

Personnr: \_\_\_\_\_ Namn: \_\_\_\_\_

ID-nr Compos: \_\_\_\_\_ Habiliteringsenhet: \_\_\_\_\_

# Hälsouppföljning av barn och ungdom med Cerebral Pares

## 6 år

Checklista			Signatur
Demografiska data	Kurator	<input type="checkbox"/>	_____
Medicinska bakgrundsdata	Läkare	<input type="checkbox"/>	_____
Kognition	Psykolog	<input type="checkbox"/>	_____
Uppmärksamhet i dagligt liv	Specialpedagog	<input type="checkbox"/>	_____
	Annan person	<input type="checkbox"/>	_____
Aktiviteter:			
Finmotorisk förmåga	Arbetsterapeut	<input type="checkbox"/>	_____
Grovmotorisk förmåga	Sjukgymnast	<input type="checkbox"/>	_____
PEDI	Arbetsterapeut	<input type="checkbox"/>	_____
	Kurator	<input type="checkbox"/>	_____
	Logoped	<input type="checkbox"/>	_____
	Psykolog	<input type="checkbox"/>	_____
	Sjukgymnast	<input type="checkbox"/>	_____
	Specialpedagog	<input type="checkbox"/>	_____
	Sjuksköterska	<input type="checkbox"/>	_____
TOM, kommunikation, språk/ät funktion	Logoped	<input type="checkbox"/>	_____
EQ-5D-Y	Kurator	<input type="checkbox"/>	_____
MPOC		<input type="checkbox"/>	_____

### Antal kontakter med Habiliteringen:

Definition av antal kontakter/insatser under 1 år: 1 = 0, 2 = 1-10, 3 = 11-20, 4 = 21-40 och 5 = 41-uppåt.

Landsting/regioner i samarbete med Linköpings universitet, Institutionen för medicin och hälsa, avdelningen för fysioterapi.

# Demografiska data

Datum för insamling av data:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
År	Mån	Dag

Tolk användes vid datainsamling

Nej

Ja

## Familj

**Fadern** kom till Sverige år:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
År			

**Modern** kom till Sverige år:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
År			

**Modern** är biologisk förälder

Nej     Ja

Födelseår för modern

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
År			

**Fadern** är biologisk förälder

Nej     Ja

Födelseår för fadern

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
År			

**Modern** är född i annat land

Nej     Ja

**Modern** immigrerat från: \_\_\_\_\_

**Modern** behöver tolk

Nej     Ja

**Fadern** är född i annat land

Nej     Ja

**Fadern** immigrerat från: \_\_\_\_\_

**Fadern** behöver tolk

Nej     Ja

**Barnet** bor tillsammans med      
Båda föräldrarna Modern Fadern Växelboende

Annat boende: \_\_\_\_\_

### Syskon:

**Syskon** (hel eller halvbiologiska)    
Nej Ja

Syskons födelseår     , år     , år      
    , år     , år      
    , år     , år

### Samhällsstöd

**Vårdbidrag**    
Nej Ja

Hur mycket vårdbidrag      
25% 50% 75% 100%

**Insatser enligt SoL**    
Nej Ja

Vilka insatser enligt SoL: \_\_\_\_\_

**Insatser enligt LSS 9§**    
Nej Ja

Om ja, kryssa i vilka Rådgivning och annat personligt stöd Nej  Ja

Personlig assistent Nej  Ja

Antal timmar/vecka mindre än 10   
≥ 10-20   
≥ 20-40   
mer än 40

Ledsagarservice	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Kontaktperson	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Avlösarservice i hemmet	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Korttidsvistelse utanför det egna hemmet	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdom	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

**Personlig assistans enligt socialförsäkringsbalken (SFB)**    
 Nej Ja

Antal timmar/vecka personlig assistent enligt SFB 20-40   
 41-60   
 mer än 60

<b>Samordnad plan enligt SOSFS§2008:20</b>	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
<b>Färdtjänst</b>	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
<b>Bilstöd</b>	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
<b>Individuell plan enligt LSS 10§</b>	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
<b>Habiliteringsplan enligt HSL</b>	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
<b>Samordnad individuell plan (SIP)</b>	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

<b>Förskola/skola</b> (välj ett alternativ)	
<b>Vistelse dagtid:</b>	
Hemma hel dag	Ja <input type="checkbox"/>
Förskola	Ja <input type="checkbox"/>
Specialförskola	Ja <input type="checkbox"/>
Familjedaghem	Ja <input type="checkbox"/>
Förskoleklass	Ja <input type="checkbox"/>
Grundskola	Ja <input type="checkbox"/>
Särskola Grundsär	Ja <input type="checkbox"/>
Särskola Träningsskola	Ja <input type="checkbox"/>
Specialskola	Ja <input type="checkbox"/>

