Norsk kvalitets- og oppfølgingsregister for cerebral parese (NorCP)

MANUAL
for
NorCP motorikk ERGOTERAPIPROTOKOLL

Versjon eReg 2.0
Januar 2022
Rev. 01.01.2025



SYKEHUSET I VESTFOLD

Oslo universitetssykehus

Innhold

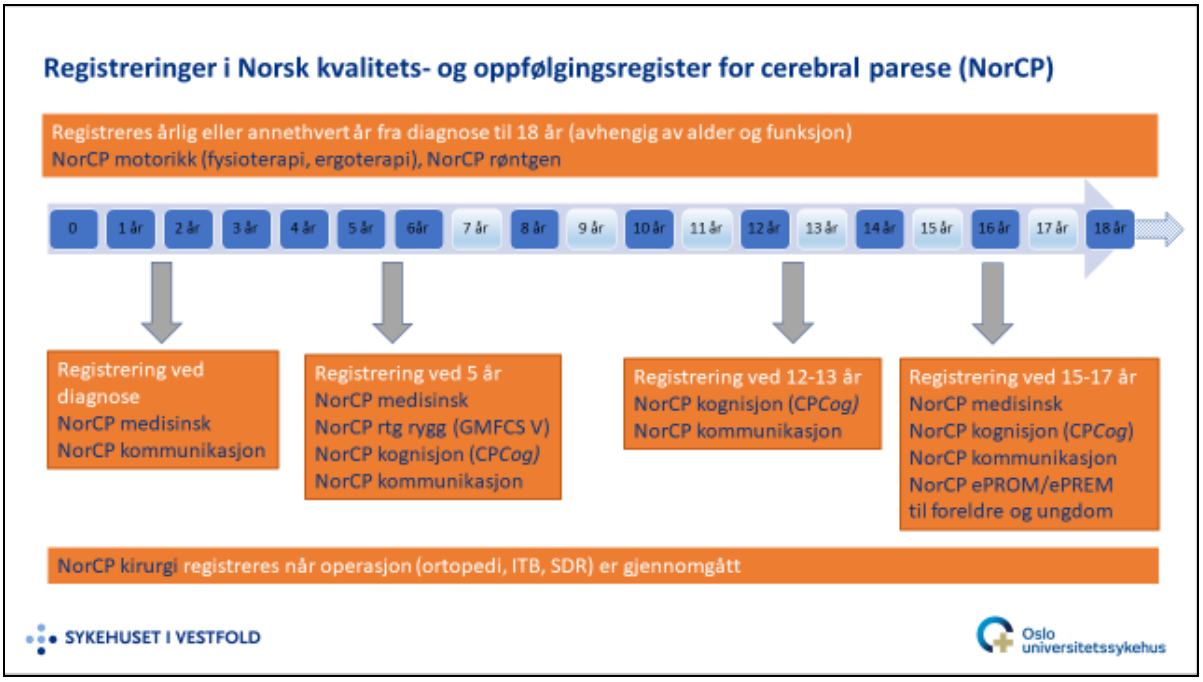
1.0. Introduksjon 3
2.0. Reservasjon/samtykke 4
3.0. Diagnose 4
4.0. Manual Ability Classification System (MACS og Mini-MACS) 4
5.0. House funksjonsklassifikasjon av hver hånd 4
5.1. Tohåndsfunksjon 5
6.0. Standardisert kartlegging av håndfunksjon med tester fra «AHA-familien» 5
7.0. Pediatric Evaluation of Disability Inventory – Computer Adaptive Test (PEDI-CAT) .. 6
8.0. Spastisitet/hypertoni 7
8.1. Modified Ashworth Scale (MAS) 7
9.0. Aktiv og passiv leddbevegelighet 8
(www.cpup.se) 8
9.1. Utgangsstilling for undersøkelse av leddbevegelighet 9
10.0. Klassifikasjon av tommelens stilling etter House v/ aktivt egrep 11
11.0. Klassifikasjon av håndledd og fingre etter Zancolli 11
12.0. Ergoterapi 12
12.1. Trening av håndfunksjon 12
12.2. Trening i hverdagsaktlvitet (ADL-trening) 13
12.3. Ortoser 13
13.0. Botulinumtoxin (BoNT-A) behandling 13
14.0. Kommentarer 13
15.0. Håndkirurgisk behandling (egen protokoll og eget skjema i eReg) 13

