Heilsustýrið

Cerebral paresa í Føroyum 2009-2023

September 2026

Óðinshædd 11, 1. hædd hm.
100 Tórshavn

(+298) 30 90 60
hst@hst.fo
www.hst.fo

Cerebral paresa í Føroyum 2009-2023

© Heilsustýrið 2026
Vísast kann til útgávuna við týðiligari kelduávísing

Útgevari
Heilsustýrið
Óðinshædd 11, 1. hædd hm.
100 Tórshavn

Høvundar
Elna Dam Dahl-Olsen, fulltrúi í Heilsustýrinum, sjúkrarøktarfrøðingur, M.Sc í fólkaheilsuvísindum
Katrin Jacobæus, fysioterapeutur, M.Sc í heilsuvísindum

Dátur
Leivur Nattestad Lydersen, fulltrúi í Heilsustýrinum

Fígging
Elsass Fonden

Innihaldsyvirlit

1. Inngangur 5

1.1 Tilfar og háttalag 5

1.2 CPUP í Føroyum – uppruni og menning 6

2. Føðiprevalensur og lýsing av føroysku tølunum 8

2.1 Prevalensur eftir landafrøðiligum øki 9

2.2 Aldur, tá diagnosa varð sett 10

2.3 Viðgongutíð 11

2.4 Støðan hjá barninum í sambandi við føðing 12

2.5 Føðivekt 13

2.6 Neonatalar etiologiskar orsøkir 13

2.7 Myndgreining og diagnostikkur hjá børnum við CP 14

3. CPUP-skipanin, virkni og flokking 15

3.1 Cerebral Paresu Uppfylgingarprogrammið (CPUP) 15

3.2 GMFCS og MACS – grov- og fínmotorikkur 16

3.3 CFCS og EDACS – samskifti og føðsluatferð 16

3.4 Nevrologisk meting og tvørfakligt samstarv 17

3.5 Barnaortopedisk uppfylging 17

3.6 Kognitión 17

3.7 Samskifti 18

3.8 Sjón og hoyrn 18

3.9 Epilepsi 18

3.10 Tilknýti til nevrolog og ortoped hjá ungum við CP 18

3.11 Ergo- og fysioterapeutiska protokollin 19

4. Ergoterapeutisk protokoll 19

4.1 Manual Ability Classification System (MACS) og mini-MACS 19

4.2 Communication Function Classification System (CFCS) 20

4.3 Føðsluviðurskifti 22

4.4 Liðmátingar í CPUP – ergoterapeutiska protokollin 23

4.5 MACS, ortosur og hjálpartól *25*

5. Fysioterapeutisk protokoll **26**

5.1 Gross Motor Function Classification System (GMFCS) *26*

5.2 FMS – Functional Mobility Scale *27*

5.3 FMS og GMFCS *28*

5.4 Liðmátingar í CPUP – fysioterapeutiska protokollin *28*

5.5 Dorsalfleksjón við knæi í fleksjón og ekstensjón *32*

5.6 Grov- og fínmotorikkur hjá børnum í føroysku skrásetingini (GMFCS og MACS) *32*

6. Kanningaramboð, sum ikki verða nýtt í føroyska CPUP **33**

7. Samandráttur **34**

8. Tilmæli **35**

8.1 Serligt tilmæli *36*

9. Tilknýti og fígging **37**

10. Keldulisti **38**

1. Inngangur

Cerebrala Paresa, stytt CP, varð fyrr kallað spastiskt lamni, og tey við CP vórðu rópt spastikarar. CP er eitt varandi tarn, sum stavar frá skaða ella broyting í heilanum tíðliga í menningini, vanliga áðrenn ella undir føðing ella í neonatalu tíðini. Orsøkirnar kunnu millum annað vera, at barnið er ov tíðliga føtt, lág føðivekt, íleguviðurskifti, infektiónir í viðgongutíðini, heilabløðing, súrevnistrot ella cerebralur infarktur hjá fostrinum ella nýfødda barninum. Tarnið fevnir um fleiri ymisk sløg av motoriskum og/ella kognitivum avbjóðingum, ið ávirka evnini at flyta seg, samskifta og luttaka í virksemi í gerandisdegnum. CP er vanligasta orsøkin til varandi tarn. Føðiprevalensurin í Norðurlondum og í altjóða høpi hevur verið mettur at liggja millum 1,5 og 2,5 børn pr. 1.000 livandi fødd (1,2). Nýggjari kanningar vísa tó, at føðiprevalensurin í háinntøkulondum, so sum Norðurlondum, liggur nærri 1,6 fyri hvørji 1.000 livandi fødd (3). Tølini kunnu tó sveiggja munandi millum lond, tíðarskeið og skrásetingarmannagongdir.

