

Norsk kvalitets- og oppfølgingsregister for cerebral parese
(NorCP)

MANUAL
for
NorCP motorikk FYSIOTERAPIPROTOKOLL

Versjon eReg 2.0
Januar 2022



Innhold

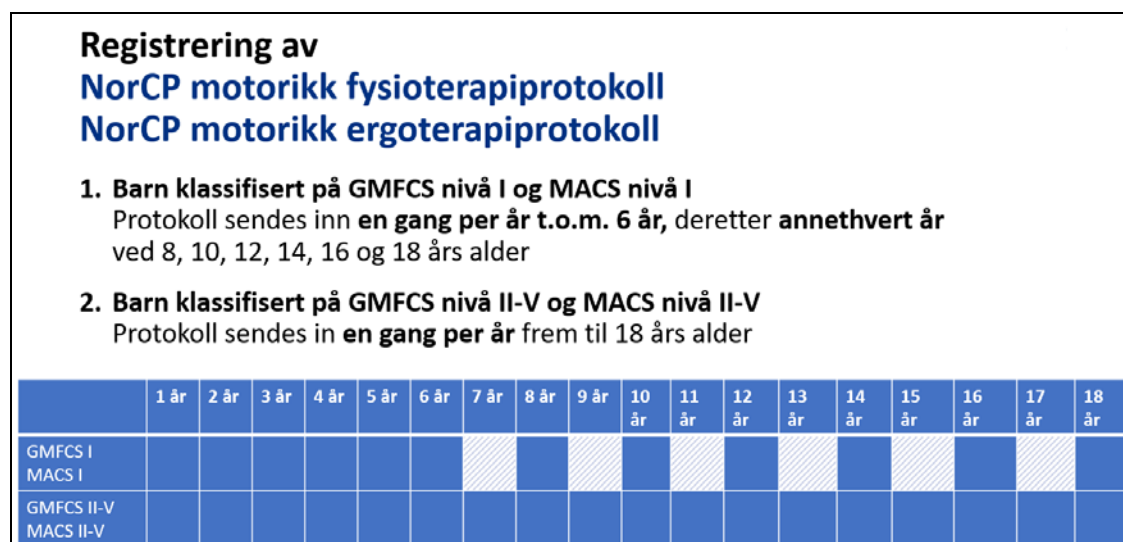
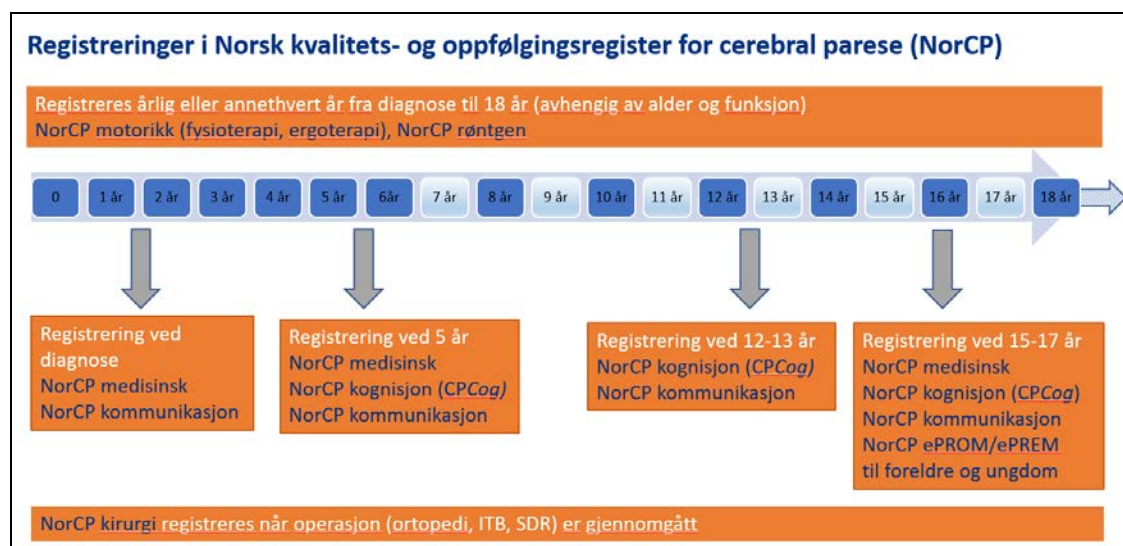
1.0 Introduksjon	3
1.1.Registrering i NorCP	3
2.0 Samtykke.....	4
3.0 Diagnose.....	4
4.0 Gross Motor Function Classification System (GMFCS E&R)	4
5.0 Gross Motor Function Measure (GMFM).....	4
6.0 The Functional Mobility Scale (FMS)	5
6.1 FMS; eksempler på skåring etter CPUP	5
7.0 Ståhjelpemiddel	6
8.0 Ortoser	6
9.0 Rygg	7
10.0 Truncusortose	7
11.0 Posture and Postural Ability Scale (PPAS).....	7
12.0 Posisjonering	8
13.0 Spastisitet	8
13.1 Modified Ashworth skala (MAS).....	8
14.0 Leddstatus.....	9
14.1 Alarmverdier for passive bevegelsesutslag	12
15.0 Fysioterapi	13
16.0 Fysisk aktivitet	14
17.0 Botuliniumtoksin A	14
18.0 Kommentar	14
19.0 Ortopedisk kirurgi.....	15
20. 0 Røntgen	15