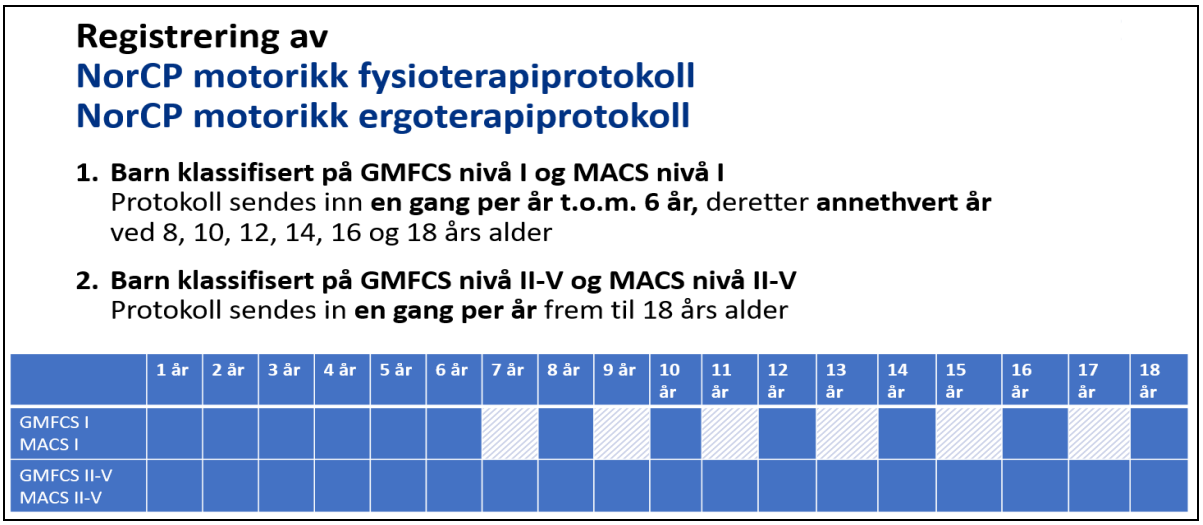
1.0. Introduksjon

Denne manualen skal være til hjelp ved utfylling av NorCP motorikk ergoterapiprotokoll.
Alle NorCP protokoller og manualer finnes på nettsiden [NorCP - Sykehuset i Vestfold (siv.no)]

Ergoterapeut på habiliteringstjenesten for barn og unge (HABU) har ansvar for NorCP motorikk ergoterapiprotokoll. Det anbefales et tett samarbeid med ergo- og fysioterapeuter i kommunen som ofte kjenner barnet og familien godt. Utfylte NorCP protokoller skal registreres elektronisk i eReg på Norsk helsenett. Det er ergoterapeut på HABU som har tilgang til eReg og ansvar for registrering. Flere personer på HABU kan gjerne ha denne tilgangen, og søknad om dette gjøres ved å kontakte registeransvarlig i NorCP Sandra J Hollung på epost sanhol@siv.no .

Både for klartlegging av håndfunksjon og tiltak for å fremme dette, henvises det til kunnskapsbaserte anbefalinger i https://metodebok.no/emne/MZXmpV3z





2.0. Reservasjon/samtykke

NorCP er et reservasjonsbasert register. Dette innebærer at alle med diagnosen CP kan bli registrert i NorCP (eReg) uten å signere et samtykke. Reservasjon kan gjøres på www.helsenorge.no. Se mer informasjon på NorCPs nettside.

3.0. Diagnose

Diagnosen cerebral parese (CP) settes av lege ved HABU, som også har ansvar for å klassifisere CP subtype (ICD-10). Vær oppmerksom på at CP subtype skal samstemmes med journal og med andre protokoller som registreres i NorCP. https://metodebok.no/emne/3RuB4ARB

4.0. Manual Ability Classification System (MACS og Mini-MACS)

MACS brukes til å klassifisere hvordan barn med CP i alder 4-18 år håndterer gjenstander i daglige aktiviteter. Mini-MACS er en alderstilpasset versjon av MACS, og brukes til å klassifisere hvordan barn med CP i alderen 1-4 år bruker hendene til å håndtere gjenstander som er relevante for deres alder og utvikling.

