | SE | <b>Del II</b><br>Hjälpbehov | Skalpoäng | SE |
|----------------|-----------|----|-----------------------------|-----------|----|
| Personlig vård |           |    | Personlig vård              |           |    |
| Rörelseförmåga |           |    | Rörelseförmåga              |           |    |
| Socialförmåga  |           |    | Socialförmåga               |           |    |

| <b>Del III</b><br>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 MCP-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"/> |
| <b>Kommentarer:</b>   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>TUMMEN DEL II, formulär</b>  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| IZA's TUMKLASSIFIKATION   | Hö                       |                          |                          | Vä                       |                          |                          |
| <b>Aktiv radialabduktion</b>  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 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"/> |                          |                          |
| <b>Passiv radialabduktion</b>   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 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"/> |                          |                          |
| <b>Kommentarer:</b>   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>Radialabduktionsklass</b><br>(siffror för aktiv och bokstaver för passiv radialabduktion)  | <u>        </u>          | <u>        </u>          | <u>        </u>          | <u>        </u>          | <u>        </u>          | <u>        </u>          |
|   | aktiv                    | passiv                   | aktiv                    | passiv                   | aktiv                    | passiv                   |
| Tum-arbetsgruppen, september 2017:<br>Izabela Blaszczyk, Marianne Arner, Kerstin Doxner, Jenny Hedberg-Graff, Susanne Nicklasson och Lena Krumlind-Sundholm |                          |                          |                          |                          |                          |                          |