



MANUAL

Till uppföljningsprogram CPUP arbetsterapeuter formulär

version 18, 2025-01-01

(nyheter i version 18 är markerade)

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

Nationella arbetsgruppen för arbetsterapeut formuläret:

Jenny Hedberg Graff; jenny.hedberg@ki.se

Susanne Nicklasson; susanne.nicklasson@regionhalland.se

Sara Nordell; sara.nordell@regionvasterbotten.se

Lovisa Schedvins; lovisa.schedvins@regionstockholm.se

Jessica Roslund; Jessica.Roslund@skane.se

Malin Persson; malin.m.persson@kronoberg.se

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](http://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 kommentarrutan.

Aktiv ledrörlighet övre extremitet

Funktionellt test som utförs med personen i sittande. Detta test handlar bara om att undersöka om personen KAN utföra funktionen inte hur den utförs.

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. 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, **det vi SER är det som anges. OBS, notera att yngre barn som tillsynes har god handfunktion, men som på grund av sin ålder inte uppnått full finmotorisk utveckling därmed kan få en lägre funktionsklass.**

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 rapportera de 4 grupperna.

Grupp	Funktions-klass		Beskrivning
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:

Det som bedöms är om personen spontant, på eget initiativ kan använda två händer tillsammans i bimanuella aktiviteter. Bimanuell förmåga innefattar både att använda två händer alternativt en hand som tar stöd av den andra armen. Hela övre extremiteten innefattas.

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/ballong.
- 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.

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

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 motstånd* föreligger**. Motståndet behöver anges trots gröna värden eftersom det kan vara ett tecken på att muskelns egenskaper är påverkade t.ex. minskad elasticitet och eller att neural aktivitet relaterad till nervsystemet är påverkad.

Vid gula eller röda värden finns alltid ett motstånd, detta ska dock inte noteras!

*Referens: van den Noort J.C. et al. European consensus on the concepts and measurement of the pathophysiological neuromuscular responses to passive muscle stretch. European Journal of Neurology, 2017 Jul;24(7):981-e38.

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.



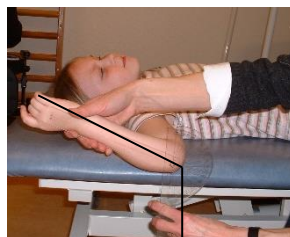
Abduktion



Flexion



Inåtrotation



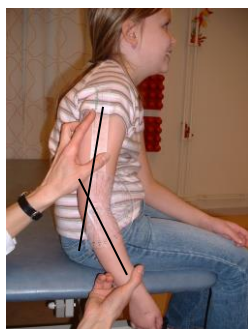
Utåtrotation

Armåge

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

Notera: Rak armåge = 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

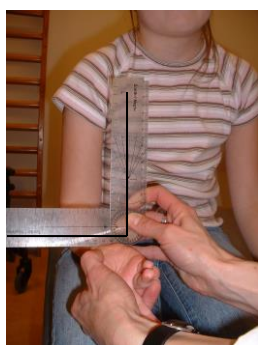


Armbågsflexion

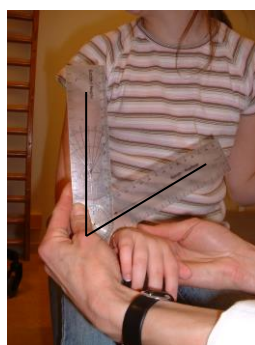
Underarm

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.



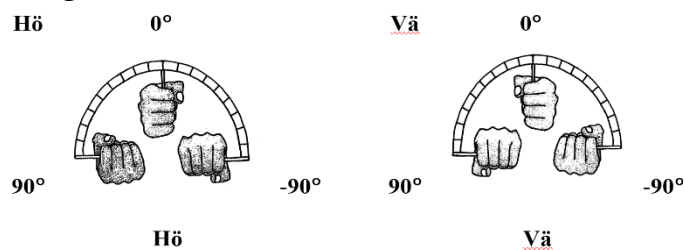
Supination



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 börjar 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 relevant ruta.