Mini-MACS og MACS skal gi en samlet vurdering av hvordan barnet håndterer gjenstander med hendene, ikke en klassifikasjon av hver hånd for seg. MACS/Mini-MACS klassifiseres på fem nivåer (I-V), hvor nivå l er best funksjon. Klassifikasjon gjøres i samarbeid med foreldrene eller omsorgspersoner som kjenner barnet godt.
Benytt nivåbeskrivelsene fra Mini-MACS/MACS-brosjyrene på www.macs.nu, der norsk versjon finnes under «downloads». MACS identification chart er også nyttig, og lastes ned fra samme sted).

5.0. House funksjonsklassifikasjon av hver hånd

House klassifikasjon brukes til å klassifisere om/hvordan barnet bruker hver arm/hånd i aktivitet.

- Klassifikasjonen gjøres ved observasjon i aktiviteter der barnet presenteres for leker som krever bruk av to hender.
  Aktivitetsforslag: åpne/lukke knapper, glidelåser og pennal, ta av/på tusjkork, hatt, sokker, armbånd eller halskjede, kjevle plastelina, blåse såpebobler, sortere spillkort, åpne boks med lokk og putte i små gjenstander, bygge med duplo og lego, åpne og putte mynter i lommebok.
- Hver hånd vurderes for seg. Det enkleste er først å bestemme hvilken gruppe barnets hånd tilhører (bruker ikke hånden / en passiv hånd / en aktiv hånd / en manipulerende hånd). Deretter bestemmes den funksjonsklasse (0 – 8) som best beskriver hvor effektivt barnet holder og griper om gjenstander. Ved tvil mellom to nivåer, kryss av for det laveste nivået.
- Klassifiseringen gjøres med hensyn til aldersadekvat håndfunksjon.
  Reliabilitet (pålitelighet) mellom ulike personer som klassifiserer har vist seg å være tilfredsstillende når man bruker de 9 funksjonsklassene, men bedre (god) når man bruker de 4 gruppene. Inntil videre bruker vi alle de ni funksjonsklassene.

Gruppe	Funksjonsklasse		Beskrivelse
Bruker ikke hånden/armen	0	does not use	Ingen viljestyrt kontakt med gjenstander.
Passiv hånd / hjelpehånd	1	stabilizes without grasp	Bruker hånden/armen **uten grep,** f.eks. til å stabilisere, trykke på eller dytte gjenstander.
	2	fair passive grasp	**Holder** gjenstander som **plasseres i hånden** med **instabilt grep.** Gjenstanden kan plasseres i hånden av personen selv eller en annen.
	3	good passive grasp	**Holder** gjenstander som **plasseres i hånden** (av personen selv eller en annen) med **stabilt grep**
Aktiv hånd / hjelpehånd	4	poor active grasp	**Griper aktivt** om gjenstander og holder med **instabilt grep**
	5	fair active grasp	**Griper aktivt** om gjenstander og holder med **stabilt grep**
	6	good active grasp	**Griper aktivt** om gjenstander og holder med **stabilt grep. Endrer gjenstandens posisjon** ved hjelp av den andre hånden eller ytre støtte
Manipulerende hånd	7	reduced dexterity	Bruker hånden med **godt grep,** men med **noe tvilsom** presisjon og noe klossethet
	8	no limitation	Ingen begrensning

(Modifisert versjon av House et al. 1981).

5.1. Tohåndsfunksjon

Her bedømmes om barnet spontant benytter begge hender i aktiviteter som krever det.

Eksempel på aktiviteter: holde en stor ball, kaste stor ball eller ballong, løfte stor eske, bære brett, åpne bokser, bygge med duplo/lego, ta på lue/hatt/armbånd/halskjede, ta av/på tusjkork, kjevle plastelina, blåse såpebobler, åpne/lukke knapper og glidelåser, sortere spillkort, åpne boks med lokk og putte i små gjenstander, åpne og putte mynter i lommebok.

6.0. Standardisert kartlegging av håndfunksjon med tester fra «AHA-familien»

Alle kartleggingsverktøy fra "AHA-familien" (se oversikt under) er utviklet for barn med CP og krever godkjent sertifisering for bruk. NorCP legge jevnlig til rette for kurs med redusert kursavgift. Se kursoversikt på CPTeaching - Cerebral palsy professional development og ta evt. kontakt med NorCP@ous-hf.no for å melde interesse for kurs.

Målrettede tiltak som er tilpasset det enkelte barn er avhengig av en grundig kartlegging. Det anbefales derfor at den aktuelle testen fra «AHA-familien» brukes en av de første gangene barnet kommer til habiliteringstjenesten, og ellers ved behov for å måle før og etter spesifikke/intensive/målrettede tiltak for håndfunksjon, og gjerne ved overganger (barnehage/skole, barneskole/ungdomsskole, ungdomsskole/videregående skole).

