Opdateret d. 23.02.2026

Cerebral Parese Opfølgningsprogram

Manual til Fysioterapeutiske Protokol

Indhold

Fysioterapeutisk Undersøgelse ... 2
Dominerende Neurologisk Symptom ... 3
Grovmotorisk funktion ... 3
GMFCS Niveau – Grovmotorisk Klassifikation med GMFCS-E&R ... 4
GMFM ... 4
FMS - Functional Mobility Scale ... 4
Stående funktion ... 4
Hjælpemidler og ortoser ... 4
Anvender ståhjælpemiddel ... 5
Kørestol indendørs og udendørs ... 5
Ortoser ... 5
Ledbevægelighed og tonus ... 6
Vurdering af ledbevægelighed ... 7
Hofteabduktion ... 7
Hofteabduktionen med strakt hofte og knæ (ikke obligatorisk) ... 7
Hoftefleksion (frivillig) ... 8
Knæ (Hamstringsvinklen) ... 8
Knæekstension ... 9
Fodled – dorsalfleksion med flekteret knæ ... 9
Fodled – dorsalfleksion med ekstenderet knæ ... 10
Hofte indad- og udadrotation med flekteret knæ ... 10
Elys test ... 11
Hofteekstension ... 11
Alarmværdier for passiv ledbevægelighed ... 12
Spasticitet / Muskeltonus ... 13
Fodklonus ... 14
Vurdering af muskeltonus i hvile med Modificeret Ashworth-skala ... 14
Andre undersøgelser ... 15
Vurdering af fod ... 16
Vurdering af Ryg og Skoliose ... 16
Korset ... 16
Positionering ... 17
Bibeholdelse af kropsstillingen – Ændre position - Forflytning ... 17
PEDI ... 17
Fysisk aktivitet ... 18
Fysisk aktivitet - børnehave / skole og fritid ... 19
Fysioterapi ... 19
Fysioterapeutiske indsatser ... 20
Aktivitet og deltagelse ved personlig pleje ... 20
Kommentarer ... 21
Har CPOP vurderingen medført forslag til indsatser ... 22
Øvrige Kommentarer ... 22
Helt eller delvist fravalg af CPOP Undersøgelse ... 22
Referencer ... 22

Fysioterapeutisk protokol og manual er oversat og bearbejdet af:
Helle Mätzke Rasmussen, Lisbeth Torp-Pedersen, Anne Willads, Malene M. Fabricius,

Megan Pickett, Fysioterapeuter
Mette Johansen, Helle Maegaard Siggaard, Tina Udemark Pasgaard, Christina Esmann Fonvig og Kirsten Nordbye-Nielsen, Fysioterapeuter og regionale koordinatorer i CPOP

Samt

Mette Kliim-Due, Fysioterapeut, Betina Rasmussen og Line Zacho Petersen, Ergoterapeuter fra Helene Elsass Center

Foto
Susanne Østergaard, Hvidovre Hospital og Janus Olsen, Captured

Tak til Uppföljningsprogram för cerebral pares (CPUP)

OBS!

Børn der af en neuropædiater vurderes at have Cerebral Parese (CP) eller er OBS-CP skal følges i CPOP.

Første gang barnet undersøges, skal spørgsmål som indeholder formuleringen "siden seneste vurdering" besvares i forhold til, hvordan barnets situation har været det seneste år.

Kommentarer kan skrives ind i databasen for det kliniske arbejde.

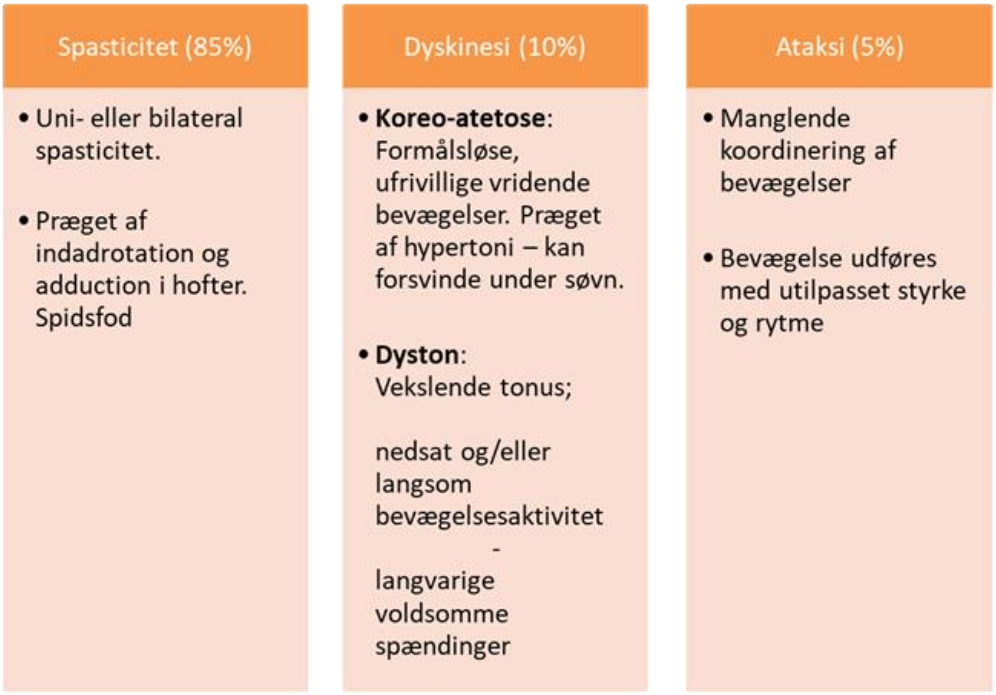
Fysioterapeutisk Undersøgelse

Dominerende Neurologisk Symptom

I CPOP anvendes beskrivelsen af de dominerende neurologiske symptomer, som beskrevet af Surveillance of Cerebral Palsy in Europe (SCPE) og opsummeret i figuren herunder.