Skolbarnsomsorg/fritids    
 Nej Ja

**Extra resurser i skola/barnomsorg**    
 Nej Ja

Om ja, vad: Stöd av specialpedagog/speciallärare   
Assisten/resurs tillsatt av förskola/skola   
Personlig assistent enligt LSS/LASS

## **Fritid**

**Deltar barnet i några fritidsaktiviteter?** Nej  Ja

Om ja, vilka aktiviteter \_\_\_\_\_

Hur ofta? en eller flera gånger/ vecka   
en eller flera gånger/månad   
mer sällan

**Träffar barnet andra barn/ungdomar på sin fritid för att leka eller umgås?** Nej  Ja

Om ja, hur ofta? en eller flera gånger/ vecka   
en eller flera gånger/månad   
mer sällan

### **Kompisnätverk:**

1 kompis   
2-3 kompisar   
4 kompisar eller fler

OBS!

## **Bakgrundsfrågor kring socio-emotionellt och praktiskt stöd till föräldrar/vårdnadshavare**

finns på sid 17.

# Medicinska bakgrundsdata

Datum för insamling av data:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
År	Mån	Dag

Tolk användes vid datainsamling

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nej	Ja

## CP-typer

<b>Spastisk</b>	Bilateral	Tetraplegi	G80.0	<input type="checkbox"/>
		Diplegi	G80.1	<input type="checkbox"/>
	Unilateral	Hemiplegi	G80.2	<input type="checkbox"/>
Dyskinetisk	Tonusväxling		G80.3A	<input type="checkbox"/>
	Koreo-atetos		G80.3B	<input type="checkbox"/>
	Ataxi		G80.4	<input type="checkbox"/>
<b>CP-övrig</b>			G80.9	<input type="checkbox"/>

**GMFCS**  
**I - V**

CT/MR hjärna Nej  Ja

Datum för röntgen

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
År	Mån	Dag

Fynd: \_\_\_\_\_

- Prenatal skada
- Perinatal skada
- Postnatal skada
- Oklar tidpunkt

## Tillägghandikapp

Syn:	Hörsel:	
Ua <input type="checkbox"/>	Ua <input type="checkbox"/>	
CVI <input type="checkbox"/>	Nedsatt hörsel UNS <input type="checkbox"/>	
Hemianopsi <input type="checkbox"/>	Hörapparat <input type="checkbox"/>	
Synsvag 0.1-0.3 <input type="checkbox"/>	Döv <input type="checkbox"/>	
Blind mindre än 0.1 <input type="checkbox"/>		
Språk/talsvårigheter	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Dysfagi/sväljningsvårigheter	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Epilepsi (OBS diagnos ovan)	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Terapieresistent > 1g/mån, trots 2 års behandling	Ja <input type="checkbox"/>	
Autism	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Autismspektrumstörning	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Blåsfunktion:

Inkontinens: Nej  Ja

Tömningsrubbning Nej  Ja

Tarmfunktion:

Tarminkontinens: Nej  Ja

Förstoppning Nej  Ja

Höftledsluxation:

Nej  Hö  Vä

Scolios Ja  Nej

Bilat

Grader \_\_\_\_\_

Gastrostomi/sond Nej  Ja

Datum för insamling av data:

År	Mån	Dag

**Tillväxt/BMI**

Längd cm	_____	cm
----------	-------	----

Vikt kg	_____	kg
---------	-------	----

Beräkning av BMI sker automatiskt i Compos

**Små barn** mäts liggande på mätbräda. En person (oftast förälder) håller barnets huvud mot huvudplattand. Personal sträcker barnets ben, trycker försiktigt ner knäna mot underlaget – fötterna mot fotplattan. Läs av skalan.

**Större barn som kan stå** mäts stående. Barnet står mot mätstickan. Hämlarna mot väggen, fötterna ihop och tittar rakt fram. Mätstickans huvudplatta ska ligga an mot barnets huvud med ett lätt tryck. Läs av på skalan.

**Barn som inte kan stå** mäts liggande på brits med ett måttband. Lägg en platta bakom huvudet vågrätt mot britsen, räta ut benen, tryck försiktigt ned knäna mot underlaget. Lägg måttbandet från plattan och mät längden mot britsen. Om man ej kan räta ut benet pga kontrakturer mäts benet genom att lägga måttbandet mot utsidan av benet. Detta blir en cirka-längd.

Har barnet olika längd på benen, mät det längsta benet.

