

## Manual till undersökningsformulär CPUP vuxen 11-06-01

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



### Sid 1

**Boendeform** – Ange typ av boende tex eget boende, gruppboende, bor med föräldrar.

**Assistent** – Om ja, ange antal timmar/vecka.

**Tolk** – Om ja, ange språk, även teckentolk.

**Arbete, studier, sysselsättning** – Ange typ och omfattning.

### Sid 1

#### CP subtyp

CP subtyperna klassificeras via dominerande neurologiskt symtom som:

*spastisk unilateral, spastisk bilateral, dyskinetisk, ataktisk eller ej klassificerbar/blandform.*

Dessa symtom finns beskrivna i utbildnings-CDn från SCPE som 2006 översattes till svenska.

Ange subtyp som fastställts av neuropediatriker eller neurolog.

### Sid 1

#### Klassifikation av handfunktion, 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. Ruta för kommentarer används med fördel för kliniskt arbete.



#### Vad behöver du veta för att använda MACS?

Hur barnet hanterar föremål i viktiga vardagliga aktiviteter som till exempel vid lek och fritid, vid måltider och av- och påklädning.

Vilka moment som görs självständigt och i vilken omfattning hjälp och eller anpassningar behövs.

- I. **Hanterar föremål lätt och med gott resultat.** Som mest, begränsningar i att med lätthet utföra uppgifter som kräver snabbhet och precision. Eventuella begränsningar att hantera föremål inskränker dock inte barnets självständighet i dagliga aktiviteter.
- II. **Hanterar de flesta föremål men med något begränsad kvalitet och/eller snabbhet.** Vissa aktiviteter undviks eventuellt eller kan endast utföras med viss svårighet. Alternativa metoder kan användas men förmågan att använda händerna begränsar oftast inte barnets självständighet i dagliga aktiviteter.
- III. **Hanterar föremål med svårighet och behöver hjälp att förbereda och/eller anpassa aktiviteter.** Utförandet går långsamt med begränsad framgång vad gäller kvalitet och kvantitet. Aktiviteter som har förberetts eller anpassats kan utföras självständigt.
- IV. **Hanterar ett begränsat urval av lätthanterliga föremål i anpassade situationer.** Utför delar av aktivitet med ansträngning och begränsad framgång. Behöver kontinuerligt stöd och hjälp av andra och/eller anpassad utrustning för att utföra delar av aktiviteter.
- V. **Hanterar inte föremål och har kraftigt begränsad förmåga att utföra även enkla handlingar.** Är helt beroende av assistans.

#### Skillnader mellan nivå I och II

Barn på nivå I har begränsningar när det gäller att hantera mycket små, tunga eller omtåliga föremål som kräver god finmotorisk kontroll eller effektiv samordning mellan händerna. Begränsningar kan också omfatta utförande i nya och ovana situationer. Barn på nivå II utför i stort sett samma aktiviteter som barn på nivå I, men utförandet är av sämre kvalitet eller går långsammare. Funktionella skillnader mellan händerna kan begränsa effektiviteten i utförandet. Barn på nivå II försöker ofta förenkla hantering av föremål, t.ex. genom att använda en yta för stöd istället för att använda båda händerna.

#### Skillnader mellan nivå II och III

Barn på nivå II hanterar de flesta föremål även om det går långsamt och med nedsatt kvalitet av utförandet. Barn på nivå III behöver vanligtvis hjälp med att förbereda en aktivitet och/eller att anpassa miljön eftersom deras förmåga att nå eller hantera föremål är begränsad. De kan inte utföra vissa aktiviteter och deras självständighet är beroende av hur mycket stöd de får av omgivningen.

#### Skillnader mellan nivå III och IV

Barn på nivå III kan utföra utvalda aktiviteter om situationen förbereds och om de får vägledning och gott om tid. Barn på nivå IV behöver kontinuerligt hjälp under aktiviteten och kan som bäst delta på ett meningsfullt sätt i delar av en aktivitet.

#### Skillnader mellan nivå IV och V

Barn på nivå IV utför delar av en aktivitet men behöver hjälp kontinuerligt. Barn på nivå V deltar som bäst med enkla rörelser i speciella situationer t.ex. genom att trycka på en enkel kontakt.

## Sid 1

### **Grovmotorisk klassifikation, GMFCS-E&R**

Gross Motor Function Classification System Expanded and Revised (svensk översättning)

GMFCS-nivå måste alltid fyllas i för att Computo skall kunna generera individuell historik.

Gross Motor Function Classification System (GMFCS), klassifikationssystemet för grovmotorisk funktion vid cerebral pares, baseras på självinitierade rörelser med tonvikt på sittande, förflyttningar och rörelseförmåga. Gränsdragningarna mellan de olika nivåerna är baserade på funktionsbegränsningar, behov av handhållna förflyttningshjälpmedel (så som rollatorer, kryckor eller käppar) eller hjulburen förflyttning och till mycket mindre utsträckning på rörelsekvalitet. Skillnaderna mellan nivå I och II är inte så uttalade som skillnaderna mellan de andra nivåerna.

Tyngdpunkten med GMFCS E&R (2007) har lagts på att bestämma vilken nivå som bäst representerar **personens nuvarande förmågor och begränsningar i grovmotorisk funktion**. Tonvikten ligger på personens vanligast förekommande **utförande** hemma, i skolan och ute i samhället (vad de gör), snarare än det man vet är deras bästa möjliga förmåga (kapacitet). Därför är det viktigt att klassificera nuvarande utförande av grovmotorisk funktion och inte väga in bedömningar om rörelsekvalitet eller prognos till förbättring.

#### **Definitioner**

**Gåstol** – Ett förflyttningshjälpmedel som stödjer bäcken och bål. Personen är fysiskt placerad i gåstolen av en annan person.

**Handhållna förflyttningshjälpmedel** – Kryckor, käppar och rollator framför eller bakom sig som inte stödjer bälgen under gång.

**Fysisk hjälp** – En annan person hjälper till manuellt för att personen skall röra sig.

**Eldriven förflyttning** – Personen kontrollerar aktivt den joystick eller elektriska kontakt som gör självständig förflyttning möjlig. Förflyttningshjälpmedlet kan vara en rullstol, skoter eller annan typ av eldrivet förflyttningshjälpmedel.

**Kör manuell rullstol själv** – Personen använder aktivt armar och händer eller fötter för att driva hjulen och att röra sig.

**Transporteras** – En annan person kör ett förflyttningshjälpmedel manuellt (t.ex. rullstol) för att förflytta personen från en plats till en annan.

**Går** – om det inte specificeras på annat sätt, ingen fysisk hjälp av annan person eller av handhållet förflyttningshjälpmedel. En ortos (t.ex. stödbandage eller skena) kan användas.

**Hjulburen förflyttning** – avser vilken annan sorts utrustning som helst med hjul som gör förflyttning möjlig (t.ex. vagn, manuell rullstol eller elrullstol).