Angiv barnet/den unges dominerende neurologiske symptom som forårsager størst begrænsning i barnet/den unges motoriske funktion. Angiv et af disse:

- Spasticitet
- Dyskinesi
- Ataxi



Børn der er yngre end 2-3 år har ikke altid tydelige dominerende neurologiske symptomer, idet de i stedet kan være præget af hypotoni, ekstensionsspænding og et mindre varieret bevægelsesmønster. Børn hvor det dominerende neurologiske symptom kan være svært at vurdere kan klassificeres med ikke klassificerbar eller blandingsform.

Grovmotorisk funktion

GMFCS Niveau – Grovmotorisk Klassifikation med GMFCS-E&R

Med Gross Motor Function Classification System Expanded and Revised (GMFCS – E&R) klassificeres barnet/den unges grovmotoriske funktion. Vælg det klassifikationsniveau barnet/den unge vurderes at høre til i forhold til GMFCS E&R manualen.
Vær opmærksom på, at GMFCS E&R skal udfyldes for at protokollen kan gemmes i databasen.

Manualen samt GMFCS E&R beskrivelser og illustrationer kan hentes på www.cpop.dk/faggrupper/fysioterapi.

GMFM

Angiv hvilken dato Gross Motor Function Measure (GMFM) er udført. Angiv desuden resultatet med GMFM-66 point eller GMFM 88 total (%).

Du kan læse mere om GMFM på CPOP's hjemmeside.

OBS! Se anbefaling for interval af udførelse af GMFM-testen på cpop.dk/faggrupper/intervaller.

FMS - Functional Mobility Scale

Med Functional Mobility Scale (FMS) klassificeres børns funktionelle mobilitet, under hensyntagen til omfanget af hjælpemidler, som barnet/den unge har behov for.

FMS er valideret til børn mellem 4 og 18 år, men anvendes i CPOP også til børn under 4 år. Vælg det klassifikationsniveau barnet/den unge vurderes at høre til i forhold til FMS-manualen.

Manualen kan hentes på www.cpop.dk/faggrupper/fysioterapi.

Stående funktion

Her ønskes en vurdering af barnet/den unges stående funktion.
Angiv det alternativ som bedst beskriver, hvordan barnet/den unge oftest står.

"Står ikke" vælges hvis barnet/den unge aldrig står hverken selvstændigt eller med støtte, herunder i ståhjælpemiddel.
"Står med støtte" vælges hvis barnet/den unge står med støtte i form af et hjælpemiddel eller med støtte fra væg, møbler eller en voksen.
"Står uden støtte" vælges hvis barnet/den unge står selvstændigt evt. med egen kropsstøtte.

Kommentar til grovmotorisk funktion

Noter evt. Kommentar til afsnittet vedr. grovmotorisk funktion.

Hjælpemidler og ortoser

Anvender ståhjælpemiddel

Her oplyses hvorvidt barnet/den unge/den unge anvender ståhjælpemiddel, samt hvilke typer: statisk, dynamisk eller begge.
Hvis der angives at der bruges ståhjælpemiddel, angiv med kryds det antal dage pr. uge hvor barnet/den unge/den unge anvender ståhjælpemiddel. Angiv det antal gange pr. dag der anvendes ståhjælpemiddel. Angiv antal timer pr. dag der anvendes ståhjælpemiddel, afrund anvendelsestiden til nærmeste hele time.

Kørestol indendørs og udendørs

Her oplyses om barnet/den unge/den unge anvender kørestol indendørs og udendørs.
Angiv det alternativ som beskriver, hvad barnet/den unge oftest gør.
Hvis barnet/den unge bruger en klapvogn, er dette at sidestille med en kørestol.

Ortoser

Angiv om barnet/den unge anvender ortoser. Hvis barnet/den unge har ortoser, men ikke anvender dem vælges nej i ”Anvender barnet ortoser”. Angiv hvilke led ortosen har til formål at påvirke.

Definitioner på forskellige ortoser:
FO (fod ortose)
Inkluderer alle typer individuelt tilpassede indlæg, som slutter under malleolerne, uanset materiale.

AFO (ankel-fod ortose)
Inkluderer alle ortoser, som proximalt afsluttes over malleolerne og under knæleddet og distalt strækker sig ud under foden. Inkluderer alle ortoser med og uden bevægelige led (f.eks. DAFO).

KAFO (knæ-ankel-fod ortose)
Inkluderer alle ortoser, som proximalt afsluttes over knæleddet til og med trochanter major og distalt strækker sig ud under foden. Inkluderer alle ortoser med og uden bevægelige led.