# Kognitiva funktioner (Registrering under kognitionstabb i Compos)

Datum för insamling av data:

År	Mån	Dag

Tolk användes vid datainsamling

  
Nej  
Ja

Hänthet Hö  Vä  Ambidexter

## Begåvningsnivå

Enbart observation/klinisk bedömning Ja

## Metod

WISC-IV Nej  Ja

WPPSI-III Nej  Ja

WPPSI-IV Nej  Ja

WAIS Nej  Ja

## Annan bedömning:

Merill-Palmer Ja  del av test  Nej

Griffith's Ja  del av test  Nej

Leiter Ja  del av test  Nej

Wechsler nonverbal scales of ability Ja  del av test  Nej

Annat Ja

## Bedömning av kognition enligt ICD-10

Bedömningen genomförd av:

Habiliteringen

Annan instans

Om nej (ställningstagande av kognitionsnivå):

Oklar Nej  Ja

Om nej (ställningstagande av kognitionsnivå):

Ingen utvecklingsstörning

Lindrig utvecklingsstörning (F70)

Måttlig utvecklingsstörning (F71)

Svår eller grav utvecklingsstörning (F72-F73)

Ospecificerad utvecklingsstörning (F79)



Datum för insamling av data:

År		Mån		Dag	

Tolk användes vid datainsamling

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nej	Ja

### Registrering i Compos under tabb WPPSI-III respektive under tabb WISC-IV

#### WPPSI-III skalpoäng

Blockmönster (Bl)*	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Information (In)*	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Matriser (Ma)*	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ordförråd (Or)*	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bildkategorier (Br)*	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Symbolletning (Sy)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Slutledning (Sl)*	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kodning (Ko)*	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Förståelse (Fö)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bildkomplettering (Bk)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Likheter (Li)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ordigenkänning (Oi)*	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Figursammansättning (Fi)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bildbenämning (Bb)*	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### WISC-IV skalpoäng

Med tidsasp

Utan tidsasp

Blockmönster (Bl)*	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Likheter (Li)*	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sifferrepetition (Sr)*	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bildkategorier (Br)*	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kodning (Ko)*	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ordförråd (Or)*	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bokstavs-siffer-serier (Bs)*	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Matriser (Ma)*	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Förståelse (Fö)*	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Symbolletning (Sy)*	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bildkomplettering (Bk)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Djurletning (Dj)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Information (In)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aritmetik (Ar)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Slutledning (Sl)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**\*Obligatoriska uppgifter för summering av domäner.**

<b>WPPSI-III</b>	<b>Summa delområden</b>
Summeringar av Compos	
<b>Verbal</b> = In+Or+Sl	
<b>Performance</b> = Bl+Ma+Br	
<b>Snabbhet</b> = Ko+Sy	
<b>Hela skalan</b> = Summa alla 7*	
<b>Basalt språk</b> = Oi+Bb	

<b>WISC-IV</b>	<b>Summa delområden</b>
Summeringar av Compos	
<b>Verbal</b> = Li+Or+Fö	
<b>Perceptuell</b> = Bl+Br+Ma	
<b>Snabbhet</b> = Ko+Sy	
<b>Arbetsminne</b> = Sr+Bs	
<b>Hela skalan</b> = Summa alla 10*	

### Skattad bedömning

Utifrån testning signifikansnivå $p < 0,05$	Ja <input type="checkbox"/>
Verbal funktion > Performance/perceptuell funktion	Ja <input type="checkbox"/>
Performance/perceptuell funktion > Verbal funktion	Ja <input type="checkbox"/>
Ingen signifikant skillnad	Ja <input type="checkbox"/>

Datum för insamling av data:

År	Mån	Dag

Tolk användes vid datainsamling

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nej	Ja

### Registrering i Compos under tabb WPPSI-IV

#### WPPSI-IV skalpoäng (4:0-7:7 år)

Blockmöster (Bl)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Information (In)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Matriser (Ma)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Symbolletning (Sy)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bildminne (Bm)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Likheter (Li)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bildkategorier (Br)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Överstrykning (Ös)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Spatialt minne (Sm)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Figursammansättning (Fi)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ordförråd (Or)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kodning (Ko)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Förståelse (Fö)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ordigenkänning (Oi)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bildbenämning (Bb)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### WPPSI-IV skalpoäng (4:0-7:7 år)

Primära index	Indexpoäng		
Verbalt Index (VI) (=Oi+In)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Visuospatialt Index (VSI) (=Bl+Fi)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fluid index (FI) (=Ma+Br)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Arbetsminneindex (AI) (=Bm+Sm)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Snabbhetsindex (SI) (=Sy+Ös)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hela Skalan (HIK) (=Bl, Bm, In, Fi, Oi)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Scoringprogram från Pearsons används för beräkning av indexpoäng

# Uppmärksamhet i dagligt liv

Datum för insamling av data:

År	Mån	Dag

Tolk användes vid datainsamling

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nej	Ja

## I skolverksamhet

Att vidmakthålla sin uppmärksamhet (d160 enligt ICF)

- Ingen svårighet
- Lätt svårighet
- Måttlig svårighet
- Stor svårighet
- Total svårighet
- Ej specificerbart
- Ej tillämbart

## Aktiviteter

### Finmotorisk förmåga

Datum för insamling av data:

År	Mån	Dag

Tolk användes vid datainsamling

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nej	Ja

Manual Ability Classification System (MACS)

1-5

### Grovmotorisk förmåga

Datum för insamling av data:

År	Mån	Dag

Tolk användes vid datainsamling

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nej	Ja

Gross Motor Function Classification System (GMFCS)

1-5

GMFM-66 ej testat på grund av:

Mindre än  
mätområdet

Större än  
mätområdet

Gross Motor Function Measure (GMFM-66) score

						,					
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--

GMFM-66 konfidensintervall (95%) undre

						,					
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--

övre

						,					
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--



## Hjälpbehov

Hjälpbehov

totalt

inget

### Personlig vård

Råpoäng

,   
Normativ poäng

,   
Medelvårdets  
medelfel (1 SE)

,   
Skalpoäng

,   
Medelvårdets  
medelfel (1 SE)

Below 10 <   
Above 90 >

### Rörelseförmåga

Råpoäng

,   
Normativ poäng

,   
Medelvårdets  
medelfel (1 SE)

,   
Skalpoäng

,   
Medelvårdets  
medelfel (1 SE)

Below 10 <   
Above 90 >

### Social förmåga

Råpoäng

,   
Normativ poäng

,   
Medelvårdets  
medelfel (1 SE)

,   
Skalpoäng

,   
Medelvårdets  
medelfel (1 SE)

Below 10 <   
Above 90 >

## Antal anpassningar

Personlig vård

Inga

Allmänna

Hjälpmedel

Omfattande

Rörelseförmåga

Inga

Allmänna

Hjälpmedel

Omfattande

Social förmåga

Inga

Allmänna

Hjälpmedel

Omfattande

# Generell självskattad hälsa

## Mätning av hälsorelaterad livskvalitet bland barn

Proxy-skattning av förälder

Datum för insamling av data:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
År	Mån	Dag

Kunna röra sig	1-3	<input type="text"/>
Ta hand om sig själv	1-3	<input type="text"/>
Göra vanliga aktiviteter	1-3	<input type="text"/>
Ha ont eller ha besvär	1-3	<input type="text"/>
Känna sig orolig eller ledsen	1-3	<input type="text"/>

VAS (mm)

# Kommunikation – språk - ätande

Datum för insamling av data:

År			Mån		Dag

Tolk användes vid datainsamling

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nej	Ja

- Observation   
 Intervju   
 Formell testing

	* Tal och språk 1	Fonologi 2	Dysartri 3	Dysfagi 5	Kommuni- kativ effektivitet Appendix
<b>Funktionsnedsättning</b>	,	,	,	,	
<b>Aktivitet</b>	,	,	,	,	,
<b>Delaktighet</b>	,			,	,

\* Siffrorna hänvisar till diagnosspecifik skala.



## Bakgrundsfrågor kring socio-emotionellt och praktiskt stöd till föräldrar/vårdnadshavare:

Datum för bedömning:

År		Mån		Dag	

Formuläret besvarat av:

Mamma	<input type="checkbox"/>
Pappa	<input type="checkbox"/>
Båda föräldrarna	<input type="checkbox"/>
Annan	<input type="checkbox"/>

1A. Hur mycket hjälp får Du /Ni som föräldrar/vårdnadshavare från närstående kring Ditt/Ert barn?

1	2	3	4	5
Ingen				Så mycket jag vill

1B. Hur nöjd är Du/Ni som föräldrar/vårdnadshavare med denna mängd hjälp från närstående?

1	2	3	4	5
Inte alls nöjd				Mycket nöjd

2A. Hur mycket hjälp får Du/Ni som föräldrar/vårdnadshavare från icke-familjemedlemmar t ex vänner?

1	2	3	4	5
Ingen				Så mycket jag vill

2B. Hur nöjd är Du/Ni som föräldrar/vårdnadshavare med denna mängd hjälp från icke-familjemedlemmar kring Ditt/Ert barn?

1	2	3	4	5
Inte alls nöjd				Mycket nöjd

3. Hur lätt eller svårt tycker Du/Ni som föräldrar/vårdnadshavare det är att ordna barnvakt när Du/Ni vill/behöver det?

1	2	3	4	5
Mycket svårt	Svårt	Ibland lätt/Ibland svårt	Lätt	Mycket lätt