## Huvudrubriker för varje nivå

- NIVÅ I** Går utan begränsningar  
**NIVÅ II** Går med begränsningar  
**NIVÅ III** Går med ett handhållet förflyttningshjälpmedel  
**NIVÅ IV** Begränsad självständig förflyttning; kan använda eldriven förflyttning  
**NIVÅ V** Transporteras i manuell rullstol

## Gränsdragningar mellan nivåer

**Gränsdragningar mellan Nivå I och II** – Jämfört med personer i Nivå I, har personer i Nivå II begränsningar i att gå längre sträckor och hålla balansen; kan behöva handhållna förflyttningshjälpmedel när de lär sig att gå; kan använda hjulburen förflyttning när de förflyttar sig längre sträckor utomhus och ute i samhället; behöver använda ledstång för att gå uppför och nedför trappor; och har inte samma förmåga att springa och hoppa.

**Gränsdragningar mellan Nivå II och III** – Personer i Nivå II klarar att gå utan handhållna förflyttningshjälpmedel (även om de kan välja att använda det någon gång). Personer i Nivå III behöver handhållna förflyttningshjälpmedel för att gå inomhus och använder hjulburen förflyttning utomhus och ute i samhället.

**Gränsdragningar mellan Nivå III och IV** - Personer i Nivå III sitter självständigt eller behöver mycket lite yttre stöd för att sitta, är mer självständiga i stående förflyttningar, och går med handhållna förflyttningshjälpmedel. Personer i Nivå IV fungerar i sittande (vanligtvis med stöd) men förmåga till självinitierade rörelser är begränsad. Personer i Nivå IV transporteras vanligtvis i manuell rullstol eller använder eldriven förflyttning.

**Gränsdragningar mellan Nivå IV och V** - Personer i Nivå V har stora begränsningar i huvud- och bålkontroll och behöver omfattande assisterande teknik och fysisk hjälp. Egen förflyttning kan endast uppnås om personen kan lära sig att använda en elrullstol.

**Nivå I** – Personerna går hemma, i skolan, utomhus och i samhället. Personerna klarar att gå uppför och nedför trottoarkanter utan fysisk hjälp och i trappor utan att använda ledstång. Personerna utför grovmotoriska färdigheter så som att springa och hoppa men hastighet, balans och koordination är begränsad. Personerna kan delta i fysiska aktiviteter och sporter beroende på personliga val och omgivningsfaktorer.

**Nivå II** – Personerna går i de flesta omgivningar. Omgivningsfaktorer (så som ojämn terräng, sluttningar, långa avstånd, tidspress, väder och acceptans av kompisar) och personliga önskemål inverkar på val av förflyttningshjälpmedel. I skolan eller på arbetet kan det förekomma att personerna går med handhållna förflyttningshjälpmedel för säkerhetens skull. Utomhus och i samhället kan personerna använda hjulburna hjälpmedel vid förflyttningar över långa avstånd. Personerna går uppför och nedför trappor genom att hålla sig i en ledstång eller med fysisk hjälp om det inte finns någon ledstång. Begränsningar i att utföra grovmotoriska färdigheter kan medföra att anpassningar blir nödvändigt för att göra delaktighet i fysiska aktiviteter och sporter möjlig.

**Nivå III** – Personerna kan gå med handhållna förflyttningshjälpmedel. Jämfört med individer i andra nivåer, visar personer i nivå III mer varierade förflyttningsmetoder beroende på fysisk förmåga, miljömässiga och personliga faktorer. I sittande kan det förekomma att personerna behöver bälte för att hålla bäckenet på plats och att hålla balansen. Vid förflyttningar från sittande till stående och från golv till stående behövs fysisk hjälp av en person eller stödjande underlag. I skolan eller på arbetet kan personerna själv köra en manuell rullstol eller använda eldriven förflyttning. Utomhus och i samhället transporteras personerna i rullstol eller använder eldrivna förflyttningshjälpmedel. Personerna kan möjligtvis gå uppför och nedför trappor och hålla i en ledstång under uppsikt eller med fysisk hjälp. Begränsad gångförmåga kan medföra att anpassningar blir nödvändigt för att göra delaktighet i fysiska aktiviteter och sporter möjlig, inklusive att själv köra en manuell rullstol eller eldrivet förflyttningshjälpmedel.

**Nivå IV** - Personerna använder hjulburen förflyttning i de flesta omgivningar. Personerna behöver anpassat sittande för kontroll av bäcken och bål. Fysisk hjälp från en eller två personer behövs vid förflyttningar. Personerna kan ta stöd på sina ben för att hjälpa till med stående förflyttningar. Inomhus kan personerna möjligen gå korta sträckor med fysisk hjälp, använda hjulburen förflyttning eller använda en gästol om de placeras där. Personerna har fysisk förmåga att hantera en eldriven rullstol. När en elrullstol inte är lämplig eller tillgänglig transporteras personerna i en manuell rullstol. Begränsningar i rörelseförmåga nödvändiggör anpassningar för att göra delaktighet i fysiska aktiviteter och sporter möjlig, inkluderar fysisk hjälp och/eller eldriven förflyttning.

**Nivå V** - Personerna transporteras i en manuell rullstol i alla omgivningar. Personerna har begränsad förmåga att bibehålla huvud- och bålställning mot tyngdkraften och kontrollera arm- och benrörelser. Tekniska hjälpmedel används för att förbättra huvudkontroll, sittande, stående och rörelseförmåga men begränsningar kan inte helt kompenseras med utrustning. Fysisk hjälp av en eller två personer eller en mekanisk lyft behövs för förflyttningar. Möjligtvis klarar personerna av att ta sig fram själv med hjälp av eldriven förflyttning med omfattande anpassningar för att erhålla sittande och kontroll. Begränsningar i rörelseförmåga förutsätter anpassningar för att göra delaktighet i fysiska aktiviteter och sporter möjlig, inkluderar fysisk hjälp och användning av eldriven förflyttning.

**OBS!!! I denna manual har ”barnen/ungdomarna” bytts ut mot ”personerna” för att bättra stämman in på de vuxna som omfattas av uppföljningsprogrammet. Ordet ”kroppsstödjande rollator” har bytts ut mot ”gästol” som är den svenska hjälpmedelsbenämningen.**

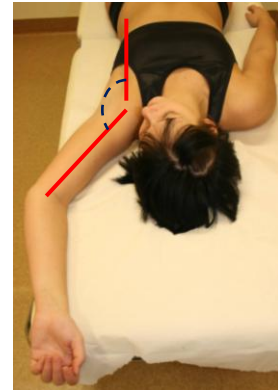
**Sid 2****Passiv ledrörlighet**

Utgångsställning rygggläge. Avrunda uppmätt gradtal till närmsta jämna fem/tiotal.  
 Passiv rörlighet mäts med goniometer. Supination och pronation i underarm kan alternativt mätas med en sk. Prosupinator. Ange i så fall detta under kommentar. Obs! Mät alltid på samma sätt. De angivna värdena för rörlighet i formuläret är riktlinjer och inga normalvärden. Notera eventuell smärta vid undersökning av ledrörlighet.