Í Føroyum hevur skipað skráseting av CP fingið størri ans seinastu árini. Við talgilding av journalum í 2009 gjørdist møguligt at savna dátur um børn og vaksin við diagnosuni og skapa eitt betri yvirlit yvir bæði nýggjar og eldri tilburðir. Áðrenn talgildingina vóru pappírsjournalir einasta kelda, og hóast tær hava havt týdning, eru einans tilburðir frá 2009 og seinni tiknir við í hesa frágreiðingina.

Endamálið við hesi frágreiðing er at lýsa støðuna hjá børnum við CP í Føroyum, við serligum denti á føðiprevalens, aldur tá diagnosa varð sett, viðgongutíð, føðivekt og møguligar postneonatalar orsøkir. Harumframt verður greitt frá arbeiðinum í Cerebral Paresu Uppfylgingarprogramminum (CPUP). Úrslitini skulu geva grundarlag fyri fakligari eftirmeting og tilmælum, sum kunnu menna arbeiðið við CP í Føroyum og tryggja støðufesti í viðgerðini.

1.1 Tilfar og háttalag

Frágreiðingin byggir á upplýsingar úr føroysku CP-skránni. Við í uppgerðini eru 35 børn og ung, sum eru búsitandi í Føroyum, skrásett í CP-skránni og fødd í tíðarskeiðinum 2009–2023. CP-diagnosan og flokkingin taka støði í treytunum hjá Surveillance of Cerebral Palsy in Europe (SCPE), sum eru altjóða viðurkendar leiðreglur fyri at staðfesta og flokka CP (4). Einstáttað flokking tryggjar, at føroysku tølini kunnu samanberast við dátur úr øðrum londum og verða nýtt bæði í kliniskum arbeiði og í gransking.

Upplýsingarnar fevna millum annað um diagnosualdur, burðarviku, føðivekt, Apgar-stig, pH í nalvastrongsblóði, postneonatalar orsøkir, myndgreining, epilepsi og virkisførleika. CPUP-upplýsingarnar fevna um nevrologiskar og ortopediskar metingar, ergo- og fysioterapeutiskar liðmátingar, umframt GMFCS, MACS/Mini-MACS, CFCS, EDACS og FMS. Tá fleiri metingar vóru tøkar hjá sama barni, varð nýggjasta tøka metingin nýtt.

Føðiprevalensurin varð roknaður sum talið av børnum við CP, sum vóru fødd í Føroyum í tíðarskeiðnum, býtt við samlaða talinum av livandi føddum í Føroyum og víst fyri hvørji 1.000 livandi fødd. Landafrøðiliga uppgerðin tekur støði í bústaðnum hjá mammuni við føðing og vísir talið av børnum við CP fyri hvørjar 1.000 íbúgvar í økinum.

Greiningarnar eru lýsandi, og úrslitini verða víst sum tal, prosent, miðal og bólkað býti. Manglandi upplýsingar verða vístar sum ein sjálvstøðugur bólkur og verða ikki tulkaðar sum vanlig kanningarúrslit. Úrslitini verða einans víst á samanløgdum stigi, og smáir undirbólkar verða lýstir við varsemi fyri at verja samleikan hjá børnunum.

1.2 CPUP í Føroyum – uppruni og menning

Í 2022 avgjørdi Landssjúkrahúsið at royna CPUP (Cerebral Paresu Uppfylgingarprogramm) í Føroyum í sambandi við, at serlæknar í barnanevrologi og ortopedi koma til Føroya tvær ferðir um árið. CPUP er ein skipan fyri regluliga og tvørfakliga uppfylging av børnum við CP. Endamálið er at tryggja skipaða uppfylging og savna samanberandi dátur um menning og fyribyrging.

Sambært § 3 í lógini um Heilsustýrið skal Heilsustýrið gera skráir, savna heilsuupplýsingar til dygdartrygging og gera frágreiðingar, lýsingar og greiningar til menning av heilsutænastuni. Tí er CP-skráin staðsett í Heilsustýrinum, sum hevur ábyrgd av skránni, dátuverju og yvirskipaðari dygdartrygging.

CPUP varð sett í verk í Skåne og Blekinge í Svøríki í 1994 sum ein skipað uppfylgingarskipan fyri børn við CP, við denti á m.a. at fyribyrgja mjadnarluksatión, kontrakturum og deformitetum (5). CPUP varð seinni skipað sum svensk landkvalitetsskrá (6). Síðan hevur tað verið grundarlag undir skipaðari, tvørfakligari og dátugrundaðari menning av tænastum til børn og ung við CP.