1.0 Introduksjon

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

Fysioterapeuter på habiliteringstjenesten for barn og unge (HABU) har ansvar for *NorCP motorikk fysioterapiprotokoll*. 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 fysioterapeut på HABU som har tilgang til eReg, og ansvar for registrering. Flere personer på HABU kan ha tilgang. Søknad om dette gjøres ved å kontakte registeransvarlig i NorCP Sandra J Hollung på epost sanhol@siv.no.

1.1.Registrering i NorCP



2.0 Samtykke

Foresatte må informeres om NorCP, inkludert informasjonsskriv med samtykkeerklæring. Samtykke finner du her [https://www.siv.no/seksjon/CP-registeret /Documents/Samtykker-og-skjemaer/Samtykke NorCP 2021.pdf](https://www.siv.no/seksjon/CP-registeret/Documents/Samtykker-og-skjemaer/Samtykke%20NorCP%202021.pdf)

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.

Ref: 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. PMID: 17370477.

4.0 Gross Motor Function Classification System (GMFCS E&R)

GMFCS er klassifikasjonssystemet for grovmotorisk funksjon ved cerebral parese, og er basert på selvinitierte bevegelser med særlig vekt på sittefunksjon og forflytning. Grovmotorisk funksjon klassifiseres i 5 nivå (I-V) hvor nivå I er best funksjon. Klassifikasjonen understreker betydningen miljøfaktorer og personlige faktorer på funksjon.

Fokus i GMFCS er å fastsette hvilket nivå som best representerer barnets/ungdommens nåværende grovmotoriske funksjon eller begrensninger. Hovedvekten er på vanlig utførelse hjemme, på skolen og i lokalsamfunnet (hva de gjør) heller enn på hva de er i stand til å gjøre på sitt beste (kapasitet). Det er derfor viktig å klassifisere nåværende utførelse av grovmotoriske funksjoner, og ikke inkludere vurderinger av bevegelseskvalitet eller mulig framgang.

GMFCS er et pålitelig verktøy som kan forutsi utviklingen av grovmotorisk funksjon med stor grad av sikkerhet. Klassifikasjon gjøres i samarbeid med foreldrene eller omsorgspersoner som kjenner barnet godt. Før klassifisering, les introduksjonen og brukerveiledningen. GMFCS E&R, GMFCS beskrivelse og illustrasjoner samt GMFCS spørreskjema kan lastes ned fra [https://www.siv.no/seksjon/CP-registeret /Documents/Klassifikasjonsverktoy/GMFCS 2007.pdf](https://www.siv.no/seksjon/CP-registeret/Documents/Klassifikasjonsverktoy/GMFCS_2007.pdf)

Ref. Gross Motor Function Classification System for Cerebral Palsy, Palisano et al, Dev. Med & Child Neurol 1997. GMFCS E&R 2007.

5.0 Gross Motor Function Measure (GMFM)

GMFM er et undersøkelsesverktøy validert for å evaluere utvikling av motoriske ferdigheter hos barn med CP. GMFM er utviklet for å vurdere hvor mye barnet kan, mer enn hvor bra barnet utfører, det vil si bevegelseskvalitet. GMFM finnes i flere versjoner. Det er GMFM-66 skåring som registreres i eReg. GMFM anbefales å utføres årlig, til kurven flater ut/ barnet når terskel.