**Axel****Abduktion**

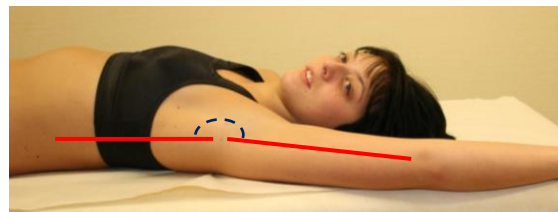
Utgångsställning: Ryggliggande med adducerad och utåtrotterad axel, om möjligt rak armbåge

Referenser: Parallellt med columna  
 Parallellt med humerus

**Flexion**

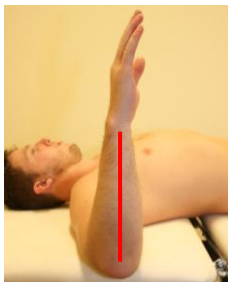
Utgångsställning: Ryggliggande med flekterad axel i neutralläge, om möjligt rak armbåge

Referenser: Parallellt med columna  
 Parallellt med humerus

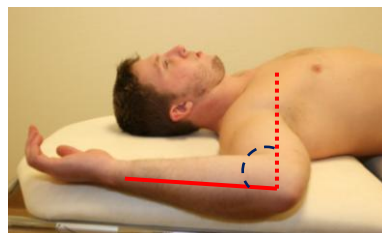
**Utåtrotation och inåtrotation**

Utgångsställning: Ryggliggande med axel i 90° abduktion, armbåge i 90° flexion, underarm pronerad

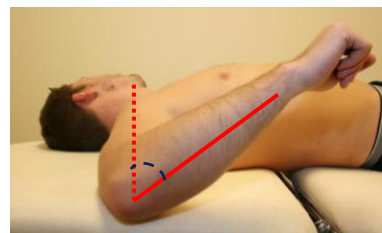
Referenser: Lodrätt mot ulna (alternativt parallellt med britsen)  
 Parallellt med ulna



Neutralläge



Utåtrotation



Inåtrotation

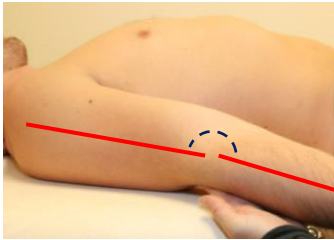
## Armbåge

### Extension och flexion

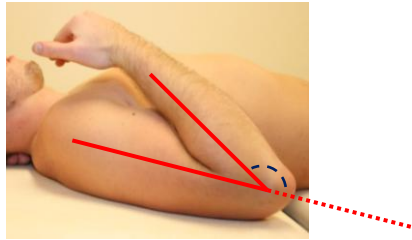
Utgångsställning: Ryggliggande med axel lätt abducerad, underarm supinerad

Referenser: Parallellt med humerus  
Parallellt med radius

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



Armbågsextension



Armbågsflexion

### Supination och pronation

Utgångsställning: Ryggliggande med axel adducerad, överarmen fixerad mot bröstkorgen, armbåge i 90° flexion

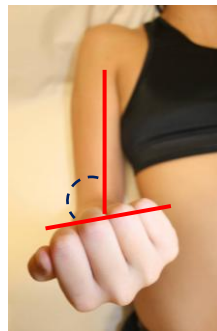
Referenser: Parallellt med humerus  
Volart över handleden vid supination  
Dorsalt över handleden vid pronation



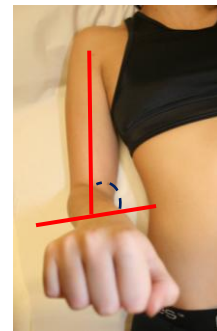
Neutralläge



Goniometerplacering



Supination



Pronation

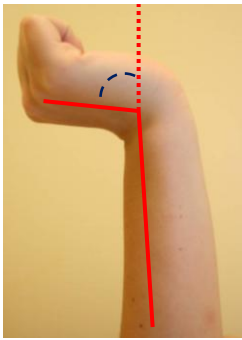
## Handled

### Extension och flexion

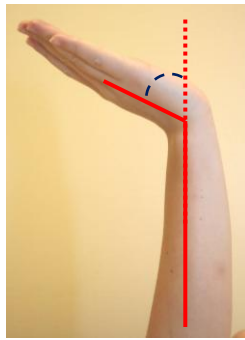
Utgångsställning: Ryggliggande med armbåge i 90° flexion, underarm pronerad

Referenser: Parallellt med ulna  
Parallellt med metacarpale III

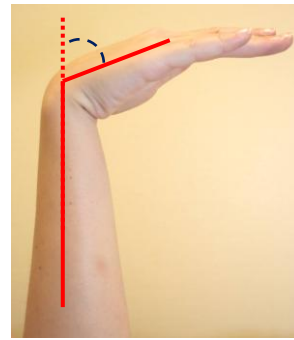
Rak handled = 0°. Extensions defekt anges som – (minus) X°



Extension med böjda fingrar



Extension med raka fingrar

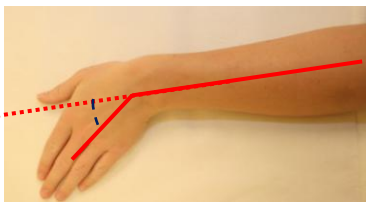


Handledsflexion

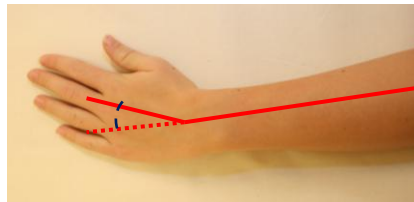
### Ulnardeviation och radialdeviation

Utgångsställning: Ryggliggande med underarm pronerad

Referenser: Dorsalt parallellt med mittlinjen på underarmen  
Dorsalt parallellt med metacarpale III



Ulnardeviation



Radialdeviation

## Höft

### Höftabduktion

Höftabduktionen kan mätas på två olika sätt:

1. Ryggliggande med extenderade höfter och knän.
2. Ryggliggande med flekterade höfter och flekterade knän. Denna utgångsställning används då ovanstående inte är möjlig. Sedan fyller man i ”ja” på ”Avviker från standardiserad utgångsställning” och anger flekterad höft.

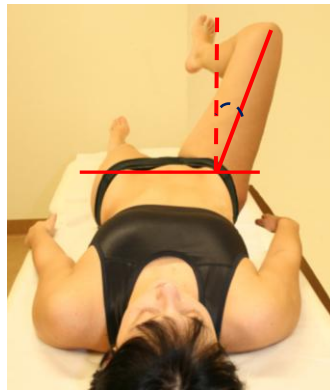
Utgångsställning: Ryggliggande med extenderade höfter och knän

Referenser: Parallellt med tänkt linje mellan båda SIAS i höjd med överkanten på trochanter major.  
Syftar mot patella.

Alternativ utgångsställning: Ryggliggande med flekterade höfter och flekterade knän.