Det er et ønske fra NorCP at alle barn som får tidlig intervensjon med fokus på håndfunksjon kartlegges med HAI-test eller evt. Mini-AHA før/etter treningsperioden. Det er også ønskelig at alle barn på MACS nivå I-III kartlegges med AHA eller BoHA ved førstegangsregistrering, ved 5-års alder og før/etter evt. intensiv trening.

Test	Målgruppe	Alder	Hva kartlegges?
Hand Assessment for Infants (HAI)[1]	Spedbarn/babyer som har kliniske tegn på CP, eller er i risiko for å utvikle CP.	3-12 mnd	HAI brukes til å kartlegge hver hånd for seg, men også begge hender samtidig i tohåndsaktiviteter.
Mini-Assisting Hand Assessment (Mini-AHA)[2]	Babyer/barn med kliniske tegn på unilateral CP, eller i risiko for å utvikle CP.	8-18 mnd	Mini-AHA brukes til å kartlegge hvor effektivt den assisterende hånden brukes i tohåndsaktiviteter.
Assisting Hand Assessment (AHA)[3]	Barn og unge med unilateral CP, eller med kliniske tegn på unilateral CP.	18 mnd - 18 år	AHA brukes til å kartlegge hvor effektivt den assisterende hånden brukes sammen med den dominante hånden i tohåndsaktiviteter.
Both Hands Assessment (BoHA)[4]	Barn og unge med bilateral CP. MACS nivå I-III.	18 mnd - 18 år*	BOHA brukes til å kartlegge hver hånd for seg i tohåndsaktivitet, men også begge hender samtidig.

[1]Krumlinde-Sundholm et al. (2017). Development of the Hand Assessment for Infants: evidence of internal scale validity. Developmental Medicine and Child Neurology, 2017, Vol 59 (12).
[2]Greaves et al. (2013). Development of the Mini-Assisting Hand Assessment: evidence for content and internal scale validity. Developmental Medicine and Child Neurology, 2013, Vol 55 (11).
[3]Krumlinde-Sundholm et al. (2003). Development of the Assisting Hans Assessment: a Rasch-built measure intended for children with unilateral upper limb impairment. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 2003, Vol 10 (1).
[4]Elvrum et al. (2018). Development and validation of the Both Hands Assessment for Children with bilateral Cerebral Palsy. Physical & Occupational Therapy in pediatrics, 2018, Vol 38 (2).
*Merk at BoHA er validert til 12 år, men antas å være egnet også til 18 år.

7.0. Pediatric Evaluation of Disability Inventory – Computer Adaptive Test (PEDI-CAT)

PEDI-CAT er et digitalt kartleggingsverktøy som er utviklet for å kartlegge ferdigheter innen fire domener: (1) daglige aktiviteter, (2) forflytning, (3) sosial/kognitiv fungering og (4) ansvar. Mens de tre første domenene omhandler ulike grader av funksjonelle ferdigheter, kartlegges det under «ansvar» i hvilken grad personen selv tar ansvar for og håndterer komplekse livssituasjoner (eks. komme seg av gårde på morgenen, spise og drikke sunt, planlegge og holde oversikt over timeplan, etc.).

PEDI-CAT er utviklet for bruk med barn og unge i alderen 1 – 20 år. PEDI-CAT kan fylles ut av foreldre eller andre omsorgspersoner, eller av fagpersoner som kjenner personen godt. Ungdom kan selv fylle ut PEDI-CAT i samarbeid med foresatte eller fagpersoner (men merk at spørsmålene er formulert som til omsorgspersoner som svarer på vegne av «barnet».

Tilgang til PEDI-CAT må bestilles gjennom www.pearsonclinical.no/pedicat-no .
PEDI-CAT kan gjennomføres som en kortversjon eller fullversjon, og man kan velge å gjennomføre kun spørsmål innenfor ett domene. Det gis ingen totalskåre for hele PEDI-CAT.

PEDI-CAT er en såkalt Computer Adaptive Test (CAT), hvilket betyr at den har en innebygget algoritme som gjør at spørsmålene man presenteres for er avhengig av hvilket svar man

tidligere har gitt. PEDI-CAT inneholder totalt nesten 300 spørsmål, som inkluderer aktiviteter som personer med typisk utvikling mestrer i løpet av barne- og ungdomsårene. Det er bare et utvalg av spørsmålene som administreres hver gang. Det er lagt inn filter for alder, kjønn og forflytning som sikrer en viss relevans av spørsmålene som stilles.