Testskjema for GMFM 66, GMFM 66 B&C og GMFM 66&88 finner du her [NorCP - Sykehuset i Vestfold \(siv.no\)](#)

Percentilskjema: [Tabulated reference percentiles for the 66-item Gross Motor Function Measure](#)

canchild.ca

Det er lenket til percentilskjema i eReg protokollen.

Ref. Gross Motor Function Measure (GMFM-66 & GMFM-88) User's Manual 3rd Edition, 3rd Edition, Dianne J Russell, Marilyn Wright, Peter L Rosenbaum, Lisa M Avery

6.0 The Functional Mobility Scale (FMS)

FMS er utviklet for å klassifisere funksjonell forflytning hos barn fra 4 år, også med hensyn til ulike hjelpemidler som barnet måtte bruke. Velg en av følgende alternativ som best beskriver barnets nåværende funksjonelle forflytning på alle tre distanser; **5 meter** i hjemmet, **50 meter** på skolen, **500 meter** i nærmiljøet.

Veiledning til FMS finner du her [https://www.siv.no/seksjon/CP-registeret /Documents/Klassifikasjonsverktøy/FMS.pdf](https://www.siv.no/seksjon/CP-registeret/Documents/Klassifikasjonsverktøy/FMS.pdf)

6: Går selvstendig på all slags underlag. Bruker ikke ganghjelpemidler eller trenger hjelp fra annen person under gange på all slags underlag, inkludert ujevnt underlag, skråninger o.s.v. og i omgivelser med mange mennesker.

5: Går selvstendig på jevnt underlag. Bruker ikke ganghjelpemidler eller trenger hjelp fra en annen person*. Trenger rekkverk i trapper.

*Hvis det blir brukt møbler, vegger, gjerder eller butikkvinduer til støtte, bruk 4 som er korrekt beskrivelse.

4: Bruker stokker (en eller to). Uten hjelp fra en annen person.

3: Bruker krykker. Uten hjelp fra en annen person.

2: Bruker fremover- eller bakovervendt rollator. Uten hjelp fra en annen person.

1: Bruker rullestol. Kan muligens stå ved overflytting og kanskje ta noen skritt med støtte fra en annen person eller bruk av fremover- eller bakovervendt rollator. (bæres, kjøres i vogn eller rullestol, kjører rullestol selv eller går med NF-Walker)

C = Krabber: Barnet krabber ved forflytning hjemme (5 m). Kan gjelde i barnehaven (50 m) for små barn, men C anvendes aldri ute i lokalsamfunnet (500 m).

N = Kan ikke anvendes:

N benyttes bare for distansen 500 m/nærmiljøet, når barnet for eksempel aldri er med ut i lokalsamfunnet p.g.a. nedsatt allmenntilstand.

*Ref. The Functional Mobility Scale, Pirpiris, Graham et. al, J. Of Pediatric Orthoped. 2004 sep.-oct.; 24(5):514-20
Harvey A. Graham HK, Baker R, Wolfe R. The Functional Mobility Scale: responsiveness to change. Abstract DMCN Suppl no 106, vol 48 September 2006*

6.1 FMS; eksempler på skåring etter CPUP

A. Et barn som går selvstendig på all slags underlag hjemme, men bruker krykker på skolen og rullestol på lengre turer med familien eller på skoleturer.

Skår: 6-3-1

B. Et barn som bruker krykker hjemme, rullator på skolen og rullestol på kjøpesenteret.

Skår: 3-2-1

C. Et barn som går selvstendig på all slags underlag hjemme inklusiv i trapper uten rekkverk, men har lett for å miste balansen på skolen samt på lengre avstander på ujevnt underlag og i store

folkemengder.

Skår: 6-5-5

D. Et barn som bruker rullator hjemme og hos fysioterapeuten, men rullestol i alle andre omgivelser.

Skår: 2-1-1

E. Et barn som går selvstendig uten hjelpemiddel hjemme på jevnt underlag og bruker to stokker i klasserommet og skolegården, samt rullator ved lengre strekninger.