Abduktion med extenderad höft



Abduktion med flekterad höft

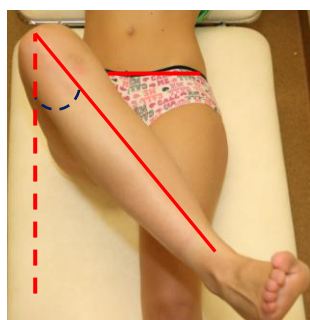
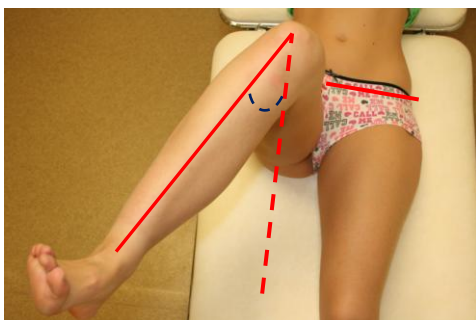
### Inåtrotation och utåtrotation

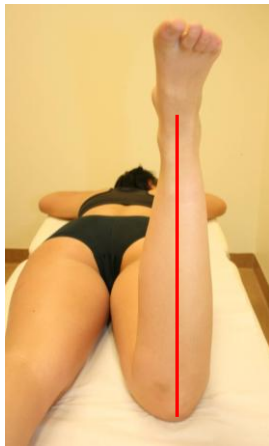
Höftrotationen kan mätas på två olika sätt:

1. I ryggliggande med flekterade höfter och flekterade knän.
2. I magliggande med extenderade höfter och flekterade knän. Om denna utgångsställning används fyller man i ”ja” på ”Avviker från standardiserad utgångsställning” och anger magliggande.

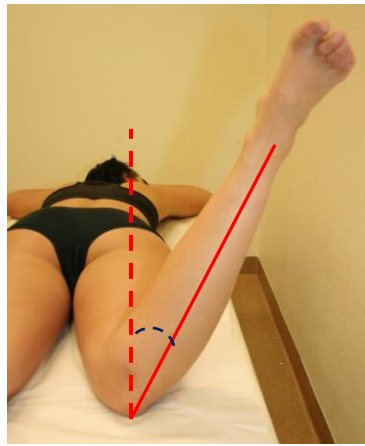
Utgångsställning: Ryggliggande med flekterade höfter och knän.

Referenser: Vinkelrätt mot tänkt linje mellan båda SIAS  
Längs tibias framkant

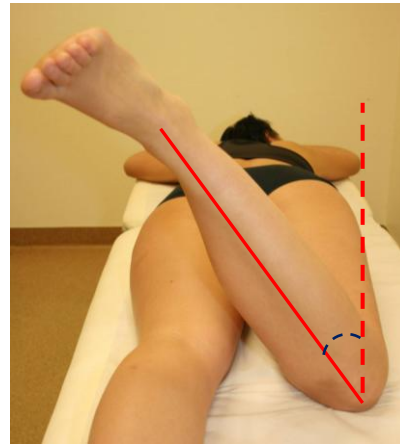




Neutralläge



Inåtrotation



Utåtrotation

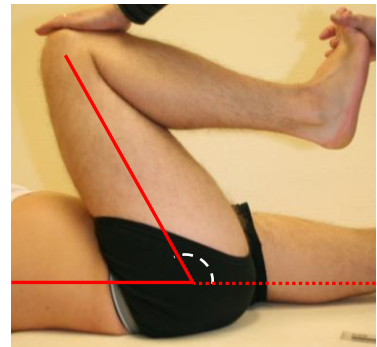
Alternativ utgångsställning: Magliggande med extenderade höfter och flekterade knän.  
Fixera bäckenet för att minimera bäckenrotation. Roterar i höften tills det är stopp.

Referenser: Lodrätt (alternativt parallellt med britsen)  
Parallellt med tibias framkant

### Höftflexion

Utgångsställning: Ryggliggande, fixera bäckenet genom att extendera motsatt ben.

Referenser: Parallellt med columna,  
Parallellt med femur  
referenspunkt: trochanter major



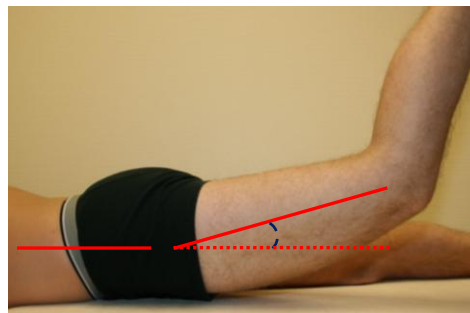
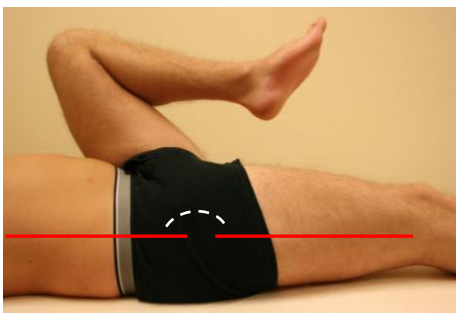
### Höftextension

Utgångsställning: Ryggliggande med extenderad höft och bäckenet neutralt.  
Fixera bäckenet genom att flektera motsatt ben.

Referenser: Parallellt med columna  
Parallellt med femur – referenspunkt: trochanter major.

Rak höft = 0°. Eventuell extensions defekt ner till horisontalläget anges som – (minus) X°  
Om höftextensionen överstiger 0° sänks låret ner utanför britskanten.

Alternativ utgångsställning: Magliggande med extenderade höfter.



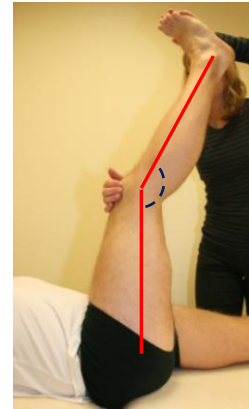
## Knä

### Hamstringsvinkel

Utgångsställning: Ryggliggande med aktuellt ben i 90° höftflexion. Fixera andra benet i extenderat läge för att stabilisera bäckenet.

Referenser: Parallellt med femur, syftar mot trochanter major  
Parallellt med tibias framkant, syftar mot laterala malleolen.

Ange knävecksvinkel; extenderat knä = 180°

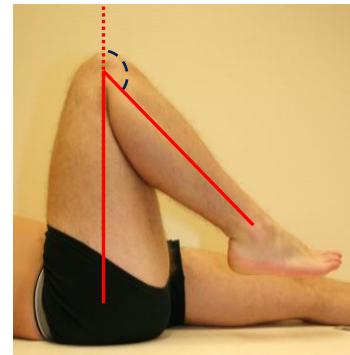


### Knäflexion

Utgångsställning: Ryggliggande med höft i 90° flexion.

Referenser: Parallellt med femur, syftar mot trochanter major.  
Parallellt med tibias framkant, syftar mot laterala malleolen.