Handled

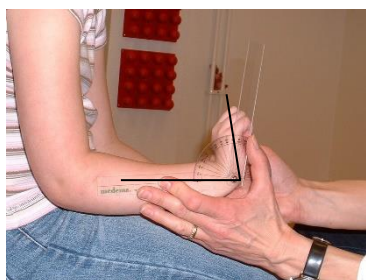
Rörelse	Utgångsställning	Fast skänkel	Rörlig skänkel
Extension med böjda fingrar	Underarm i pronerat läge	Läggs ulnart, parallellt med radius	Läggs ulnart, parallellt med metacarpale V
Extension med raka fingrar till maxläge*	Underarm i pronerat läge	Läggs ulnart, parallellt med radius	Läggs ulnart, parallellt med metacarpale V
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

Notera: 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.

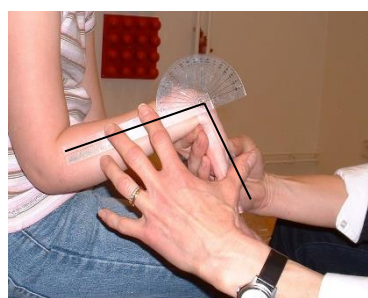
Norkin, C.C. & White, D.J Measurement of Joint Motion. Ed 2, Philadelphia: F.A. Davis, 1985.



Extension med böjda fingrar



Extension med raka fingrar till max-läge



Handledsflexion



Ulnardeviation



Radialdeviation

* När du dorsalextenderar handleden genom att trycka upp handen bakåt, fördela trycket lika över metakarpalbenen.

Tummens ställning

Tag passivt ut volarabduktion och notera om stramhet kan observeras. Ja eller nej.
Observera om barnet har thumb-in-palm, ja eller nej.

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 är under utvärdering. Se mer information sist i denna manual.

Samtidig handleds- och fingersträckning enligt Zancolli:

Denna klassifikation beskriver 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 hen använder mest.

Grupp 1X

Kan aktivt sträcka fingrarna fullt med handleden extenderad 20° eller mer.



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.



Arbetssterapeutiska interventioner

Markera i aktuell ruta för ja eller nej om det sedan föregående bedömningstillfälle, eller under senaste halvåret om detta är den första CPUP-bedömningen, har skett intervention inom respektive ICF-område. Flera alternativ kan markeras! **Interventionerna som anges ska vara kopplade till funktioner eller förmågor i de övre extremiteterna.**

Markera sedan om mål för interventionen formulerats och i vilken utsträckning mål uppnåtts. **Mål som anges ska vara kopplade till funktioner eller förmågor i de övre extremiteterna.**

Vet ej kan anges om det är oklart om personen har formulerade mål eller om man inte vet om målen har uppfyllts sedan föregående bedömning.

OBS, ortosbehandling registreras under ortoser i AT formuläret och vid **NY utprovning i Ortosformuläret**. Botulinum neurotoxin-A och kirurgi registreras under separat rubrik.

Kroppsstruktur- är anatomiska delar av kroppen såsom organ, lemmar och deras komponenter. Interventioner inom denna domän kan syfta till att påverka muskler, skelett och vävnader t.ex. kontraktur/ felställning (s730)

- **Till exempel akupunktur, ärmobilisering**

Kroppsfunktion-är kroppssystemens fysiologiska funktioner. Interventioner inom denna domän kan syfta till att påverka

- Ledrörlighet (b710)
- Styrka (b730)
- Tonus (NMES, TENS) (b735)
- Koordination
- Smärtlindring (b280–b289)
- **Till exempel träningsprogram**

Aktivitet/delaktighet- Aktivitet är en persons genomförande av en uppgift eller handling. Delaktighet är en persons engagemang i en livssituation. Interventioner inom denna domän kan syfta till att påverka:

- Finmotorik - plocka, hantera, gripa, släppa, manipulera (d440)
- Bära/ lyfta föremål - ta med något från en plats till en annan (d430)
- Arm/handfunktion- användning av arm/hand, vända och vrida på armen, kasta, knuffa, fånga, greppa (d445)
- Personlig vård- klä sig, tvätta sig, äta, kroppsvård (d510-560)
- Genomförandet av aktiviteten - uthållighet, flyt
- **Till exempel CI träning, bimanuell träning, ADL träning.**

Omgivningsfaktorer- utgör den fysiska, sociala och attitydmässiga omgivningen i vilka människor lever och verkar i. Interventioner inom denna domän kan syfta till att påverka

- Design, konstruktion, byggnadsteknik och byggnadsprodukter för privat bruk (e155) bostadsanpassning **för att kompensera för nedsatt förmåga i övre extremiteterna.**
- Produkter och teknik för eget bruk i dagliga livet (e115) Hjälpmedel, tejpning.
- **Till exempel hjälpmedel som påverkar aktivitetsutförande i övre extremiteterna som styrsätt, sax, penngrepp.**

Referens:

ICF Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa
<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/icf/>

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. **Till exempel en ortos** som syftar till att töja på korta muskler under natten kan kryssas för handled, tumme och fingrar.

