



Cerebral Parese Opfølgingsprogram

# **Manual til Fysioterapeutiske Protokol**

## Indhold

Dominerende neurologisk symptom.....	3
Klassifikation af grovmotorisk funktion med GMFCS-E&R .....	4
Klassifikation af funktionel mobilitet med FMS .....	4
Stående funktion.....	4
Kørestol indendørs og udendørs.....	4
Ortoser .....	4
Vurdering af spasticitet/muskeltonus med Modificeret Ashworth-skala .....	5
Vurdering af ledbevægelighed .....	6
Alarmværdier for passiv ledbevægelighed.....	11
Vurdering af fod.....	12
Vurdering af ryg og skoliose .....	12
Korset.....	13
Fysioterapi.....	13
Fysisk aktivitet – børnehave/skole og fritid.....	14
GMFM .....	14
PEDI.....	14
Referencer.....	15

### Fysioterapeutisk protokol og manual er oversat og bearbejdet af:

Helle Mätzke Rasmussen, Fysioterapeut

Lisbeth Torp-Pedersen, Fysioterapeut

Anne Willads, Fysioterapeut

Malene M. Fabricius, Fysioterapeut

Megan Pickett, Fysioterapeut

### Samt

Mette Kliim-Due, Fysioterapeut Helene Elsass Center

Betina Rasmussen, Ergoterapeut, Helene Elsass Center

Line Zachø Petersen, Ergoterapeut, Helene Elsass Center

### Foto

Susanne Østergaard, Hvidovre Hospital

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.

## 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 barnets dominerende neurologiske symptom som forårsager størst begrænsning i barnets motoriske funktion. Angiv et af disse:

- Spasticitet
- Dyskinesi
- Ataxi

Spasticitet (85%)	Dyskinesi (10%)	Ataksi (5%)
<ul style="list-style-type: none"><li>• Uni- eller bilateral spasticitet.</li><li>• Præget af indadrotation og adduction i hofter. Spidsfod</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Koreo-attetose:</b> Formålsløse, ufrivillige vridende bevægelser. Præget af hypertoni – kan forsvinde under søvn.</li><li>• <b>Dyston:</b> Vekslede tonus; nedsat og/eller langsom bevægelsesaktivitet - langvarige voldsomme spændinger</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Manglende koordinering af bevægelser</li><li>• Bevægelse udføres med utilpasset styrke og rytme</li></ul>

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

## **Klassifikation af grovmotorisk funktion med GMFCS-E&R**

Med Gross Motor Function Classification System Expanded and Revised (GMFCS – E&R) klassificeres barnets grovmotoriske funktion. Vælg det klassifikationsniveau barnet 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](http://www.cpop.dk/faggrupper/fysioterapi).

## **Klassifikation af funktionel mobilitet med FMS**

Med Functional Mobility Scale (FMS) klassificeres børns funktionelle mobilitet, under hensyntagen til omfanget af hjælpemidler, som barnet 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 vurderes at høre til i forhold til FMS manualen.

Manualen kan hentes på [www.cpop.dk/faggrupper/fysioterapi](http://www.cpop.dk/faggrupper/fysioterapi).

## **Stående funktion**

Her ønskes en vurdering af barnets stående funktion.

Angiv det alternativ som bedst beskriver, hvordan barnet oftest står.

"Står ikke" vælges hvis barnet aldrig står hverken selvstændigt eller med støtte, herunder i ståhjælpemiddel.

"Står med støtte" vælges hvis barnet står med støtte i form af et hjælpemiddel eller med støtte fra væg, møbler eller en voksen.

"Står uden støtte" vælges hvis barnet står selvstændigt evt. med egen kropsstøtte.

Vær opmærksom på at nogle børn, der kan stå selvstændigt, også kan anvende et ståhjælpemiddel. Spørgsmålet "Anvender ståhjælpemiddel" skal derfor også besvares.

## **Kørestol indendørs og udendørs**

Her oplyses om barnet anvender kørestol indendørs og udendørs.

Angiv det alternativ som beskriver, hvad barnet oftest gør.

Hvis barnet bruger en klapvogn, er dette at sidestille med en kørestol.

## **Ortoser**

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

### 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 over 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 over 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.

