



Nationellt uppföljningsprogram för CPUP
Formulär Arbetsterapeut

Version 16; 2023

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)

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

Behöver inte rapporteras här om logoped rapporterat i logopedformuläret.

FUNKTIONSKLASS enligt EDACS I-V

Kommentar

☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V

Grad av stöd ☐ Självständig ☐ Kräver assistans ☐ Totalt beroende

Behöver inte rapporteras här om logoped rapporterat i logopedformuläret.

^b
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

AKTIV LEDRÖRLIGHET-					Kommentar
Funktionellt test	Hö		Vä		
	Ja	Nej	Ja	Nej	
Når nacken med handen	☐	☐	☐	☐	
Når munnen med handen	☐	☐	☐	☐	
Når rygglutet med handen	☐	☐	☐	☐	

FUNKTIONSKLASS enligt HOUSE 0–8	Hö	Vä	Kommentar
	☐	☐	
DOMINANT HAND	Hö	Vä	Ingen
	☐	☐	☐

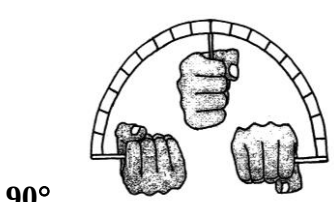
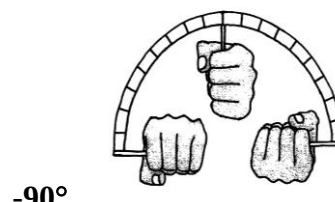
BIMANUELL FÖRMÅGA	Kommentar
Har bimanuell förmåga	☐
Ingen bimanuell förmåga, använder aldrig händerna tillsammans	☐

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	—	☐	☐	—	☐	☐	☐	☐
Flexion >160	—	☐	☐	—	☐	☐	☐	☐
Utåtrotation 90	—	☐	☐	—	☐	☐	☐	☐
Inåtrotation 80	—	☐	☐	—	☐	☐	☐	☐
Kommentar:								

ARMBÅGE	Hö	Stramhet föreligger		Vä	Stramhet föreligger		Kommentar
		Ja	Nej		Ja	Nej	
Extension 0	—	☐	☐	—	☐	☐	
Flexion 150	—	☐	☐	—	☐	☐	

UNDERARM	Hö	Stramhet föreligger		Vä	Stramhet föreligger		Kommentar
		Ja	Nej		Ja	Nej	
Supination 90	—	☐	☐	—	☐	☐	
Pronation 90	—	☐	☐	—	☐	☐	
Skattning aktiv supination;	Hö	0°		Vä	0°		
							
		Hö			Vä		
Aktiv supination	—	—		—	—		
Kan inte aktivt supinera		☐			☐		

HANDLED	Hö	Stramhet föreligger		Vä	Stramhet föreligger		Kommentar
		Ja	Nej		Ja	Nej	
Extension med böjda fingrar	—	☐	☐	—	☐	☐	
Extension med raka fingrar tills fingrarna börjar böjas	—	☐	☐	—	☐	☐	
Extension med raka fingrar till max-läge	—	☐	☐	—	☐	☐	
Flexion 80	—	☐	☐	—	☐	☐	
Ulnardeviation 30	—	☐	☐	—	☐	☐	
Radialdeviation 20	—	☐	☐	—	☐	☐	

SAMTIDIG HANDLED- OCH FINGERSTRÄCKNING	Hö	Vä	Kommentar
Enligt Zancolli grupp 1, 2A, 2B eller 3	—	—	
Kan aktivt sträcka fingrarna fullt med handleden extenderad 20° eller mer	☐	☐	
Handled- och fingersträckning kan ej bedömas enligt Zancolli	☐	☐	

TUMMENS STÄLLNING	Hö	Vä	Kommentar
Volarabduktion, stramhet?	Ja ☐ Nej ☐	Ja ☐ Nej ☐	
Thumb-in-palm?	Ja ☐ Nej ☐	Ja ☐ Nej ☐	