Endast ortoser som **används** ska beskrivas.

Notera om ortos för passiv töjning 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/botulinum neurotoxin A

Hand/armoperation sedan förra mättillfället:

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

Botulinumneurotoxin-injektioner sedan förra mättillfället:

Markera Ja eller Nej. Datum och vilka **muskelgrupper** som injicerats markeras om möjligt.

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).

Tummen, del I. Instruktioner för mätning av radialabduktion

I del I observeras tummens position vid aktivt grepp eller vila, och registreras som ja, nej eller kan ej bedömas. Den senare variabeln väljer man om barnet inte använder handen aktivt.



Ange om tecken på, indragen tumme, hyperextension av IP-led eller MCP-led kan observeras:

➤ indragen tumme



➤ hyperextension av IP led



➤ hyperextension av MCP led

Stabilisera tummens MCP led och undersök om barnet kan vicka på IP-leden

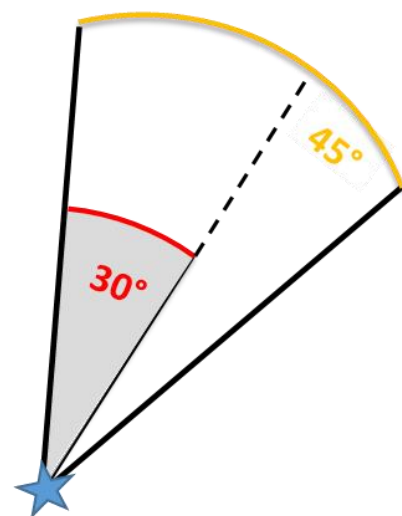
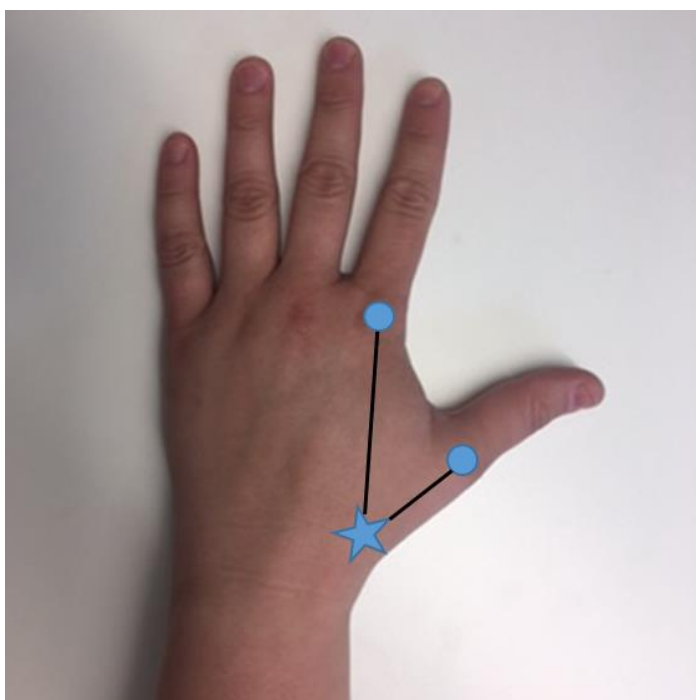
Tummen, del II. Instruktioner för mätning av radialabduktion, enligt IZA's tumklassifikation.

- Rita ut mätpunkterna enligt bilden, MCP I och II och Fossa tabatierre ("snusgropen").
- Placera handen platt på ett bord, om möjligt.
- 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.
- 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.
- Mätresultatet anges som en bokstav och en siffra för varje hand t.ex. Höger 2A och Vänster 3B.

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

Notera: Range of motion= ROM

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.