### **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

### **Vurdering af spasticitet/muskeltonus med Modifieret Ashworth-skala**

#### **Overkrydsning ved gang/ aktivitet og hvile**

Angiv om barnet har overkrydsning af underekstremiteterne i gang og hvile. Hvis barnet ikke er gående angives om barnet 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 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.

## **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 undersøges.

## Hofteabduktion

**Udgangsstilling:** rygliggende med ekstenderede hofter og flekterede knæ med underbenene uden for brikskanten.

**Referencer:** (billede 1)

Goniometerleddet over SIAS på aktuel side

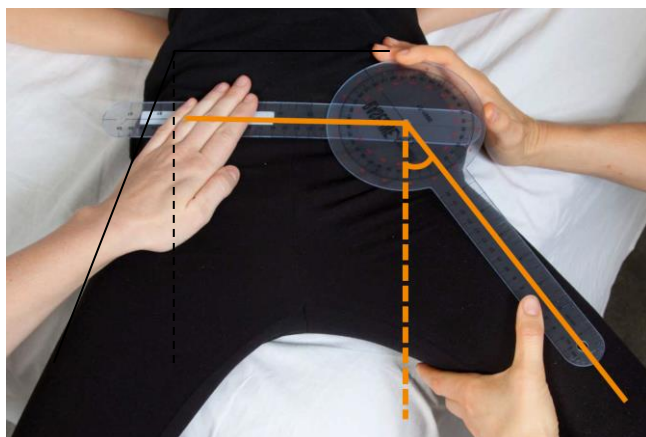
Fast ben: Følger en tænkt linje mellem begge SIAS

Bevægeligt ben: Følger femur

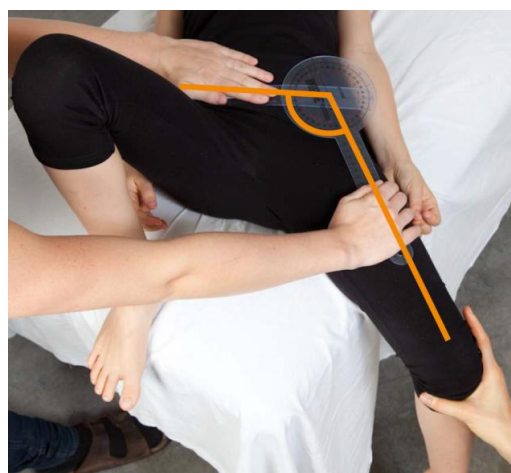
For at forhindre bækkenrotation udføres samtidig bilateral abduktion.

Hofteabduktionen kan desuden måles med strakt hofte og knæ (ikke obligatorisk).

Hvis barnet har øget lændelordose og ikke kan ligge i standard udgangsstillingen kan en alternativ udgangsstilling anvendes, hvor barnet ligger med flekteret hofte på den side som aktuelt ikke måles (billede 2). Hvis den alternative udgangsstilling anvendes sættes kryds ved "ja" i feltet "afviger fra standardiseret udgangsstilling".



Billede 1. Hofteabduktion



Billede 2. Hofteabduktion (afviger fra standard udgangsstilling)

## Hofteflexion (frivillig)



Billede 3. Hofteflexion

### Udgangsstilling:

Rygliggende med begge hofter og knæ ekstenderede. Fikser bækkenet ved at holde modsatte ben i underlaget. Flekter i knæ og hofte. Tillad passiv flexion af knæet for at reducere spænding i hasemusklene.

**Referencer:** (billede 3)

Goniometerleddet over trochanter major.

Fast ben: Følger kroppen parallelt med columna

Bevægeligt ben: Følger femur

## Knæ (Hamstringsvinklen)



Billede 4. Knæ (hamstringsvinklen)

### Udgangsstilling:

Udgangsstilling: Udføres i rygliggende. Fikser bækkenet ved at holde det hvilende ben i underlaget. Flekter hoften og ekstender knæet.

### Referencer: (billede 4)

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



Billede 5. knæekstension

### Udgangsstilling:

Rygliggende med eksteretteret hofte og knæ. Vinklen med overpres proximalt for knæet

### Referencer: (billede 5)

Goniometerleddet lateralt over knæleddet.