KO (knæ ortose)
Inkluderer alle ortoser, som proximalt afsluttes over knæleddet til og med trochanter major og strækker sig distalt til malleolerne.

HO (hofte ortose)
Inkluderer ortoser, som udelukkende strækker sig over lårbenene og har til hensigt at abducere hofteleddene.

Der angives side (højre/venstre) hvor der anvendes ortose, samt den gennemsnitlige anvendelsestid i timer pr. døgn for hver ortosetype.

Formål med ortoser
Angiv formålet med ortosen og om målene med ortosen er nået.

- En ortose til at forbedre gangen kan mindske kompensatoriske bevægelser og dermed påvirke energiforbruget, skridtlængde og andre gangparametre
- En ortose til at forbedre balance/ give stabilitet
- En ortose til at understøtte træning kan optimere eller fiksere kropsdele, således at træningen kan få et mere specifikt fokus
- Ortoser til andet formål kan være til at påvirke ledbevægelighed eller til smertebehandling

Kommentar til hjælpemidler og ortoser

Noter evt. Kommentar til afsnittet vedr. hjælpemidler og ortoser.

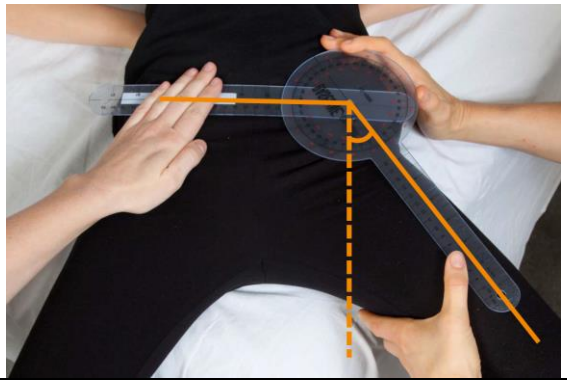
Ledbevægelighed og tonus

Vurdering af ledbevægelighed

Ledbevægeligheden måles altid med et goniometer. Afrund den målte ledbevægelighed til nærmeste 5 eller 10 grader.

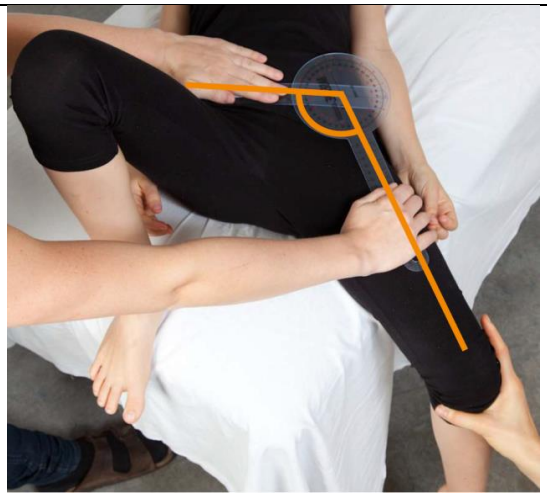
Der anvendes udgangsstillinger, som er beskrevet ud for hver ledmåling. Afviges der fra udgangsstillingen, noteres det i kommentarfeltet. Vær opmærksom på at foretage ledmålingerne på samme måde hver gang barnet/den unge undersøges.

Ved fuld bevægelighed
Der anbefales at der i kommentarfeltet skrives: *Barnet/den unge/den unge vurderes til at have fuld ledbevægelighed i de led, hvor der ikke er registreret en måling. Barnet/den unge/den unge har vist aktiv bevægelighed / terapeuten har bevæget alle led igennem passivt*.

Hofteabduktion	
Udgangsstilling	Rygliggende med ekstenderede hofter og flekterede knæ med underbenene uden for brikskanten.
	Goniometerleddet over SIAS på aktuel side Fast ben: Følger en tænkt linje mellem begge SIAS Bevægeligt ben: Følger femur For at forhindre bækkenrotation udføres samtidig bilateral abduktion. 

Hofteabduktionen med strakt hofte og knæ (ikke obligatorisk)

Hvis den alternative udgangsstilling anvendes, sættes kryds ved ”ja” i feltet ”afviger fra standardiseret udgangsstilling”.

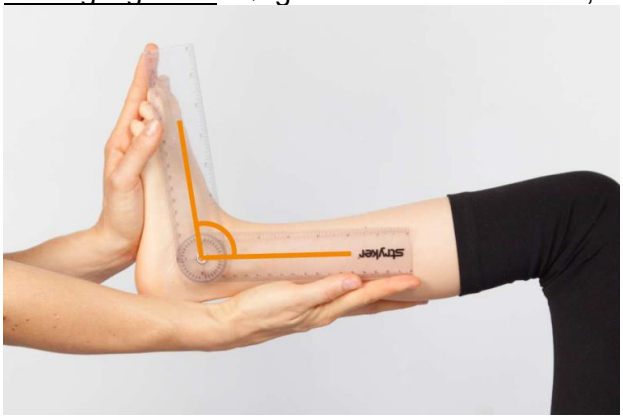
Udgangsstilling	Hvis barnet/den unge har øget lændelordose og ikke kan ligge i standardudgangsstillingen kan en alternativ udgangsstilling anvendes, hvor barnet/den unge ligger med flekteret hofte på den side som aktuelt ikke måles
Referencer	