Skår: 5-4-2

F. Et barn som går selvstendig hjemme og på skolen (hvis det hadde vært trapper hadde barnet trengt

rekkverk, men det er ikke trapper), men støtter seg til rekkverk på et kjøpesenter.

Skår: 6-6-5

G. Et barn som går med to firpunkt-stokker hjemme, går med rullator i barnehaven og sitter i vogn på utflukter.

Skår: 3-2-1

H. Et barn som bæres hjemme, kjøres i rullestol på skolen og kjøres i vogn i lokalmiljøet.

Skår 1-1-1

I. Et barn som går hjemme med mye støtte av en voksen, kjører el rullestol på skolen og kjøres i manuell rullestol på utflukter.

Skår: 1-1-1

J. Et barn som rompeaker hjemme og i barnehagen, men kjøres i vogn utendørs.

Skår: C-C-1

K. Et barn som går i gåstol hjemme, bruker rullestol på skolen, men er aldri ute i lokalmiljøet p.g.a. nedsatt almentilstand.

Skår: 1-1-N

7.0 Ståhjelpemiddel

Statisk ståhjelpemiddel: ståskall, ståstativ etc

Dynamisk ståhjelpemiddel: Innowalk, Happy Rehab etc

Ref. Tornberg ÅB, Lauruschkus K. Non-ambulatory children with cerebral palsy: effects of four months of static and dynamic standing exercise on passive range of motion and spasticity in the hip. PeerJ. 2020 Mar 17;8:e8561. doi: 10.7717/peerj.8561. PMID: 32211225; PMCID: PMC7083156.

8.0 Ortoser

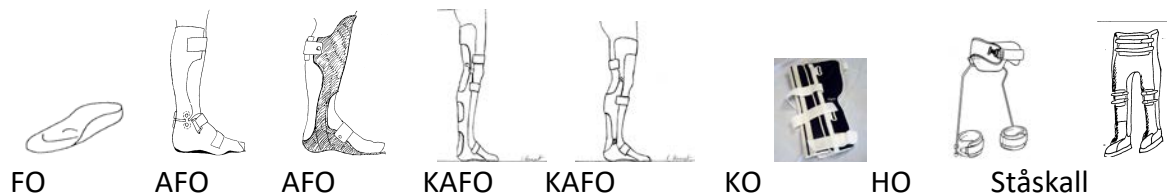
Innlegg (FO) i sko – alle typer individuelt tilpassede innlegg som går nedenfor fotens malleoler uavhengig av materiale.

Ankel -Fot-Ortose (AFO) – alle leddete eller uleddete ortoser som proksimalt avsluttes mellom malleoler og knehase og distalt inkluderer foten. Funksjonell elektrisk stimulerende ortose (FES) inkluderes også.

Kne-Ankel-Fot-Ortose (KAFO) – alle typer ortoser som avsluttes over kneleddet t.o.m. trochanter major og distalt inkluderer foten. Det skilles ikke mellom ortoser med og uten ledd.

Kne-Ortose (KO) – alle ortoser som proksimalt avsluttes over kneleddet t.o.m. trochanter major og strekker seg distalt til malleolen.

Hofte-Abduksjons-Ortose (HO) – ortoser som har til hensikt å abducere hoftene som f. eks. SWASH- ortose og som ikke går lenger ned enn til lårene.



9.0 Rygg

Om barnet er skolioseoperert er vurdering av skoliose ikke aktuelt. Skolioseoperasjon registreres i kirurgiskjemaet.

Fysioterapeut skal undersøke barnet klinisk for å avgjøre om barnet bør henvises til røntgen.

Vurderingen utføres hvis mulig i stående med korreksjon av eventuell benlengdeforskjell, alternativ utgangstilling er sittende på benk med korreksjon av eventuell bekkensenkning.

Graden av skoliose (lett, moderat eller uttalt) er en grov inndeling av skoliosens størrelse og avgjør om det skal tas røntgen skoliosebilde. CPUP har følgende definisjoner:

Lett skoliose: Skoliose som sees ved fremoverbøying med rett bekken.

Moderat skoliose: Skoliose som er tydelig både ved fremoverbøying og ved oppreist stilling

Uttalt skoliose: Skoliose som krever sidestøtte for å opprettholde rett stilling i sittende eller stående

Ved vurdering av om skoliosen er korrigerbar eller ikke korrigerbar/ rigid, undersøk barnet i mageleie eventuelt sittende på benk og rett opp barnets rygg ved å støtte rundt thorax med dine hender.