Fast ben: følger femur med retning mod trochanter major

Bevægeligt ben: holdes parallelt med tibias forkant med retning mod lateral malleol

Strakt knæ angives som  $0^\circ$ . En evt. ekstensionsdefekt angives som negativ ( $- X^\circ$ ).



### Fodled – dorsalfleksion med flekteret knæ



Billede 6. 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 bevægelser i de intertarsale led.

#### Referencer: (billede 6)

Goniometerled over laterale malleol.  
Fast ben: holdes parallelt med tibias forkant

Bevægeligt ben: følger den laterale fodrand, metatarsale 5

Hvis barnets fodled ikke kan bevæges op i neutralstillingen ( $0^\circ$ ) angives en negativ værdi ( $- X^\circ$ ).

### Fodled – dorsalfleksion med ekstenderet knæ



Billede 7. Fod – 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 bevægelser i de intertarsale led.

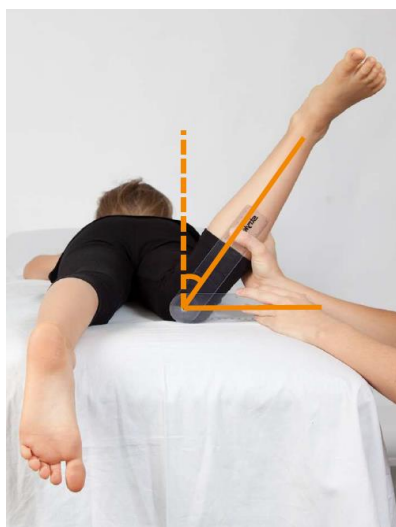
#### Referencer: (billede 7)

Goniometerled over laterale malleol.  
Fast ben: holdes parallelt med tibias forkant

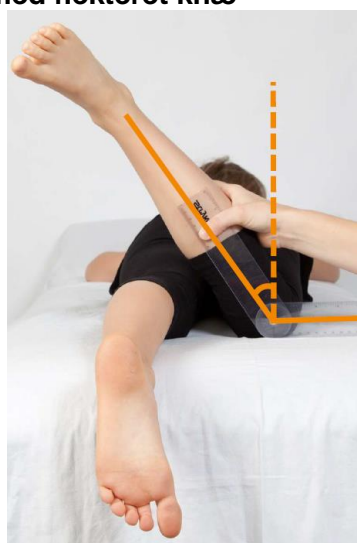
Bevægeligt ben: følger den laterale fodrand, metatarsale 5

Hvis barnets fodled ikke kan bevæges op i neutralstillingen ( $0^\circ$ ) angives en negativ værdi ( $- X^\circ$ ).

## Hofte indad- og udadrotation med flekteret knæ



Billede 8. Indadrotation i hoften



Billede 9. Udadrotation i hoften

### Udgangsstilling:

Fremliggende med ekstenderede hofter og flekteret knæ. Fikser bækkenet mhp. at stabilisere det og minimere bækkenrotation. Roter i hoften.

### Referencer: (billede 8, 9)

Goniometerleddet: Midten af patella

Fast ben: Ligger langs briksen

Bevægeligt ben: Følger tibias forkant

## Elys test

OBS: Udføres med henblik på at teste for stramhed i m. rectus femoris.



Billede 10. Elys test

### Udgangsstilling:

Fremliggende med ekstenderede hofter og fikseret bækken.

Flekter knæet. Bevægelsen stoppes når bækkenet begynder at løfte sig fra underlaget.

### Referencer: (billede 10)

Goniometerleddet over knæleddet

Fast ben: Følger femur med retning mod trochanter major.

Bevægeligt ben: Holdes parallelt med tibias forkant og har retning mod laterale malleol.

## Hofteekstension



Billede 11. Hofteekstension

### Udgangstilling:

Fremliggende med benene udover bordskanten med bækkenet i plant leje. Fikser bækkenet og ekstender aktuelle ben. Er det ikke muligt at have barnet fremliggende med benene ud over bordskanten kan barnet placeres i fremliggende med benene på bordskanten.

### Referencer: (billede 11)

Goniometerleddet over trochanter major  
**Fast ben:** Følger trunkus, parallelt med columna

**Bevægeligt ben:** Følger femur med retning mod laterale epikondyl

Hvis barnets ben ikke kan bevæges op i neutralstillingen (0°) angives en negativ værdi (- X°).