Hoftefleksion (frivillig)

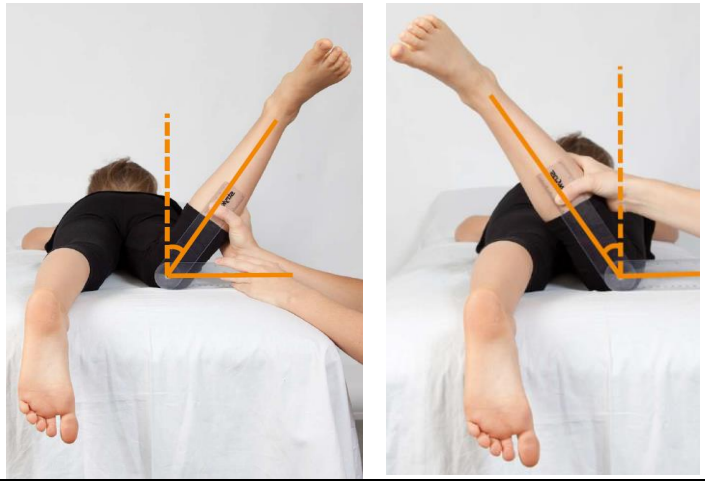
Udgangsstilling	Rygliggende med begge hofter og knæ ekstenderede. Fikser bækkenet ved at holde modsatte ben i underlaget. Flekter i knæ og hofte. Tillad passiv fleksion af knæet for at reducere spænding i hasemusklen.
Referencer	Goniometerleddet over trochanter major. Fast ben: Følger kroppen parallelt med columna. Bevægeligt ben: Følger femur

Knæ (Hamstringsvinklen)	
Udgangsstilling	Udføres i rygliggende. Fisker bækkenet ved at holde det hvilende ben i underlaget. Flekter hoften og ekstender knæet.
Referencer	Goniometerleddet over knæleddet. Fast ben: Følger femur i retning mod trochanter major. Bevægeligt ben: Holdes parallelt med tibias forkant med retning mod den laterale malleol.

Knæekstension	
Udgangsstilling	Rygliggende med ekstenderet hofte og knæ. Vinklen med overpres proximalt for knæet.
Referencer	Goniometerleddet lateralt over knæleddet. Strakt knæ angives som 0°. En evt. ekstensionsdefekt angives som negativ (- X°).

Fodled – dorsalfleksion med flekteret knæ	
Udgangsstilling	Udføres i rygliggende med fleksion i hofte og knæ. Stabiliser det subtalare led ved at fiksere calcaneus. Supiner forfoden mhp. At forhindre bevægelse i de intertarsale led.
Referencer	Goniometerled over laterale malleol. Fast ben: Holdes parallelt med tibias forkant. Bevægelige ben: Følger den laterale fodrand, metatarsale 5  Hvis barnet/den unges fodled ikke kan bevæges op i neutralstillingen (0°) angives en negativ værdi (- X°).

Fodled – dorsalfleksion med ekstenderet knæ	
Udgangsstilling	Udføres i rygliggende med ekstenderet hofte og knæ. Stabiliser det subtalare led ved at fiksere calcaneus. Supiner forfoden mhp at forhindre bevægelse i de intertarsale led.
Referencer	Goniometerled over laterale malleol. Fast ben: Holdes parallelt med tibias forkant. Bevægelige ben: Følger den laterale fodrand, metatarsale 5 Hvis barnet/den unges fodled ikke kan bevæges op i neutralstillingen (0°) angives en negativ værdi (- X°).

Hofte indad- og udadrotation med flekteret knæ	
Udgangsstilling	Fremliggende med ekstenderede hofter og flekteret knæ. Fikser bækkenet mhp at stabilisere det og minimere bækkenrotation. Roter i hoften.
Referencer	Goniometerleddet midt i patella. Fast ben: Ligger langs briksen Bevægeligt ben: Føler tibias forkant 

Elys test	
OBS: Udføres med henblik på at teste for stramhed i m. rectus femoris.	
Udgangsstilling	Fremliggende med ekstenderede hofter og fikseret bækken. Flekter knæet. Bevægelsen stoppes når bækkenet begynder at løfte dig fra underlaget.
Referencer	Goniometerleddet over knæleddet. Fast ben: Følger femur med retning mod trochanter major Bevægeligt ben: Holdes parallelt med tibias forkant og har retning mod laterale melleol.

Hofteekstension	
Udgangsstilling	Fremliggende med benene udover brikskanten med bækkenet i plant leje. Fikser bækkenet og ekstendere aktuelle ben. Er det muligt at have barnet fremliggende med benene ud over briksen kan barnet placeres i fremliggende med benene på briksen.
Referencer	Goniometerleddet over trochanter major Fast ben: Følger trunkus, parallelt med columna Bevægeligt ben: Følger femur med retning mod laterale epikondyl Hvis barnet/den unges ben ikke kan bevæges op i neutralstillingen (0°) angives en negativ værdi (- X°).