Veiledning til ryggoppfølging finner du her: <https://www.siv.no/seksjon/CP-registeret/Documents/Klassifikasjonsverktoy/Ryggoppfolging.pdf>

10.0 Truncusortose

Alle typer truncusortoser/korsett som er individuelt tilpasset.

11.0 Posture and Postural Ability Scale (PPAS)

PPAS er et kartleggingsverktøy for vurdering av asymmetrier i utgangsstillingene: rygg, mage, sittende og stående. I hver utgangsstillingene vurderes postural evne etter en 7-gradig skala. Kvalitet på holdningen vurderes ut fra seks punkter, både i frontalplan og sagittalplan.

Manual: <https://www.siv.no/seksjon/CP-registeret/Documents/Klassifikasjonsverktoy/Manual%20PPAS%20norsk%20oversettelse%2013.06.2016.pdf> og skjema

Skjema: <https://www.siv.no/seksjon/CP-registeret/Documents/Klassifikasjonsverktoy/PPAS%20-%20norsk%20oversettelse%2018.04.2016.pdf>

Ref. Psychometric evaluation of the Posture and Postural Ability Scale for children with cerebral palsy. Elisabet Rodby-

12.0 Posisjonering

Registreres for barn/unge i nivå III-V. Eksempel på tiltak for posisjonering i liggende vil være posisjoneringsputer, posisjonering med «vanlige» puter, posisjoneringsmadrass eller annet.

13.0 Spastisitet

13.1 Modified Ashworth Scale (MAS)

MAS vurderer spastisitet. Spastisitet undersøkes mens barnet slapper av, gjerne på benk eller på foresattes fang. Spastisiteten graderes på en seks-punkts skala (0, 1, 1+, 2, 3, 4). Graderingen gjøres ved å bevege ekstremiteten raskt 1-3 ganger. Registrer nivået som best beskriver det du kjenner.

Modified Ashworth Scale	
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 bevegtes 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 bevegtes.
3	Betydelig økning av muskeltonus; passiv bevegelse er vanskelig.
4	Affisert ekstremitet er rigid i fleksjon eller ekstensjon

Ref; Bohannon & Smith, 1987 "Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity", *Physical Therap*;; 67(2): 206-207.

Utgangstilling ved vurdering av spastisitet	
Hofteflexorer	Ryngleie, før benet i fleksjon-ekstensjon, kjenn etter tonus når hoften ekstenderes
Hofteekstensorer	Ryngleie, før benet i ekstensjon-fleksjon, kjenn etter tonus når hoften flekteres
Adduktorer	Ryngleie med ekstenderte knær og hofter. Før benet i adduksjon-abduksjon, kjenn etter tonus når benet føres i abduksjon
Kneflexorer	Ryngleie med 90° hoftefleksjon. Før benet i fleksjon-ekstensjon og kjenn etter tonus når kneet ekstenderes
Plantarflexorer	Ryngleie med ekstendert hofte og kne. Før foten i plantar-dorsalfleksjon,

kjenn etter tonus når foten dorsalflekteres

Se også cpup.se for videoillustrasjon [Fysioterapeutmanual Filmer – CPUP](#)

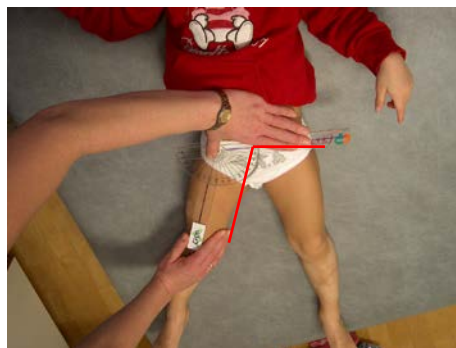
14.0 Leddstatus

Passive leddutslag måles med vinkelmål (goniometer) optimalt av to personer. De oppgitte verdier for passiv leddbevegelse i skjemaet er referanseverdier (normalverdier) basert på målinger av personer uten CP eller andre bevegelsesinnskrenkninger.