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?
Intervention: Aktivitet – Delaktighet	ADL-träning; personlig vård ¹ ☐ Hygien ☐ På- och avklädning ☐ Toalettsituation ☐ Äta dricka	☐ <1 ggr/v ☐ 1-2ggr/v ☐ 3-5ggr/v ☐ >5 ggr/v	☐ <2 v ☐ 2-6 v ☐ 7-12 v ☐ >12 v	☐ Arbetsterapeut ☐ Föräldrar ☐ Annan person	Mål: Uppfyllt ☐ Ja ☐ Nej ☐ Delvis
	☐ Arm/handfunktions-träning ²	☐ <1 ggr/v ☐ 1-2ggr/v ☐ 3-5ggr/v ☐ >5 ggr/v	☐ <2 v ☐ 2-6 v ☐ 7-12 v ☐ >12 v	☐ Arbetsterapeut ☐ Föräldrar ☐ Annan person	Mål: Uppfyllt ☐ Ja ☐ Nej ☐ Delvis
	☐ Uppgiftsorienterad träning med handinriktning ³	☐ <1 ggr/v ☐ 1-2ggr/v ☐ 3-5ggr/v ☐ >5 ggr/v	☐ <2 v ☐ 2-6 v ☐ 7-12 v ☐ >12 v	☐ Arbetsterapeut ☐ Föräldrar ☐ Annan person	Mål: Uppfyllt ☐ Ja ☐ Nej ☐ Delvis
	☐ Modifierad CI-terapi ⁴	☐ <1 ggr/v ☐ 1-2ggr/v ☐ 3-5ggr/v ☐ >5 ggr/v	☐ <2 v ☐ 2-6 v ☐ 7-12 v ☐ >12 v	☐ Arbetsterapeut ☐ Föräldrar ☐ Annan person	Mål: Uppfyllt ☐ Ja ☐ Nej ☐ Delvis
	☐ Bimanuell träning ⁴	☐ <1 ggr/v ☐ 1-2ggr/v ☐ 3-5ggr/v ☐ >5 ggr/v	☐ <2 v ☐ 2-6 v ☐ 7-12 v ☐ >12 v	☐ Arbetsterapeut ☐ Föräldrar ☐ Annan person	Mål: Uppfyllt ☐ Ja ☐ Nej ☐ Delvis
	☐ Råd och rekommendationer ☐ Muntliga ☐ Skriftliga			Till: ☐ Föräldrar ☐ Annan person	Mål: Uppfyllt ☐ Ja ☐ Nej ☐ Delvis
Intervention: Kroppsfunktionsnivå	☐ Töjning ledrörlighet ☐ axel abd/flex ☐ axel rotation ☐ armbåge ext/flex ☐ underarm sup/pron ☐ handled ext/flex ☐ handled ext raka fingrar ☐ handled ulnar/radial dev ☐ tumme ext/abd	☐ <1 ggr/v ☐ 1-2ggr/v ☐ 3-5ggr/v ☐ >5 ggr/v	☐ <2 v ☐ 2-6 v ☐ 7-12 v ☐ >12 v	☐ Arbetsterapeut ☐ Föräldrar ☐ Annan person	Mål: Uppfyllt ☐ Ja ☐ Nej ☐ 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 att påverka kontraktur /felställning i		
	Hö	Vä		Hö	Vä
Armbåge	☐	☐	Armbåge	☐	☐
Underarm	☐	☐	Underarm	☐	☐
Handled	☐	☐	Handled	☐	☐
Tumme	☐	☐	Tumme	☐	☐
Fingrar	☐	☐	Fingrar	☐	☐
Användningstid av ortos för passiv töjning			☐ $\geq$ 6 tim/dygn	☐ < 6 tim/dygn	

Kommentar:

Nya ortoser registreras också i separat ortosformulär

HANDKIRURGI/BOTULINUM **NEUROTOXIN A**

Hand/armoperation

☐ Ja ☐ Nej

Vilken/vilka operation

Datum

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

Datum

Botulinum **neurotoxin A** i övre extremiteterna

☐ Ja ☐ Nej

.....

Injicerade muskler:

Höger

☐ Okänt vilka muskler

☐ 1. Skuldermuskulatur

Deltoides
Subscapularis
Supraspinatus
Infraspinatus
Pectoralis major/minor

☐ 2. Armbågs-muskulatur

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

Deltoides
Subscapularis
Supraspinatus
Infraspinatus
Pectoralis major/minor

☐ 2. Armbågs-muskulatur

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	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

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