Alarmværdier for passiv ledbevægelighed

For GMFCS I-III

Hofteabduktion	**≤30°**	>30°	- <40°	**≥40°**
Hoftefleksion	**≤100°**	>100°	- <110°	**≥110°**
Knæ (Hamstringsvinklen)	**≤130°**	>130°	- <140°	**≥140°**
Knæekstension	**≤-10°**	>-10°	- <0°	**≥0°**
Dorsalfleksion med flekteret knæ	**≤10°**	>10°	- <20°	**≥20°**
Dorsalfleksion med ekstenderet knæ	**≤0°**	>0°	- <10°	**≥10°**
Indadrotation i hoften	**≤30°**	>30°	- <40°	**≥40°**
Udadrotation i hoften	**≤30°**	>30°	- <40°	**≥40°**
Ely	**≤100°**	>100°	- <120°	**≥120°**
Hofte ekstension	**<0°**		-	**≥0°**

For GMFCS IV+V

Hofteabduktion	**≤20°**	>20°	- <30°	**≥30°**
Hoftefleksion	**≤90°**	>90°	- <100°	**≥100°**
Knæ (Hamstringsvinklen)	**≤120°**	>120°	- <130°	**≥130°**
Knæekstension	**≤-20°**	>-20°	- <-11°	**≥-10°**
Dorsalfleksion med flekteret knæ	**≤0°**	>0°	- <10°	**≥10°**
Dorsalfleksion med ekstenderet knæ	**≤-10°**	>-10°	- <0°	**≥0°**
Indadrotation i hoften	**≤30°**	>30°	- <40°	**≥40°**
Udadrotation i hoften	**≤30°**	>30°	- <40°	**≥40°**
Ely	**≤90°**	>90°	- <110°	**≥110°**
Hofte ekstension	**≤-10°**	>-10°	- <0°	**≥0°**

Spasticitet / Muskeltonus

Overkrydsning ved gang/ aktivitet og hvile
Angiv om barnet/den unge har overkrydsning af underekstremiteterne i gang og hvile. Hvis barnet/den unge ikke er gående angives om barnet/den unge har overkrydsning af underekstremiteterne i aktivitet (eksempelvis under leg) og hvile.

Fodklonus

Fodklonus er en række hurtige, vekslende, ufrivillige muskelsammentrækninger og -afspændinger. Angiv om barnet/den unge har fodklonus ved en passiv forlængelse af senerne.

Vurdering af muskeltonus i hvile med Modificeret Ashworth-skala

(efter Bohannon og Smith (1987)

Vælg for hver muskelgruppe, på hhv. højre og venstre side, den værdi, som bedst repræsenterer graden af muskeltonus, der mærkes ved passiv forlængelse af musklen.

0 Ingen forhøjet muskeltonus.

1 Let forhøjet muskeltonus. Viser sig som ”catch and release” eller som en minimal modstand i slutningen af bevægebanen.

+1 Let forhøjet muskeltonus. Viser sig som ”catch” efterfulgt af minimal modstand gennem resten af bevægebanen (mindre end halvdelen af bevægelsebanen).

2 Mere markant forhøjelse af muskeltonus gennem en større del af bevægebanen, men bevægelsen er stadig let at gennemføre.

3 Betydelig forhøjelse af muskeltonus. Svært at udføre passiv bevægelse.

4 Stivhed ved fleksion eller ekstension af kropsdelen.

Udgangsstillinger ved vurdering af muskeltonus
Hoftefleksorer, rygliggende
Bevæg benet i fleksion-ekstension. Mærk tonus, når hoften ekstenderes.

Hofteekstensorer, rygliggende
Bevæg benet i fleksion-ekstension. Mærk tonus, når hoften flekteres.

Adduktorer, rygliggende. Ekstenderede knæ og hofter
Bevæg benet i abduktion-adduktion. Mærk tonus, når benet abduceres.

Knæfleksorer, rygliggende. 90° hoftefleksion
Bevæg knæet i fleksion-ekstension. Mærk tonus, når knæet ekstenderes.

Knæekstensorer, rygliggende. 90° hoftefleksion
Bevæg knæet i fleksion-ekstension. Mærk tonus, når knæet flekteres.

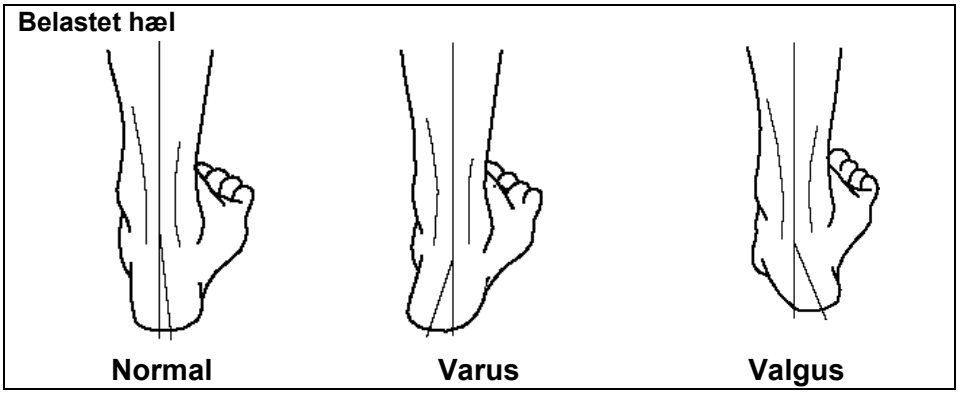
Plantarfleksorer, rygliggende. Ekstenderede knæ og hofter
Bevæg foden i dorsalfleksion-plantarfleksion. Mærk tonus, når foden dorsalflekteres.