Ange knävinkel; extenderat knä = 0°

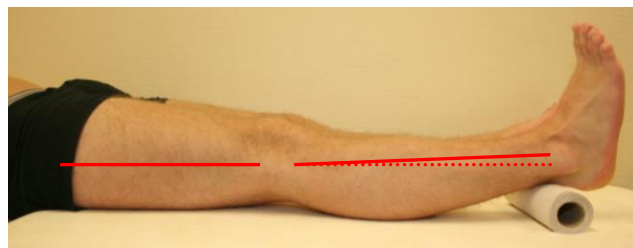


### Knäextension

Utgångsställning: Ryggliggande med extenderade höfter och knän.

Referenser: Parallellt med femur, syftar mot trochanter major.  
Parallellt med tibias framkant, syftar mot laterala malleolen.

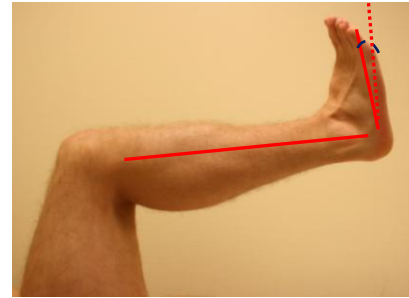
Ange ev hyperextension, knävinkel; extenderat knä = 0°  
Extensionsdefekt anges som – (minus) X°



## Fot

### Dorsalflexion med flekterat knä

Utgångsställning: Ryggliggande, 90° flexion i höft och knä. Stabilisera den subtalara leden genom att fixera calcaneus. Supinera framfoten för att förhindra rörelser i de intertarsala lederna.

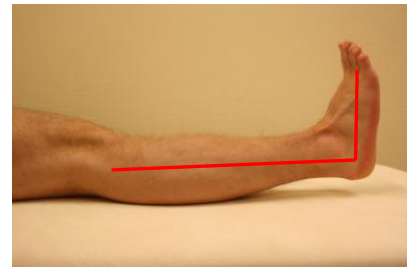


Referenser: Parallellt med tibias framkant, syftar mot caput fibulae och laterala malleolen.  
Parallellt med laterala fotranden, metatarsale V.

90° vinkel i fotleden = 0° dorsalflexion  
Inskränkt dorsalflexion (nedom nolläge) anges som – (minus) X°

### Dorsalflexion med extenderat knä

Utgångsställning: Ryggliggande med extenderade höfter och knän. Stabilisera den subtalara leden genom att fixera calcaneus. Supinera framfoten för att förhindra rörelser i de intertarsala lederna.



Referenser: Parallellt med tibias framkant, syftar mot caput fibulae och laterala malleolen.  
Parallellt med laterala fotranden, metatarsale V.

90° vinkel i fotleden = 0° dorsalflexion  
Inskränkt dorsalflexion (nedom nolläge) anges som – (minus) X°

## Sid 2

### Bedömning - fot

Ange om personen kan belasta båda fötterna. All form av belastning av båda fötterna, med eller utan levande stöd, är tillåten. Det vill säga: hela foten måste inte belastas. Ange om belastad höger respektive vänster häl är normal, i varus- eller valgusställning. (Kan personen inte belasta hälen hoppar man över denna bedömning).

## Sid 3

### Spasticitet/Muskeltonus

**Skattning av muskeltonus** enl modifierad Ashworth-skala av Bohannon och Smith (1987)

- 0** Ingen förhöjning av muskeltonus.
- 1** Lätt förhöjning av muskeltonus, visar sig som ”catch and release” eller som ett minimalt motstånd i slutet av rörelsebanan.
- +1** Lätt förhöjning av muskeltonus, visar sig som ”catch” följt av minimalt motstånd genom resten av rörelsebanan (mindre än hälften av rörelseomfånget).
- 2** Mer markant förhöjning av muskeltonus genom större delen av rörelsebanan, men rörelsen är fortfarande lätt att utföra.
- 3** Avsevärd förhöjning av muskeltonus, svårt att utföra passiva rörelser.
- 4** Stelhet vid flexion eller extension av kroppsdelen.

#### **Utgångsställningar vid skattning av muskeltonus.**

Armbågsflexorer - Ryggliggande (för underarmen i flexion-extension, känn efter tonus när underarmen extenderas/sträcks ut).

Adduktorer - Ryggliggande, extenderade knän och höfter. (Ben förs i abduktion-adduktion, känn efter tonus då ben förs i abduktion).

Knäflexorer - Ryggliggande, 90° höftflexion (känn efter tonus då knä extenderas/sträcks ut).

Plantarflexorer - Ryggliggande, extenderade höfter och knän (för foten i dorsalflexion-plantarflexion, känn efter tonus då foten dorsalflekteras).

Om det är svårt att skatta tonus pga smärta eller kontrakturer så anges detta under kommentarer.

### Sid 3

#### Tumme

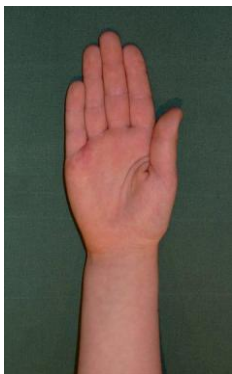
Tag passivt ut volarabduktion och notera om stramhet och/eller tecken på smärta kan observeras.

Klassifikation av thumb-in-palm enligt House typ I-IV

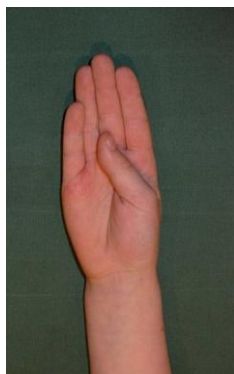
Detta är en beskrivning av vilka muskler som är engagerade men ingen gradering av svårighetsgraden. Bedöms när personen öppnar handen för att gripa ett föremål. Markera i rutan om personen har eller inte har thumb-in-palm. Om personen inte medverkar, känn efter vilka muskler som är spända/spastiska.

#### Om personen har thumb-in-palm klassificeras detta enligt House:

- Typ I = Lätt adduktionsställning i CMC-leden. Tummen ligger lätt adducerad in mot pekfingret. (Metacarpale I indragen mot metacarpale II, m. adductor pollicis)
- Typ II = Adduktionsställning i CMC-leden och flexions-ställning i MCP-leden. Tummen ligger adducerad från CMC samt flekterad från MCP in mot vola. (m. adduktor pollicis + m. flexor pollicis brevis)
- Typ III = Adduktionsställning i CMC-leden i kombination med en hyperextension och eventuellt instabilitet i MCP-leden och/eller IP-leden. (som ovan + m. extensor pollicis longus)
- Typ IV = Adduktionsställning i CMC-leden i kombination med flexionsställning i MCP- och IP-led. Tummen ligger adducerad samt flekterad i MCP- och IP-led. (som ovan + m. flexor pollicis longus)



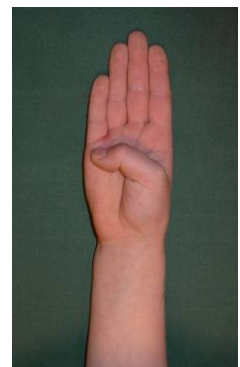
Typ I



Typ II



Typ III



Typ IV

**Sid 3****Samtidig handleds- och fingersträckning**

Denna klassifikation enligt Zancolli, avser att gradera graden av aktiv sträckförmåga i handled och fingrar. Kräver aktiv medverkan av personen som t.ex. vid uppmaning till ”give me five” eller observeras vid manipulation av t.ex. bollar eller burkar framför sig på bordet. Man anger det personen kan klara, inte vad den använder mest.