Hofte

Bevegelse	Utgangstilling	Fast vinkelben	Bevegelig vinkelben
Abduksjon, (50°)*	Ryggleie med ekstensjon i hofte og kne	Goniometerledd over SIAS (spina iliaca superior anterior) på aktuell side, fast vinkelben følger tenkt linje mellom begge SIA	Langs femur mot midten av patella
Ekstensjon (10°) Evt manglende ekstensjon til horisontal-leiet angis med minus	Mageleie med bena utenfor benken	Goniometerledd over trochanter major, fast vinkelben følger truncus	Langs tenkt linje mellom trochanter major og laterale epikondyl på femur
Fleksjon (110°-120°)	Ryggleie, fikser bekkenet ved å ekstendere motsatt ben. Flekter i kne og hofte	Goniometerledd over trochanter major, fast vinkelben følger truncus parallelt med columna	Langs femur

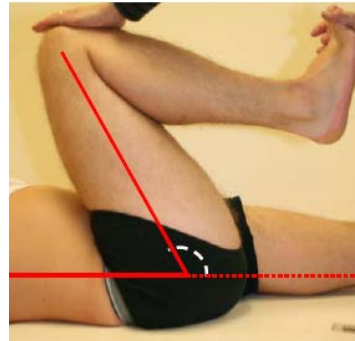
*Tall i parentes er oppgitt som normalverdier for 4 års alder etter Sutherland 1988.



Abduksjon



Ekstensjon



Fleksjon

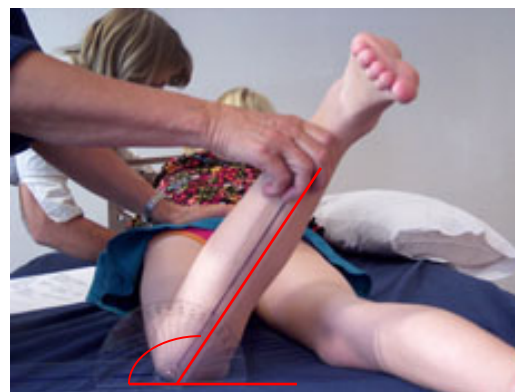
Hofte forts.

Bevegelse	Utgangsstilling	Fast vinkelben	Bevegelig vinkelben
Innadrotasjon (50°)*	Mageleie med ekstendert hofte, kne i 90° fleksjon, stabiliser bekkenet for å hindre bekkenrotasjon	Fast vinkelben langs underlaget	Vinkelben følger tibia aksen mot 2. tå
Utadrotasjon (45°)	Som ovenfor	Som ovenfor	Som ovenfor
Duncan Ely. Teste lengden av rectus femoris. Flekter kneet og angi knevinkel mellom underlag og skinnlegg når bekkenet heves.	Mageleie med ekstenderte hofter, fikser bekkenet.	Goniometerledd over laterale kneledd, fast vinkelben følger femur mot trochanter major	Holdes parallelt med tibias fremkant mot laterale malleol

*Tall i parentes er oppgitt som normalverdier for 4 års alder etter Sutherland 1988.



Innadrotasjon



Utadrotasjon



Duncan Ely

Kne

Bevegelse	Utgangsstilling	Fast vinkelben	Bevegelig vinkelben
Poplitealvinkel angi manglende ekstensjon	Ryngleie med 90° hoftefleksjon i aktuelt ben, fikser motsatt ben i ekstendert stilling	Goniometerledd over laterale kneledd, fast vinkelben langs femur mot trochanter major	Holdes parallelt med tibias fremkant mot laterale malleol
Ekstensjon (10°)*	Ryngleie med ekstendert hofte og kne	Som ovenfor	Som ovenfor

*Tall i parentes er oppgitt som normalverdier for 4 års alder etter Sutherland 1988.