Aktiviteter som kartlegges i PEDI-CAT er rangert i et hierarki ut fra vanskelighetsgrad (basert på Rasch analyse), og er derfor et velegnet verktøy til å planlegge tiltak ut fra individuelle behov. Data som skal registreres i NorCP hentes direkte fra rapporten som genereres når man gjennomfører PEDI-CAT.

Det er et ønske fra NorCP at alle barn kartlegges med PEDI-CAT ved 5-års alder, og ellers i forbindelse med alle overganger (barnehage/skole, barneskole/ungdomsskole, ungdomsskole/videregående skole).

8.0. Spastisitet/hypertoni

8.1. Modified Ashworth Scale (MAS)

Spastisitet/hypertoni klassifiseres etter MAS og graderes på en seks-punkts skala (0, 1, 1+, 2, 3, 4). Undersøkelesen gjennomføres mens barnet slapper av, gjerne på benk eller på foresattes fang. Graderingen gjøres ved å bevege ekstremiteten raskt 1-3 ganger. Du noterer det nivået som best beskriver det du kjenner. Se beskrivelse av nivåer og utgangsstillinger nedenfor.

- «Avvik fra standard utgangsstilling» krysses av dersom man ikke har kunnet undersøke barnet i utgangsstillingene som er beskrevet under, og antar at dette påvirker verdiene man har registrert.
- Forøket tonus under aktivitet krysses av dersom man observerer at barnet forstyrres av økt tonus mens det er i spontan eller strukturert aktivitet.

Utgangsstilling ved vurdering av spastisitet	
Albuefleksorer	Fra supinert og flektert stiling: før underarm raskt i ekstensjon. Kjenn etter tonus når albueleddet ekstenderes.
Pronatorer	Fra pronert stilling i underarm og med flektert albue: før underarmen raskt til supinasjon. Kjenn etter tonus når underarm supineres.
Håndleddsfleksorer	Fra flektert håndleddstilling med frie fingre (hold på håndroten): før håndleddet raskt til ekstensjon. Kjenn etter tonus når håndleddet ekstenderes.
Tommelfleksorer / adduktorer	Fra tommel i lett addusert/avslappet stilling: før tommelen raskt ut av vola mot ekstendert / abdusert stilling. Kjenn etter tonus når tommelen føres ut av vola.
Fingerfleksorer	Fra flektert håndleddstilling med fingre i hvile (hold volart på fingrene håndflate): før fingre og håndledd raskt til ekstendert stilling. Kjenn etter tonus når fingre og håndledd ekstenderes.

Modified Ashworth Scale	(Bohannan & Smith 1987)
Merk: Er det normal tonus, som for eksempel ved unilateral affeksjon, kan det krysses av i boksen «uten anmerkning» for den uaffiserte siden.	
0	Ingen økning av muskeltonus
1	Lett økning av muskeltonus; viser seg som ”catch and release” eller som minimal motstand i slutten av bevegelsesbanen når affisert ekstremitet beveges i fleksjon eller ekstensjon.
1+	Lett økning av muskeltonus; viser seg som ”catch” fulgt av minimal motstand gjennom bevegelsesbanen (mindre enn halve).
2	Mer markert økning av muskeltonus gjennom mesteparten av bevegelsesbanen, men affisert ekstremitet kan lett beveges.
3	Betydelig økning av muskeltonus; passiv bevegelse er vanskelig.
4	Affisert ekstremitet er rigid i fleksjon eller ekstensjon

9.0. Aktiv og passiv leddbevegelighet

Leddbevegelighet måles med vinkelmål (goniometer), optimalt av to personer. De oppgitte verdier for passiv leddbevegelighet i protokollen er referanseverdier («grønne verdier») basert på personer uten CP eller andre bevegelsesinnskrenkninger (se tabell under).

Noen barn kan ha vansker med å ta instruksjon, det er likevel ønskelig for den kliniske vurdering å observere aktiv bevegelse under lek og aktivitet, f.eks. oppfordre barnet til å holde ball over hodet (skulderfleksjon), å leke tinnsoldat (albuekstensjon), og til å leke med tryllestav eller feste klistremerke i håndflaten (supinasjon).