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

**Grupp 1 + X**

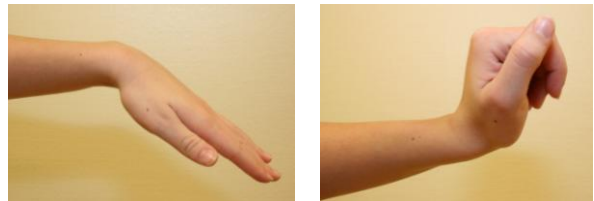
Kan aktivt sträcka fingrarna fullt med handleden extenderad 20° eller mer. Dvs. utan anmärkning på handens rörlighet. Detta innebär att både grupp 1 och X markeras samtidigt.

**Grupp 1**

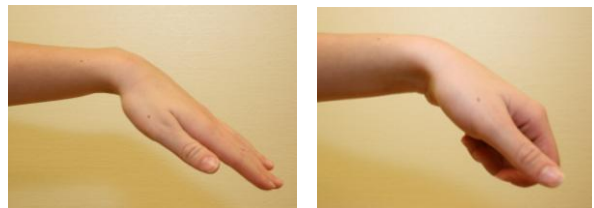
Kan aktivt sträcka fingrarna fullt med bättre handledssträckning än 20° flexion.

**Grupp 2 A**

Kan aktivt sträcka fingrarna fullt men bara om handleden är böjd mer än 20°. 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°. Kan inte aktivt extendera handleden.

**Grupp 3**

Kan varken sträcka fingrar eller handled.



**Sid 4****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.

Handledens position kan vägleda om personen har instabilt grepp.

Klassificeringen görs med hänsyn till åldersadekvat handfunktion.

<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 <b>utan grepp</b> , t ex för att stabilisera, trycka på eller knuffa föremål.
	2	<i>Fair passive grasp</i>	Håller <b>föremål</b> som <b>placerats</b> i handen med instabilt grepp. Föremålet kan placeras i handen av personen själv eller av annan.
	3	<i>Good passive grasp</i>	Håller <b>föremål</b> som <b>placerats</b> i handen (se ovan) och håller med stabilt grepp.
Aktiv hand/hjälphand	4	<i>Poor active grasp</i>	Griper <b>aktivt</b> om föremål och håller med <b>instabilt</b> grepp.
	5	<i>Fair active grasp</i>	Griper <b>aktivt</b> om föremål och håller med <b>stabilt</b> grepp.
	6	<i>Good active grasp</i>	Griper <b>aktivt</b> om föremål och håller med stabilt grepp. <b>Ändrar ofta föremålets läge</b> 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.

## Sid 4

### Bimanuell förmåga

Man bedömer om personen spontant kan använda två händer tillsammans i aktiviteter som kräver det.

Exempel på aktiviteter lämpliga att observera personen i:

- Knäppa, knäppa upp knappar.
- Dra upp och ner dragkedja.
- Ta på mössa, hatt, halsband, vantar, sockor.
- Öppna plånbok med kardborreband/blixtlås eller portmonnä, ta upp pengar och lägga tillbaka.
- Ta tandkräm på tandborste från tandkrämstubb med skruvlock.
- Dra isär tandborstfodral.
- Kasta och fånga stor boll/ballong.
- Bära/lyfta saker i balja/back/bricka med två handtag.
- Dra av och sätta på kork på tuschpennor.
- Skruva av lock på burk.
- Skruva av och på muttrar på tjock bult.

## Sid 4

### Liggande – vanligast förekommande vilo- och sovställning

Bibehålla position:

- Kan självständigt ligga kvar i en position i liggande utan stöd.
- Beroende av hjälp eller stöd för att kunna ligga kvar i en position i liggande.

Ändra position:

- Kan självständigt ändra kroppsställning eller göra lägesförändringar i liggande tex vända sig från ryggliggande till sidliggande.
- Kan medverka vid förändring av kroppsställning och lägesförändringar i liggande men behöver viss hjälp.
- Helt beroende av hjälp för att ändra kroppsställning eller göra lägesförändringar i liggande.

## Sid 4

### Bedömning ryggliggande

Markera ja för symmetri, nej för asymmetri

- Är huvudet i medellinjen eller avviker det från medellinjen och lutar åt något håll?
- Är bålen helt symmetrisk eller finns det asymmetri i form av deviation eller rotation? Vid osäkerhet, jämför avståndet från axlarna till bäckenet.
- Är benen separerade och i neutralläge i förhållande till bäckenet eller finns det tendens till korsning eller windswept?
- Vilar armarna avspänt längs sidorna eller är de spända och används för att balansera, styrs av reflexer, tonus eller ofrivilliga rörelser?
- Är vikten jämnt fördelad eller belastas ena kroppshalvan mer än den andra?

## Sid 4

### Sittande – vanligast förekommande

Har inget sittande anges endast då personen inte sitter ens med anpassade sitthjälpmedel. Fler alternativ anges om något av alternativen tex. formgjuten sits används i kombination med rullstol eller arbetsstolsunderrede. Om inget alternativ passar, ange sittande vid kommentar.

## Sid 5

### Bedömning - sittande på brits

Ange om personen bedöms i sittande utan stöd eller med stöd från stol, sittsystem eller annan person.

Markera ja för symmetri, nej för asymmetri

- Är huvudet i medellinjen eller avviker det från medellinjen och lutar åt något håll?
- Är bålen helt symmetrisk eller finns det asymmetri i form av deviation eller rotation? Jämför avståndet från axlarna till bäckenet.
- Är benen separerade och i neutralläge i förhållande till bäckenet eller finns det tendens till korsning eller windswept?
- Vilar armarna avspänt längs sidorna eller är de spända och används för att balansera, styrs av reflexer, tonus eller ofrivilliga rörelser?
- Vilar hela fötterna i golvet eller belastas bara tex framfoten eller utsidan av foten?
- Är vikten jämnt fördelad eller belastas ena kroppshalvan mer än den andra?