Kommentar til ledbevægelighed og tonus
Noter evt. kommentar til afsnittet vedr. ledbevægelighed og tonus.

Andre undersøgelser

Vurdering af fod

Angiv om barnet/den unge kan tage vægt på begge fødder. Dette gælder alle former for belastning uanset om barnet/den unge har behov for støtte. Det vil sige, hele foden behøves ikke at være belastet.
Hvis barnet/den unge kan tage vægtbæring på hælen, angives om hælen er i normal-, varus- eller valgusstilling (se illustration).



Vurdering af Ryg og Skoliose

Angiv om barnet/den unge er skoliose opereret. Hvis der angives ”ja” til at barnet/den unge er skoliose opereret udfyldes de resterende felter ikke.

Angiv hvilken udgangsstilling ryggen vurderes i.
Som udgangspunkt vurderes ryggen i stående stilling. Der korrigeres for eventuel benlængdeforskel eller kontraktur i underekstremiteterne, så bækkenet er plant. Hvis det ikke er muligt at foretage vurderingen i stående stilling, vurderes ryggen i siddende stilling, hvor der korrigeres for eventuel bækkenkipning. Hvis det ikke er muligt at foretage vurderingen i hverken stående eller siddende stilling, vurderes ryggen liggende.

Angiv om barnet/den unge har skoliose.

Angiv om skoliosen er korrigerbar. Hvis skoliosen kan korrigeres delvist, men ryggen ikke kommer helt til ret angives, at skoliosen ikke er korrigerbar.

Angiv sværhedsgraden af skoliosen:
- Let skoliose, skoliosen ses ved en fremadbøjning af ryggen. Når barnet/den unge placeres i siddende med ret ryg ses skoliosen ikke
- Moderat skoliose, skoliosen ses ved en fremadbøjning af ryggen og når barnet/den unge placeres i siddende med ret ryg
- Udtalt skoliose, barnet/den unge har brug for sidestøtte i forbindelse med den siddende eller stående stilling

Korset

Angiv om barnet/den unge anvender korset. Hvis barnet/den unge har korset, men ikke anvender det vælges nej i ”Anvender barnet/den unge korset”. Alle typer af individuelt

tilpassede korsetter kan angives. Fabriksfremstillede støttebælter, stofkorsetter og lycradragter er ikke omfattet. Angiv kun de korsetter som barnet/den unge anvender.
Angiv formålet med korsettet, om korsettet har haft effekt samt den gennemsnitlige anvendelsestid pr. døgn.

Positionering

Posture and Postural Ability Scale (PPAS) er et klinisk værktøj til vurdering af stillings- og holdningsevne hos personer med motoriske funktionsnedsættelser, i fire udgangsstillinger; rygliggende, fremliggende, siddende og stående.

Angiv om PPAS er udført eller ej.

PPAS består af to dele; henholdsvis en kvantitativ vurdering af den posturale kontrol, og en kvalitativ vurdering af kropsholdningen.
Den kvantitative del indgår med scoring fra 1-7, og den kvalitative del vurderes med totalpoint fra 0 - 6. Angiv scorene i de udgangsstillinger der er vurderet.

Manualen kan hentes på: https://cpop.dk/wp-content/uploads/PPAS-manual-1.pdf

Efterfølgende spørgsmål om positionering (antal timer liggende pr. døgn, evne til at ændre position i liggende samt tiltag ift. positionering) er kun relevant for børn med GMFCS-niveau III-V.

Bibeholdelse af kropsstillingen – Ændre position - Forflytning

Aktivitet/medvirken – bibeholder kropsstilling, ændrer stilling, forflytning, personlig pleje
Her ønskes oplysninger, om barnet/den unge siden sidste CPOP-vurdering har modtaget fysioterapeutiske indsatser med henblik på at fremme og påvirke bevægelsesrelaterede funktioner og strukturer samt trænet færdigheder med henblik på at fremme aktivitet/deltagelse.

Eksempler: *"ændre position"* flytte sig fra liggende til siddende, eller flytte sig fra siddende til stående, fra w-siddende til anden siddende stilling, flytte dig fra rygliggende til sideliggende, rette sig på plads i kørestolen o.lign.
"Forflytning" krybe, gå (med og uden hjælpemiddel), flytte sig mellem stol/seng/kørestol, cykle, køre kørestol.
Der er anvendt begreber fra WHOs klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand, International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

ICF-komponenterne kropsfunktioner og anatomi henviser til:

- *Kapitel 7* Neuromuskuloskeletale og bevægelsesrelaterede funktioner. Bevægeapparatet. Dette kapitel handler om bevægeapparatets funktioner, inklusive funktioner i led, skelet, reflekser og muskler.
- *Kapitel 4* Kardiovaskulære funktioner, respiratoriske funktioner.
- *Kapitel 2* Sanser og smerte (som hænger sammen med kropsholdning, balance og bevægelse) og smertefornemmelser.