- «Avvik fra standard utgangsstilling» krysses av dersom man ikke har kunnet undersøke barnet i utgangsstillingene som er beskrevet under, og antar at dette påvirker verdiene man har registrert.
- «Uten anmerkning» krysses av dersom barnet har full passiv bevegelighet i alle ledd, det er da ikke nødvendig å skrive inn referanseverdi for hver bevegelse.

Alarmverdier for passive bevegelsesutslag i overekstremitetene			
MACS I-V	**Patologisk**	**Kontroll/ tiltak**	**Normalverdi**
Skulder fleksjon	≤ 120°	121° - 159°	≥ 160°
Skulder utadrotasjon	≤ 0°	1° - 44°	≥ 45°
Skulder abduksjon	≤ 120°	121° - 159°	≥ 160°
Albu ekstensjon	≤ -30°	-29° - -10°	≥ -10°
Underarm supinasjon	≤ 45°	46° - 79°	≥ 80°
Håndledd ekstensjon med bøyde fingre	≤ 0°	1° - 59°	≥ 60°
Håndledd: ekstensjon med strake fingre	≤ -20°	-19° - 59°	≥ 60°
Håndledd ulnardeviasjon	>45° eller <0°		0° - 44°
Håndledd radialdeviasjon	<0°	1° - 19°	≥ 20°

(www.cpup.se)

9.1. Utgangsstilling for undersøkelse av leddbevegelighet

NB! Se filmer på www.cpup.se for videoillustrasjoner: Arbetsterapeutmanual Filmer – CPUP

Skulder

Bevegelse	Utgangsstilling	Fast vinkelben	Bevegelig vinkelben
Fleksjon	Lett utadrotert skulder, strak albue, underarm i 0-stilling	Legges parallelt med columna	Legges parallelt med humerus
Utadrotasjon (undersøkes på benk)	Skulder i 90° abduksjon, albue i 90° fleksjon, underarm pronert.	Loddrett i forlengelsen av ulna	Legges parallelt med ulna, som vinkelbenet følger i bevegelsen
Abduksjon	Addusert og utadrotert skulder, strak albue	Parallell med columna	Legges dorsalt, parallelt med humerus



Skulderfleksjon



Utadrotasjon



Abduksjon

Albu

Bevegelse	Utgangsstilling	Fast vinkelben	Bevegelig vinkelben
Ekstensjon	Skulder addusert, underarm lett supinert (0-stilling)	Legges lateralt, parallelt med humerus	Legges lateralt, parallelt med radius



Albuekstensjon

Merk:
Ekstensjon = strak albu = 0°

Hvis albuen ikke kan ekstenderes helt, oppgis dette som negativ verdi (f.eks. –10°)

Underarm

Bevegelse	Utgangsstilling	Fast vinkelben	Bevegelig vinkelben
Supinasjon	Skulder addusert, overarmen fiksert inntil kroppen, albue 90° flektert	Legges parallelt med humerus *Evt. legges langs bordet	Legges volart over håndleddet *Evt. følger håndrotsbena

*Evt. Barnet kan holde en blyant. Da kan man sikte parallelt etter blyanten. Denne måling av supinasjon er modifisert av ergoterapeutene ved OUS/NorCP



Supinasjon



0- stilling



*Supinasjon

<u>Aktiv Supinasjon:</u>

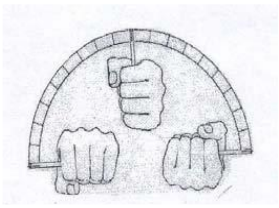
Kryss av på tegningen der det bevegelige vinkelben kommer parallelt med håndrotsbena.

Husk at den aktive supinasjonen starter allerede ved -90°, dvs. fra full pronasjon.

Om barnet ikke supinerer til 0-stilling («høykant»), blir det en negativ verdi.