## Sid 5

### Bedömning rygg och skolios

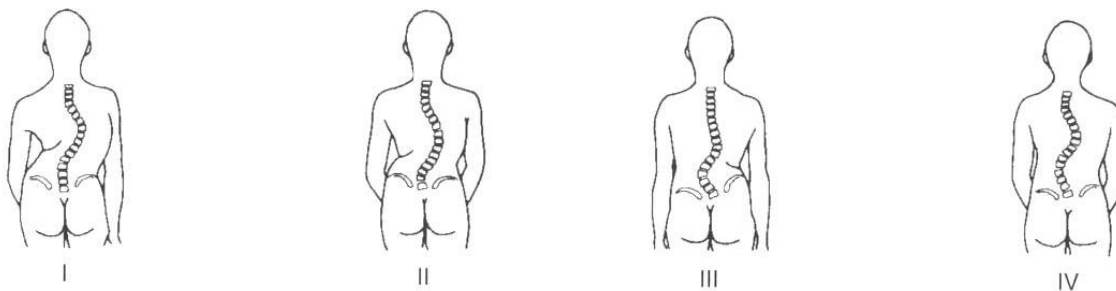
Ange om personen är **skoliosopererad. Om skoliosoperation är gjord är bedömning av rygg och skolios ej obligatorisk.**

Om bedömning av rygg och skolios utförs – ange i vilken ställning ryggen bedöms.

Välj först och främst stående utgångsställning med **korrektion för eventuell bäckentippning på grund av benlängdsskillnad eller kontrakturer i nedre extremiteterna.** Är detta inte möjligt görs bedömningen i sittande, **med korrektion för eventuell bäckentippning.** Är detta inte heller möjligt görs bedömningen i liggande.

Graden av skolios (lätt, måttlig eller uttalad) är en grov uppskattning av skoliosens storlek. Graderingen avgör om röntgenkontroll skall göras enligt vårdprogrammet.

Bedömning om en skolios är korrigerbar eller ej görs bäst i magliggande. Försök att räta upp ryggen med hjälp av dina händer. Kan ryggen rätas upp är skoliosen korrigerbar. Ibland är skoliosen delvis korrigerbar, men ryggen kan inte fås helt rak. Ange då skoliosen som ej korrigerbar.



Exempel på benämningar:

- I Högerkonvex thorakal skolios
- II Högerkonvex thorakolumbal skolios
- III Vänsterkonvex lumbal skolios
- IV Högerkonvex thorakal och vänsterkonvex lumbal skolios

(Ur Danielsson och Willner: *Barnortopedi och skolioser. Studentlitteratur 1999, med tillstånd av förf.*)

## Sid 5

### Korsett

Inkluderar alla typer av individuellt anpassade bålortoser

Ange de bålortoser som personen **använder** och **användningstiden**.

## Sid 6

### Stående

Observera att ”Står själv utan hjälpmedel” inte utesluter att man besvarar frågan ”Använder ståhjälpmiddel”. Självständigt stående betyder inte per automatik att personen inte har något ståhjälpmiddel.

Flera alternativ kan anges för ståhjälpmiddel tex ståskal i kombination med tippbräda. Ortopediska skor som används i kombination med ståhjälpmiddel kan anges under kommentarer, om så önskas).

## Sid 6

### Bedömning – stående

Ange om personen bedöms i stående utan stöd eller med stöd från annan person eller externt stöd som tex ledstång, rollator.

Markera ja för symmetri, nej för asymmetri

- Är huvudet i medellinjen eller avviker det från medellinjen och lutar åt något håll?
- Är bålen helt symmetrisk eller finns det asymmetri i form av deviation eller rotation? Jämför avståndet från axlarna till bäckenet.
- Är benen höfter och ben sträckta eller är höfter eller knän flekterade?
- Är benen separerade och i neutralläge i förhållande till bäckenet eller finns det tendens till korsning eller windswept?
- Vilar hela fötterna i golvet eller belastas bara tex framfoten eller utsidan av foten?
- Är vikten jämnt fördelad eller belastas den ena foten mer än den andra?

**Sid 7****Överflyttningar/korta förflyttningar**

Ange vanligast förekommande förflyttningssätt vid korta överflyttningar som tex till och från säng eller toalett.

**Sid 7****Functional Mobility Scale (FMS)**

The Functional Mobility Scale (FMS) (version 2) avser klassificera personers **nuvarande och vanligast förekommande funktionella förflyttning** vid tre specifika avstånd: 5m, 50m, 500m motsvarande i hemmet, i skolan respektive ute i samhället. Konstruktörerna utgår från att personen kan tänkas använda olika hjälpmedel i olika omgivningar och betonar därför att **omgivningen är mest relevant och avståndet endast en vägledning.**

FMS avser klassificera utförande (performance) d v s det som personen faktiskt **gör just nu** vid denna tidpunkt och inte vad personen kan göra eller har brukat kunna göra.

**Klassificeringen görs med bakgrund av frågor som ställs till personen/närstående** (ingen direkt observation). För att få svar på vad personen vanligtvis gör, är det viktigt hur man ställer frågorna till personen/närstående. Frågorna kan ställas på följande sätt:

- Hur förflyttar du dig vid kortare sträckor i hemmet? (5 m)
- Hur förflyttar du dig inom och mellan klassrum i skolan alt på arbetet?(50 m)
- Hur förflyttar du dig vid längre avstånd så som i ett varuhus? (500 m)

Ange personens funktionella förflyttning vid **samtliga tre avstånd (5 m, 50 m, 500 m)** i relation till behov av hjälpmedel så som kryckor, rollator eller rullstol. Ortoser som används regelbundet skall inkluderas i bedömningen.

Välj **en** av följande beskrivningar som **bäst** beskriver personens nuvarande funktion vid respektive avstånd. Ange vad personen **GÖR** inte vad han/hon kan! Gradera utifrån hur det ser ut i personens egen omgivning, t ex. finns det inga trappor behöver personen ej kunna gå i trappor för att personens funktionella rörelseförmåga skall klassificeras som självständig. Det räcker då med att personen är helt självständigt i den miljön som han/hon **vanligtvis vistas i.**

**N** = Inte tillämpligt; t.ex. personen fullföljer inte avståndet.

*(Förtydligande: Används då en person aldrig hamnar i den situationen t.ex. aldrig får följa med till ett shoppingcenter på grund av sitt nedsatta allmäntillstånd. N, används enbart ute i samhället (500 m).*

**C** = Kryper: Personen kryper vid förflyttning i hemmet (5 m).

*(Förtydligande: Används inte vid 50 och 500 m)*

**1** = Använder rullstol: Kan ev. stå vid förflyttningar, kan ev. ta några steg med hjälp av annan person eller rollator/stöd. T ex:

- Åker eller kör rullstol, tar steg med mycket stöd av person, går i gåstol

**2** = Använder rollator eller stöd; utan hjälp av annan person. T ex:

- Går med rollator, gåbord, betastöd.

**3** = Använder kryckkäppar; utan hjälp av annan person. T ex:

- Går med en eller två kryckkäppar, fyrpunktsstöd.

**4** = Använder käppar (en eller två); utan hjälp av annan person. T ex:

- *Går med en eller två stödkäppar, går självständigt med stöd av väggar, möbler och dylikt, går med stöd av person "håller hand"*.

**5** = Självständig gång på jämnt underlag; använder inte gånghjälpmedel eller hjälp av annan person\*. Behöver ledstång i trappor.

\*Om möbler, väggar, staket, skyltfönster används som stöd, anges siffran 4 som korrekt beskrivning.