PEDI

Hvis der er lavet Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI) registreres resultaterne her.

Kommentar til andre undersøgelser

Noter evt. kommentar til afsnittet vedr. andre undersøgelser.

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet - børnehave / skole og fritid

Begrebet fysisk aktivitet omfatter alle former for bevægelse i løbet af dagen.

Angiv om barnet/den unge har deltaget aktivt og udført:
- fysiske idrætsaktiviteter i vuggestue, børnehave eller skole? Hvis "ja", hvor ofte?
- fysiske fritidsaktiviteter. Hvis "ja", hvor ofte og hvilke?

Hvis barnet/den unge ikke deltager i fysiske fritidsaktiviteter, angives årsagen til dette.

Eksempler på årsager til manglende deltagelse i fysisk aktivitet
"Manglende energi" Barnet/den unge orker ikke at deltage i fysiske fritidsaktiviteter, pga. at han/hun er træt efter skoletid.
"Manglende hjælp" Barnet/den unge har behov for hjælp fra en voksen under deltagelse i fritidsaktiviteten, men har ikke mulighed for dette, barnet/den unge kan ikke selv komme til og fra aktiviteten og ingen har mulighed for at hjælpe med dette, barnet/den unge kan ikke deltage i ridning pga. allergi hos forældrene, eller barnet/den unge kan ikke deltage i svømning, fordi forældrene ikke kan svømme.
"Manglende tilpasning" Aktiviteten kan ikke tilpasses, så barnet/den unge kan deltage. F.eks. kan barnet/den unge ikke deltage i den ønskede fritidsaktivitet, da aktiviteten kræver en mindre gruppe eller tilpasning i form af flere voksne eller lokaler, hvor der er adgang for mennesker med funktionsevne nedsættelse.

Kommentar til fysisk aktivitet
Noter evt. kommentar til afsnittet vedr. fysisk aktivitet.

Fysioterapi

Fysioterapeutiske indsatser

Formålet med dette afsnit er at få beskrevet, om barnet/den unge siden seneste undersøgelse, har modtaget fysioterapeutiske indsatser udover CPOP-vurderingen.

Med fysioterapeutisk indsats menes rådgivning og indsats, som har haft til hensigt at forebygge, træne og/eller behandle funktionsnedsættelser, der begrænser eller truer barnet/den unges bevægelsesformåen. Indsatsen kan både være individuel og i grupper.

Hvis ja, angiv hvor ofte barnet/den unge almindeligvis har modtaget en fysioterapeutisk indsats. Samt hvor ofte fysioterapeuten har været tilstede.

Bemærk at hvis der har været en træningsperiode med højere frekvens skal denne registreres separat under det efterfølgende spørgsmål. Hvis man får 1-2 gange pr. uge og i en periode får 1-2 gange ekstra pr. uge som intensiveret indsats er det samlet 3-4 gange pr uge i perioden.

Træningsindsatser, som er uddelegeret til forældre, pædagoger/lærere eller barnet/den unge selv, skal inkluderes. Fysioterapeuten behøver derfor ikke at være tilstede ved gennemførelsen af indsatsen. Det afgørende er, at træningsindsatsen er iværksat og løbende evalueret og justeret af fysioterapeuten.

Der angives om der er sat mål for den fysioterapeutiske indsats, og hvorvidt målet/målene er opnået.

Har barnet modtaget indsatser på KFA (kroppens funktioner og anatomi)
Der angives hvorvidt barnet/den unge har modtaget indsatser på KFA-niveau. Hvis ja, angive mulige indsatser.

Har barnet modtaget indsatser på aktivitets- og/eller deltagelsesniveau?
Der angives hvorvidt barnet/den unge har modtaget indsatser på aktivitets- og/eller deltagelsesniveau. Hvis ja, angive mulige indsatser.

Har barnet deltaget i intensive træningsprogrammer eller haft træningsperioder med højere træningsfrekvens?
Der angives hvorvidt barnet/den unge har deltaget i intensive træningsprogrammer eller haft træningsperioder med højere træningsfrekvens. Hvis ja, angiv træningsperiodens længde, udførelsen (*3-5 gange pr. uge* eller *dagligt*), hvordan træningen er gennemført (*individuelt, på hold, individuelt og på hold,* eller *uoplyst*), samt hvor indsatsen er modtaget (*i hjemmet, i nærmiljøet, i dagsinstition/skole,* eller *andet*).

Aktivitet og deltagelse ved personlig pleje

Der er anvendt begreber fra WHOs klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand, International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

ICF-komponenterne aktivitet og deltagelse findes i:

- *Kapitel 4* Forflytning. Dette kapitel handler om at bevæge sig ved at ændre kropsstilling, eller at forflytte sig fra et sted til et andet, at bære, flytte eller håndtere genstande, at gå, løbe eller klatre og at anvende forskellige former for transportmidler.
- *Kapitel 5* Omsorg for sig selv (spise/drikke, personlig hygiejne, klare toiletbesøg, af- og påklædning).