0°

- 90°



+ 90°

Håndledd

Bevegelse	Utgangsstilling	Fast vinkelben	Bevegelig vinkelben
Ekstensjon med flekterte fingre	Underarm pronert	Legges ulnart, parallelt med ulna	Legges ulnart, parallelt med 5. metacarp
Ekstensjon med ekstenderte fingre			
Ulnardeviasjon	Underarm pronert, håndledd nøytralt	Legges dorsalt, parallelt med midtlinje underarm	Legges dorsalt, parallelt med 3. metacarp
Radialdeviasjon			



Ekstensjon m/ flekterte fingre



Ekstensjon m/ ekstenderte fingre



Ulnardeviasjon

Merk: Ekstensjon = rett håndledd = 0°.
Hvis barnet ikke kan oppnå rett håndledd, oppgis dette som negativ verdi (f.eks. <u>-15°</u>)

10.0. Klassifikasjon av tommelens stilling etter House v/ aktivt egrep

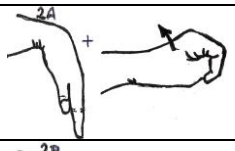
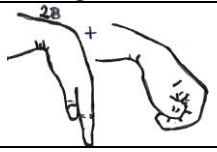
Klassifikasjonen skal registreres idet barnet åpner hånden for å gripe en gjenstand, f.eks. en ball. Hvis barnet ikke har evne til aktivt å åpne hånden, kjenn etter hvilke muskler som er stramme.

Type 0 Tommelstilling uten thumb-in-palm	Ingen Thumb-in-palm **0**
Type 1 Lett adduksjonstilling i CMC. Tommel ligger lett addusert inn mot pekefinger. Metacarp I er inndratt mot metacarp II (m.adduktor pollicis)	 **1**
Type 2 Adduksjonsstilling i CMC og fleksjonstilling i MCP. Tommel ligger addusert fra CMC og flektert fra MCP inn mot vola. (m.adduktor pollicis + m.fleksor pollicis brevis)	 **2**
Type 3 Adduksjonstilling i CMC i kombinasjon med en hyperekstensjon og evnt. instabilitet i MCP og/eller IP-ledd. (som ovenfor + m.ekstensor pollicis longus)	 **3**
Type 4 Adduksjonstilling i CMC i kombinasjon med fleksjon i MCP og IP. (som ovenfor + m.fleksor pollicis longus)	 **4**

(House et al. 1981)

11.0. Klassifikasjon av håndledd og fingre etter Zancolli

Denne klassifikasjonen beskriver aktiv evne til samtidig håndledd- og fingerekstensjon. Dette krever aktiv deltagelse av barnet, som f. eks. oppfordres til gjøre "give me five". Her skal det angis maksimalt av hva barnet er i stand til å klare, ikke hva barnet pleier å gjøre.

Gruppe 0 Uten anmerkning; barnet kan aktivt ekstendere fingrene når håndleddet er mer enn 20° ekstendert	
Gruppe 1 Kan aktivt ekstendere fingrene når håndleddet er mindre enn 20° volarflektert	
Gruppe 2A Kan aktivt ekstendere fingrene men bare når håndleddet er mer enn 20° volarflektert + kan aktivt ekstendere håndleddet med fingrene i fleksjon	
Gruppe 2B Kan aktivt ekstendere fingrene, men bare når håndleddet er mer enn 20° volarflektert + men kan ikke ekstendere håndleddet med fingrene i fleksjon	
Gruppe 3. Kan ikke ekstendere fingre eller håndledd *(Zancolli & Zankolli 1981)*	

12.0. Ergoterapi

Registrer om barnet har hatt kontakt med ergoterapeut i tillegg til NorCP-undersøkelsen, siden forrige vurdering. Hvis JA, registrer da hvilke tiltak som er utført.

NB! Dersom det er første gang barnet registreres med NorCP motorikk / ergoterapiprotokoll, skal det registreres om barnet tidligere har fått ergoterapeutiske tiltak, og evt. hvilke tiltak barnet har mottatt.

12.1. Trening av håndfunksjon

Registrer om barnet har hatt trening rettet mot håndfunksjon.
Registrer hvilken type trening barnet har fått.
Registrer antall ganger i uken treningen har foregått og over hvor mange uker.
Registrer hvem som har gjennomført treningen sammen med barnet, og om treningen har vært organisert som individuell trening, i gruppe eller integrert i hverdagsaktivitet.
Flere kryss kan settes.
Registrer om det er satt mål for treningen og om målet er oppnådd.

Følgende typer trening/tiltak for å fremme håndfunksjon kan registreres:
Se kunnskapsbaserte anbefalinger her: https://metodebok.no/emne/MZXmpV3z
Se nyttig artikkel av Greaves & Hoare 2024 her: Upper Limb Therapy for Infants and Young Children with Unilateral Cerebral Palsy: A Clinical Framework

- Råd og veiledning:
  Krysses av dersom det er gitt spesifikk veiledning eller råd til barnet/ungdommen selv, foresatte, barnehage eller andre om hvordan man kan legge til rette for å fremme håndfunksjon i hverdagen. Det kan f.eks. være råd om tilrettelegging eller tilpasning av aktiviteter, veiledning i strategier, forslag til spesifikke metoder eller aktiviteter etc.