**6** = Självständig gång på alla underlag; använder inga gånghjälpmedel eller hjälp från annan person när personen går på olika underlag inklusive ojämn mark, trottoarkant och i folksamlingar.

**OBS!!! I denna manual har "ditt barn, sig, barnet" bytts ut mot "du, dig, personen" för att bättre stämma in på de vuxna som omfattas av uppföljningsprogrammet.**

## Sid 9

### Ortoser-definitioner

Ange de ortoser som personen **använder för övre och nedre extremiteterna**.

Ange om ortos för kontrakturprofylax används mer eller mindre än 6 tim/dygn.

#### Exempel på ortoser:

**Armbåge**

**Handled**

**Tumme**

**Helhand**

#### Supinationsortos

**FO** (inlägg)- Inkluderar alla typer av individuellt anpassade inlägg, proximalt från malleolerna till och med metatarsophalangeala lederna eller distalt, oavsett material. Syftet är att påverka de subtalara lederna och/eller mellanfoten.

**AFO** (Ankel Fot Ortos)- Inkluderar alla ortoser som proximalt avslutas ovanför malleolerna men nedanför knäleden och distalt sträcker sig över foten. Syftet är att verka över ankelleden och/eller distalt. Det görs ingen skillnad om ortosen är ledbar i fotleden eller inte. Fasta, "dynamiska" eller ledbara ortoser inkluderas.

**KAFO** (Knä Ankel Fot Ortos)- Inkluderar alla ortoser som proximalt avslutas ovanför knäleden t o m trochanter major och distalt sträcker sig över foten. Fasta eller ledbara ortoser inkluderas. Syftet är att verka över knäleden och fotleden.

**KO** (Knä Ortos)- Inkluderar alla ortoser som proximalt avslutas ovan knäleden t o m trochanter major och sträcker sig distalt till malleolerna. Syftet är att verka över knäleden.

**HO** (Höft Ortos)- Inkluderar alla ortoser som sträcker sig över lårbenen. Syftet är att verka över höftlederna.

#### Mål med ortos-definitioner:

Ange det huvudsakliga målet med ortosbehandlingen. Ortoser för personer med CP är vanligtvis utformade med ett eller två *huvudsakliga* mål:

- att underlätta funktion
- att påverka kroppens struktur, kontrakturprofylax.

**Fraktur:**

Avser alla sorters frakturer (svara ”ja” eller ”nej”) och ange typ av fraktur vid kommentar.

**REFERENSER**

## CP subtyp

- Referens och Träningsmanual (R&TM), Surveillance of Cerebral Palsy in Europe (SCPE). [CD-rom]. Översättningen Eva Beckung och Paul Uvebrant, 2006.
- [http://www-rheop.ujf-grenoble.fr/scpe2/site\\_scpe/decisiontree.php](http://www-rheop.ujf-grenoble.fr/scpe2/site_scpe/decisiontree.php)

## MACS

- <http://www.MACS.nu>
- Eliasson AC, Krumlinde Sundholm L, Rösblad B, Beckung E, Arner M, Öhrvall AM, Rosenbaum P. The Manual Ability Classification System (MACS) for children with cerebral palsy: scale development and evidence of validity and reliability. *Dev Med Child Neur* 2006. 48:549-554.

## GMFCS

- <http://www.canchild.ca>
- Lundkvist A, Nordmark E. Svensk översättning av Gross Motor Function Classification System Expanded & Revised (GMFCS-E&R). 2007. Tillgänglig på: [www.cpunp.se](http://www.cpunp.se)
- Rosenbaum P, Palisano R, Bartlett D, Galuppi B, Russell D. Development of the Gross Motor Function Classification System for cerebral palsy. *Dev Med & Child Neurol*. 2008; 50 (4): 249-253.
- Palisano RJ, Rosenbaum P, Bartlett D, Livingstone MH. Content Validity of the Expanded and revised Gross Motor Function Classification System. *Dev Med & Child Neurol*. 2008; 50 (10): 744-750.
- Jahnsen R, Aamodt G, Rosenbaum P. Gross Motor Function Classification System used in adults with cerebral palsy: agreement of self-reported versus professional rating. *Dev Med & Child Neurol*. 2006; 48 (9): 734-738.

## Passiv ledrörlighet

- The American Academy of Orthopaedic Surgeons. Joint Motion, Method of Measuring and Recording, Churchill Livingstone, Edinburgh and London, 1966.
- 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.
- Ryf C, Weymann A. Range of Motion-AO Neutral-0 Method Measurement and Documentation. Thieme Medical Publishers 1999.

## Muskeltonus

- Bohannon RW, Smith MB. Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. *Phys Ther*. 1987 Feb;67(2): 206-7.

## Zancolli

- Zancolli, E.A & Zankolli, E.R Surgical management of the hemiplegic spastic hand in cerebralpalsy, Surg Clin North Am, 1981;61: 395-406

## House

- 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.

## Bedömning liggande, sittande, stående

- Pope Pauline M. Severe and Complex Neurological Disability, Management of the Physical Condition. Elsevier 2007. Fritt översatt till svenska av Elisabet Rodby Bousquet efter tillstånd från författaren.

## Skolios

- Danielsson och Willner: Barnortopedi och skolioser. Studentlitteratur 1999

## FMS

- [http://www.mcri.edu.au/Downloads/GaitCCRE/FMS\\_brochure.pdf](http://www.mcri.edu.au/Downloads/GaitCCRE/FMS_brochure.pdf)
- Gudmundsson C, Nordmark E. Svensk översättning av The Functional Mobility Scale. 2008. Tillgänglig på: [www.cpup.se](http://www.cpup.se) . *Den text som angetts med kursiv stil baseras på personliga kommentarer från Adrienne Harvey 2008-04-16.*
- Graham HK, Harvey A, Rodda J, Nattrass GR, Pirpiris M. The Functional Mobility Scale (FMS). J Pediatr Orthop. 2004 Sep-Oct;24(5):514-20.
- Harvey A, Graham HK, Baker R, Wolfe R. The functional mobility scale: responsiveness to change. Abstract DMCN Suppl no 106,vol 48 September 2006.
- Harvey A, Graham HK, Morris ME, Baker R, Wolfe R. The Functional Mobility Scale: ability to detect change following single event multilevel surgery. Dev Med Child Neurol. 2007 Aug;49(8):603-7.
- Harvey A, Robin J, Morris ME, Graham HK, Baker R. A systematic review of measures of activity limitation for children with cerebral palsy. Dev Med Child Neurol. 2008 Mar;50(3):190-8. Epub 2008 Jan 12.

## Fysisk aktivitet

- Shephard RJ, Balady GJ. Exercise as Cardiovascular Therapy. Circulation 1999;99:963-972.
- SBU-rapport. Metoder att främja fysisk aktivitet. En systematisk litteraturöversikt. Rapport nr 181, 2007. [http://www.sbu.se/upload/publikationer/content0/1/fysisk\\_aktivitet.pdf](http://www.sbu.se/upload/publikationer/content0/1/fysisk_aktivitet.pdf) 2008-07-03.