Popliteal



Ekstensjon

Ankel

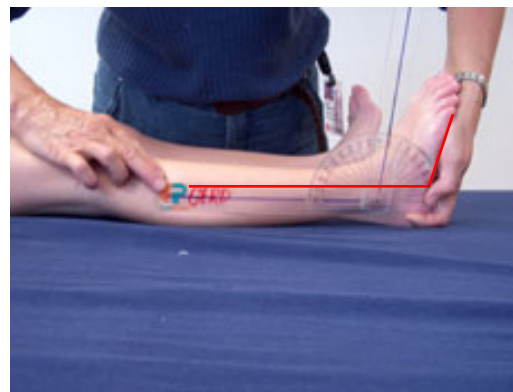
Bevegelse	Utgangsstilling	Fast vinkelben	Bevegelig vinkelben
*Dorsalfleksjon m/flektert kne	Ryngleie med fleksjon i hofte og kne	Goniometerledd over laterale malleol fast vinkelben parallelt med tibias fremkant	Følger laterale fotrand, 5. metatarsa
*Dorsalfleksjon m/ekstendert kne (15°)**	Ryngleie med ekstendert kne	Som ovenfor	Som ovenfor

*Stabiliser det subtalare leddet ved å fikser calcaneus for å forhindre valgus/varus stilling. 90° i ankelledd=0°. Dorsalfleksjon mindre enn 0° angis med minus.

***Tall i parentes er oppgitt som normalverdier for 4 års alder etter Sutherland 1988.



Dorsalfleksjon m/ flektert kne



Dorsalfleksjon m/ ekstendert kne

Se også cpup.se for videoillustrasjon [Fysioterapeutmanual Filmer – CPUP](http://cpup.se)

14.1 Alarmverdier for passive bevegelsesutslag

Alarmverdiene er bestemt ut fra at barna skal ha mulighet til å dorsalflektere i stand- og svingfasen under gange på GMFCS nivå I-III, og tilstrekkelig bevegelsesutslag i hofte-, kne- og ankelledd for å få en god stående stilling på GMFCS nivå IV-V.

GMFCS I-III	Patologisk	Kontroll/ tiltak	Normalverdi
Hofte abduksjon	≤ 30	31- 39	≥ 40
Hofte ekstensjon	< 0		≥ 0
Hofte fleksjon	≤ 100	101 - 109	≥ 110
Hofte utadrotasjon	≤ 30	31- 39	≥ 40
Hofte innadrotasjon	≤ 30	31- 39	≥ 40
Duncan Ely/lengden av RF	≤ 100	101-119	≥ 120
Poplitealvinkel	≥ 50	41- 49	≤ 40
Kne ekstensjon	≤ -10	- 9 til -1	≥ 0
Dorsalfleksjon med flex kne	≤ 10	11- 19	≥ 20
Dorsalfleksjon med ex kne	≤ 0	1- 9	≥ 10

REF: cpup.se

GMFCS IV-V	Patologisk	Kontroll/ tiltak	Normalverdi
Hofte abduksjon	≤ 20	21- 29	≥ 30
Hofte ekstensjon	< -10	- 9 til -1	≥ 0
Hofte fleksjon	≤ 90	91 - 109	≥ 110
Hofte utadrotasjon	≤ 30	31- 39	≥ 40
Hofte innadrotasjon	≤ 30	31- 39	≥ 40
Duncan Ely / lengden av RF	≤ 90	91-109	≥ 110
Poplitealvinkel	≥ 60	51- 59	≤ 50
Kne ekstensjon	≤ - 20	-19 til -11	≥ -10
Dorsalfleksjon med flex kne	≤ 0	1- 9	≥ 10
Dorsalfleksjonmed ex kne	≤ -10	- 9 til -1	≥ 0

Ref: cpup.se

15.0 Fysioterapi

Registrer om barnet har hatt *kontakt med fysioterapeut i tillegg til NorCP-undersøkelsen*, siden forrige vurdering. Hvis JA, registrer da hvilke tiltak som er utført. Dersom det er første gang barnet registreres med NorCP motorikk fysioterapiprotokoll, skal det registreres om barnet har hatt fysioterapeutiske tiltak før deltakelse i NorCP, og evt. hvilke tiltak barnet har mottatt. Videre registreres om det er formulert spesifikke fysioterapeutiske mål, samt om målene er oppnådd.

Ved registrering av fysioterapi differensieres det på tiltak rettet mot funksjon på kroppsfunksjonsnivå og/eller aktivitet-/deltakelsesnivå.

Ref. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). WHO 2001

Kroppsfunksjonsnivå

- Kontrakturprofylakse: passive/aktive tøyninger
- Postural kontroll: balanseøvelser, øvelser for trunkuskontroll etc.
- Muskelstyrke: spesifikk styrketrening, styrketrening gjennom tilrettelagt lek/aktivitet etc.
- Kondisjon: spesifikk utholdenhetstrening, utholdenhetstrening i tilrettelagt lek/aktivitet
- Respirasjon/luftveier: slimmobiliserende tiltak, stillingsendring/posisjonering, bevegelse, manuelle teknikker (strekk brystkasse, hostestøtte) etc.