- Funksjonell målrettet håndtrening:
  Dette alternativet krysses av dersom treningen har vært rettet mot spesifikke mål, og treningen har fokusert på de definerte målaktivitetene.
  Det kan være trening spesifikt på bestemte tohåndsaktiviteter (eks. klippe eller bygge lego) eller trening i målrettet hverdagsaktivitet der bruk av hender er i fokus (eks. av-/påkledning, spise med kniv og gaffel, kneppe knapper eller knyte sko). Treningen foregår med en viss regelmessighet over tid.

- Modifisert CI-terapi (CIMT / Baby-CIMT):
  Dette alternativet krysses av dersom det har vært gjennomført systematisk CIMT/Baby-CIMT-trening for barn med unilateral CP (evt. bilateral CP m/stor asymmetri).
  CIMT/BabyCIMT trening består av tre komponenter:
  (1) Intensitet over tidsavgrenset periode
  (2) Begrensning av den dominante/ikke-affiserte hånden
  (3) Aktivitetsbasert treningen som er morsom/motiverende og tilpasset barnets funksjonsnivå.
  Se metodebok for CIMTog Baby-CIMT på www.siv.no/helsefaglig/cp-registeret under «Fagressurser»

- Bimanuell intensiv trening (HABIT/BIMT):
  Dette alternativet krysses av dersom det er gjennomført systematisk trening med fokus på tohåndsaktiviteter. Treningen kan gjennomføres som beskrevet for Hand-Arm Bimanual Intensive Training (HABIT), eller generelt ved å inkludere følgende komponenter:
  (1) Intensitet over tidsavgrenset periode
  (2) Trening i tohåndsaktiviteter
  (3) Aktivitetsbasert trening som er morsom/motiverende og tilpasset barnets funksjonsnivå.

12.2. Trening i hverdagsaktlvitet (ADL-trening)

Registrer om barnet har fått trening i forskjellige aktiviteter i dagliglivet (ADL-ferdigheter), og hva slags aktiviteter. Registrer antall ganger i uken treningen har foregått og over hvor mange uker. Registrer hvem som har utført treningen sammen med barnet, og om treningen har vært organisert som individuell trening, i gruppe eller integrert i hverdagsaktivitet. Flere kryss kan settes. Registrer om det er satt mål for treningen og om målet er oppnådd.

12.3. Ortoser til arm/hånd

- Kryss av for om barnet bruker ortose for arm/hånd
- Registrer hvor mange dager i uken ortosen brukes
- Velg om ortosen primært er laget for å bedre funksjon (aktivitetsortose) eller for å forebygge kontrakturer (passiv tøyning).
- Angi hvilke ledd/segment ortosen skal gi støtte til, ortosens materiale, hvor mye ortosen brukes gjennom et døgn, og om ortosen har ønsket effekt.

13.0. Botulinumtoxin (BoNT-A) behandling i arm/hånd

- Angi om barnet har fått BoNT-A behandling siden forrige NorCP protokoll.
- Dersom det er førstegangsregistrering, registreres om barnet tidligere har fått BoNT-A behandling i arm/hånd.
- Registrer dato for injisering og i hvilke muskler injeksjon er satt.
- Registrer om barnet har fått trening i forbindelse med BoNT-A behandlingen.

14.0. Kommentarer

Det er rom for å skrive kommentarer sist i NorCP motorikk ergoterapiprotokollen. Kommentarene kan være til nytte i det kliniske arbeidet og dersom protokollen skannes til barnets journal.

15.0. Håndkirurgisk behandling (egen protokoll og eget skjema i eReg)

Håndkirurgisk behandling registreres i NorCP kirurgiprotokoll, og registreres på eget skjema i eReg (NorCP kirurgi). Merk at kirurgiprotokollen bare skal fylles ut dersom barnet har gjennomgått kirurgi siden sist (ved førstegangsregistrering i NorCP: om barnet tidligere har gjennomgått håndkirurgi).

I NorCP har ergoterapeutene ansvar for registreringer knyttet til oppfølging av håndfunksjon, derfor er NorCP kirurgiprotokoll også en del av ergoterapiprotokollen.