Her angives, om barnet/den unge siden seneste vurdering modtaget fysioterapeutiske indsatser med henblik på at fremme og påvirke evnen til at udføre personlig pleje?

Kommentar til fysioterapi

Noter evt. kommentar til afsnittet vedr. fysioterapi.

Kommentarer

Har CPOP vurderingen medført forslag til indsatser

I dette kommentarfelt kan evt. angives *hvad* og *hvilke* indsatser.

Øvrige Kommentarer

Angiv evt. øvrige kommentarer relevante i forbindelse med CPOP-vurderingen af barnet/den unge.

Helt eller delvist fravalg af CPOP Undersøgelse

Helt eller delvist fravalg af CPOP-undersøgelser efter aftale med omsorgsgivere.

Det anbefales at undersøgelser, der kan foretages ved observation eller samtale med omsorgsgivere, så vidt muligt indberettes.

Referencer

CP og dominerende neurologisk symptom
Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, Goldstein M, Bax M, Damiano D, Dan B, Jacobsson B. A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. Dev Med Child Neurol Suppl. 2007 Feb;109:8-14. Erratum in: Dev Med Child Neurol. 2007 Jun;49(6):480.

CP and CP subtypes [internet]. 27. juli 2023. Tilgængelig på: http://scpe.edu.eacd.org/scpe/reference-and-training-manual/rtm/cp-subtypes.php

Klassifikation af grovmotorisk funktion med GMFCS E&R
Rosenbaum PL, Palisano RJ, Bartlett DJ, Galuppi BE, Russell DJ. Development of the Gross Motor Function Classification System for cerebral palsy. Dev Med Child Neurol. 2008 Apr;50(4):249-53.

Palisano R, Rosenbaum P, Walter S, Russell D, Wood E, Galuppi B. Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. Dev Med Child Neurol. 1997 Apr;39(4):214-23. doi: 10.1111/j.1469-8749.1997.tb07414.x. PMID: 9183258.

GMFCS E & R mellem 6 og 12 år: Beskrivelser og illustrationer [internet]. 30. august 2023. Tilgængelig på: https://www.canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/002/165/original/GMFCS_Danish_Illustrations_V2_090717.pdf

GMFM
Russel D, Rosenbaum P, Avery L, Lane M. Gross Motor Function Measure (GMFM-66 & GMFM-88) User's Manual. 3rd Edition. Mac Keith Press, 2021

Jakobsen R. og Pedersen DB. & Tind MG, Larsen LV, Poulsen J. Dansk udgave af: Brugermanualen Gross Motor Function Measure – GMFM-88 og GMFM-66, 2. udgave, kapitel 6 – del 1. Den generelle administrationsguide og Brugermanualen Gross Motor Function Measure – GMFM-88 og GMFM-66, 2. udgave, kapitel 6 – del 2. Guidelines til scoring af items.

Tilgængelig på https://cpop.dk/wp-content/uploads/GMFM-overs%C3%A6ttelse-til-CPOP-nov-2019.pdf

Klassifikation af funktionel mobilitet med FMS
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.

Vurdering af Spasticitet/muskeltonus med Modificeret Asworth skala
Bohannon RW, Smith MB. Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. Phys Ther. 1987 Feb;67(2):206-7

Vurdering af ledbevægelighed
Norkin CC, White DJ. Measurement of Joint Motion – a guide to goniometry. 4th ed. Philadelphia: F.A. Davis, 2009

Fysisk aktivitet
Shephard RJ, Balady GJ. Exercise as Cardiovascular Therapy. Circulation 1999;99: 963-972.

Positionering
Rodby-Bousquet, E., Persson-Bunke, M., & Czuba, T. (2016). Psychometric evaluation of the Posture and Postural Ability Scale for children with cerebral palsy. *Clinical Rehabilitation*, *30*(7), 697-704.

Rodby-Bousquet, E., Ágústsson, A., Jónsdóttir, G., Czuba, T., Johansson, A. C., & Hägglund, G. (2014). Interrater reliability and construct validity of the Posture and Postural Ability Scale in adults with cerebral palsy in supine, prone, sitting and standing positions. *Clinical rehabilitation*, *28*(1), 82-90.

Rodby-Bousquet, E., Czuba, T., Hägglund, G., & Westbom, L. (2013). Postural asymmetries in young adults with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, *55*(11), 1009-1015.

Novak, I. (2013). Stand up and be counted. *Developmental Medicine & Child Neurology*, *55*(11).

Aktivitet og deltagelse
International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). WHO 2001. Svensk oversættelse: Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Socialstyrelsen 2003. ISBN 91-7201-755-4. Artikelnr. 2003-4-1. Erlanders gotab, Vällinby, august 2003. [citerad 20070101]. Tilgængelig på www.sos.se/epc/klassifi/icf.htm

PEDI
Haley, S. M., Coster, W. J., Ludlow, L. H., Haltiwanger, J. T., & Andrellos, P. J. (1992). Pediatric Evaluation of Disability Inventory: Development, Standardization and Administration Manual (version 1.0). Boston University.

Stahlhut M, Gard G, Aadahl M, Christensen J. Discriminative validity of the Danish version of the Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI). Phys Occup Ther Pediatr. 2011 Feb;31(1):78-89.