Tiltakene kan være individuelle, i gruppe, i basseng etc.

Aktivitets- og/eller deltakelsesnivå

- Trening av kroppsfunksjoner: tiltak som beskrevet under kroppsfunksjonsnivå (eks bevegelighet, styrke, kondisjon, balanse, stabilitet)
- Ortoser
- Manuell stimulering av stillinger/bevegelser: fascilitering, guiding, aktivt ledet bevegelse
- Funksjonell trening: oppgaveorientert trening/ funksjonstrening/ aktivitetsbasert trening (konkret trening/øvelse på bevegelser, oppgaver, funksjon og aktiviteter)
- Tilpasning av omgivelser/hjelpemidler: hjelpemidler/fysisk miljø
- Konseptuelle metoder: Bobath/ NDT, Vojta, PTØ, Doman/ Familiy Hope, Kozijavkin, Sanseintegrasjonsterapi el lign.

Tiltakene kan være individuelle, i gruppe, i basseng etc.

Det skal registreres hvor ofte fysioterapeuten har vært tilstede.

Videre spørres det om barnet har deltatt i intensive treningsprogram siden forrige vurdering?

Intensive treningsprogram kan være lokale organiserte intensive treningsperioder, regionale tilbud som Program Intensivert Rehabilitering (PIH) Sørlandet sykehus, PITH- program intensivert trening og behandling Oslo Universitetssykehus, PTØ, Beitostølen Helse- og idrettsenter, private institutt og intensive treningsopphold i utland.

16.0 Fysisk aktivitet

Registrer om barnet har

- deltatt i organisert fysisk aktivitet/kroppsøving i barnehage og skole og hvor ofte
- deltatt i fysiske fritidsaktiviteter (organisert eller uorganisert), og hvor ofte

Med fysisk aktivitet menes all fysisk aktivitet / kroppsbevegelse som en følge av at skjelettmuskulaturen trekkes sammen og som fører til økt energiforbruk og økt puls.

17.0 Botuliniumtoksin A

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 underekstremiteter.

Registrer dato for injisering og i hvilke muskler injeksjon er satt.

Registrer om barnet har fått trening i forbindelse med BoNT-A behandlingen.

18.0 Kommentar

Det er rom for å skrive kommentarer i NorCP motorikk fysioterapiprotokollen.

Kommentarene kan være til nytte i det kliniske arbeidet og dersom protokollen skannes i journal.

19.0 Ortopedisk kirurgi

Ortopedisk kirurgi har egen protokoll og skjema i eReg. Ortopedisk operasjon i underekstremitet og eller rygg registreres i NorCP kirurgi protokoll. Merk at kirurgi protokollen bare skal fylles ut *dersom* barnet har gjennomgått kirurgi *siden sist* (ved førstegangsregistrering i NorCP: om barnet tidligere har gjennomgått håndkirurgi).

I NorCP har fysioterapeutene ansvar for registreringer knyttet til grovmotorisk funksjon. Derfor er *NorCP kirurgi protokoll* en del av *fysioterapi protokollen*.

20. 0 Røntgen

Registrering i NorCP:

- **GMFCS I:** ingen røntgenundersøkelse, forutsatt at klinisk undersøkelse ikke viser tegn til hofteutglidning
- **GMFCS II:** røntgenundersøkelse ved 2 år og 6 års alder. Hvis MP < 33%, og hvis klinisk undersøkelse ikke indikerer forverring, er det ikke behov for flere røntgenkontroller
- **GMFCS III-V:** Røntgenundersøkelse snarest ved mistanke om CP. Deretter årlig røntgen frem til 8 år. Videre røntgenundersøkelser vurderes individuelt.

Barn med ren **ataxi eller choreoathetose** (GMFCS II-III) og uten tonusøkning: Ikke behov for røntgenoppfølging dersom første røntgenbilde er normalt

I NorCP har fysioterapeutene ansvar for registreringer knyttet til grovmotorisk funksjon. Derfor er *NorCP røntgen protokoll* en del av *fysioterapi protokollen*.