## Alarmværdier for passiv ledbevægelighed

### For GMFCS I-III

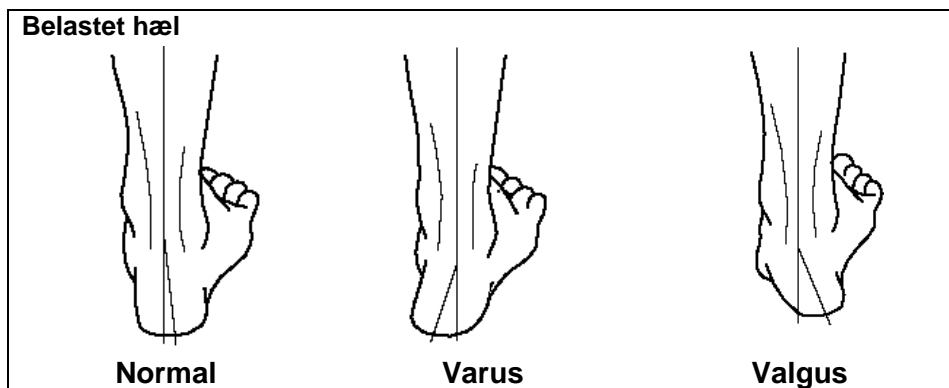
Hofteabduktion	≤30°	>30° - <40°	≥40°
Hoftefleksjon	≤100°	>100° - <110°	≥110°
Knæ (Hamstringsvinklen)	≤130°	>130° - <140°	≥140°
Knæekstension	≤-10°	>-10° - <0°	≥0°
Dorsalfleksjon med flekteret knæ	≤10°	>10° - <20°	≥20°
Dorsalfleksjon med ekstenderet knæ	≤0°	>0° - <10°	≥10°
Indadrotation i hoften	≤30°	>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°
Hoftefleksjon	≤90°	>90° - <100°	≥100°
Knæ (Hamstringsvinklen)	≤120°	>120° - <130°	≥130°
Knæekstension	≤-20°	>-20° - <-11°	≥-10°
Dorsalfleksjon med flekteret knæ	≤0°	>0° - <10°	≥10°
Dorsalfleksjon 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°

## Vurdering af fod

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



## Vurdering af ryg og skoliose

Angiv om barnet er skoliose opereret. Hvis der angives "ja" til at barnet 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 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 placeres i siddende med ret ryg ses skoliosen ikke
- Moderat skoliose, skoliosen ses ved en fremadbøjning af ryggen og når barnet placeres i siddende med ret ryg
- Udtalt skoliose, barnet har brug for sidestøtte i forbindelse med den siddende eller stående stilling

## **Korset**

Angiv om barnet anvender korset. Hvis barnet har korset, men ikke anvender det vælges nej i "Anvender barnet korset". Alle typer af individuelt tilpassede korsetter kan angives.

Fabriksfremstillede støttebælter, stofkorsetter og lycradragter er ikke omfattet. Angiv kun de korsetter som barnet anvender.

Angiv formålet med korsettet, om korsettet har haft effekt samt den gennemsnitlige anvendelsestid.

## **Fysioterapi**

Angiv om barnet siden seneste vurdering 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 barnets bevægelsesformåen. Indsatsen kan både være individuel og i grupper.

Angiv hvor ofte barnet almindeligvis har modtaget en fysioterapeutisk indsats. 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 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.

## **Fysisk aktivitet – børnehave/skole og fritid**

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

Angiv om barnet 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 ikke deltager i fysiske fritidsaktiviteter angives årsagen til dette.

## **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: <https://www.fysio.dk/fafo/maleredskaber/gross-motor-function-measure>

OBS! Se anbefaling for interval af udførelse af GMFM-testen på [cpop.dk/faggrupper/intervaller](http://cpop.dk/faggrupper/intervaller).

## **PEDI**

Hvis Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI) er udført kan dato og resultat registreres her.

Du kan læse mere om PEDI på: <https://www.fysio.dk/fafo/maleredskaber/pediatric-evaluation-of-disability-inventory-pedi>.

## **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](https://www.canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/002/165/original/GMFCS_Danish_Illustrations_V2_090717.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

### *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

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>

*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.