CPUP er ein validerað og granskingargrundað skipan, sum fevnir um meira enn 95 % av børnunum við CP í Svøríki. Meira enn 30 ára royndir vísa, at skipanin hevur minkað um lívfrøðiligar fylgjur av CP:

- Parturin av børnum, sum fáa mjadnarluksatión, er minkaður úr umleið 8 % niður í minni enn 1 % (7).
- Uppsporing, sum verður gjørd tíðliga, og reglulig meting av liðrørslu og kontrakturum hevur gjørt tað møguligt at seta fyribyrgjandi viðgerð inn tíðliga og hevur minkað um álvarsligar kontrakturar og tørvin á umfatandi ortopediskari skurðviðgerð (8,9).
- CPUP hevur styrkt samskipanina og samstarvið millum fakfólk í uppfylgingini av fólki við CP (11).

Endamálið við CPUP er at:

- tryggja, at uppsporing av motoriskum avbjóðingum verður gjørd tíðliga,
- fyribyrgja kontrakturum og liðskaðum, serliga í mjødnini,
- tryggja javna og samanhangandi tvørfakliga viðgerð og
- skapa dátugrundarlag til menning, gransking og heildarliga dygdartrygging á CP-økinum.

Við støði í góðu svensku royndunum hava onnur Norðurlond sett líknandi skipanir í verk. Norska NorCP varð stovnað í 2006, og danska CPOP varð landsumfatandi í 2007–2008. Norðurlendsku skipanirnar eru politiskt ásettar og skipaðar sum landskvalitetsskráir ella landsumfatandi uppfylgingarskipanir. Tær tryggja øllum børnum við CP regluliga og javnbjóðis uppfylging, óheft av bústaði og fakligum tilknýti.

CPUP varð ment í Svøríki og er síðani tikið í nýtslu ella hevur verið grundarlag undir líknandi skipanum í fleiri londum og økjum, m.a. Noregi, Danmark, Íslandi og Skotlandi. Skipaða uppfylgingin fevnir um regluligar og skipaðar kanningar og skrásetingar og verður nýtt bæði kliniskt og sum grundarlag undir gransking og til samanbering millum lond. Royndirnar úr norðurlendsku CP-skrásetingunum hava eisini gjørt tað møguligt at samstarva um størri granskingarverkætlanir tvørtur um landamørk (10,11).

Við CPUP leggja Føroyar seg upp at einari norðurlendskari, politiskt stýrdari og altjóða viðurkendari skipan við víðfevndari vísindaligari dokumentatión og meira enn 30 ára royndum í at fyribyrgja fylgjum, styrkja virkni og bøta um lívsgóðskuna hjá børnum við CP.

Í Føroyum verða donsku CPOP-protokollirnar nýttar (26). Tær byggja á sama grundarlag sum svensku CPUP-leiðreglurnar, men eru lagaðar til danskar umstøður, sum í ávísan mun líkjast føroyskum umstøðum.

Føroyska CPUP-arbeiðið byggir í dag á fakligan vilja og samstarv millum fakbólkarnar, sum taka lut í eftirmetingunum, men er enn ikki formfest ella fíggjað sum varandi uppgáva. Skipanin er tí á byrjanarstigi, men hevur lagt eina týdningarmikla fakliga grund undir eina framtíðar, skipaða og samanhangandi uppfylging, sum kann tryggja fyribyrging og dátuinnsavnan á sama stigi sum í grannalondunum.

Hesar fyrstu greiningarnar vísa á nøkur mynstur í útbreiðsluni av CP viðvíkjandi aldri, landafrøðiligari spjaðing og viðurskiftum í samband við føðing. Hetta verður lýst nærri í næsta parti, har sjóneykan verður sett á føðiprevalens og onnur lýsandi demografisk viðurskifti.

2. Føðiprevalensur og lýsing av føroysku tølunum

Føðiprevalensurin av CP í Føroyum gevur eina mynd av, hvussu ofta CP verður staðfest í mun til føðitalið í landinum. Í tíðarskeiðnum frá 2009, tá talgild skráseting við Cosmic gjørdist partur av føroyska heilsuverkinum, og fram til 2023 eru tilsamans 35 tilburðir skrásettir hjá børnum í Føroyum. Útrokningarnar vísa ein føðiprevalens (birth prevalence) (3) av CP á 3,4 fyri hvørjar 1.000 føðingar í tíðarskeiðnum 2009–2023 (Mynd 1).

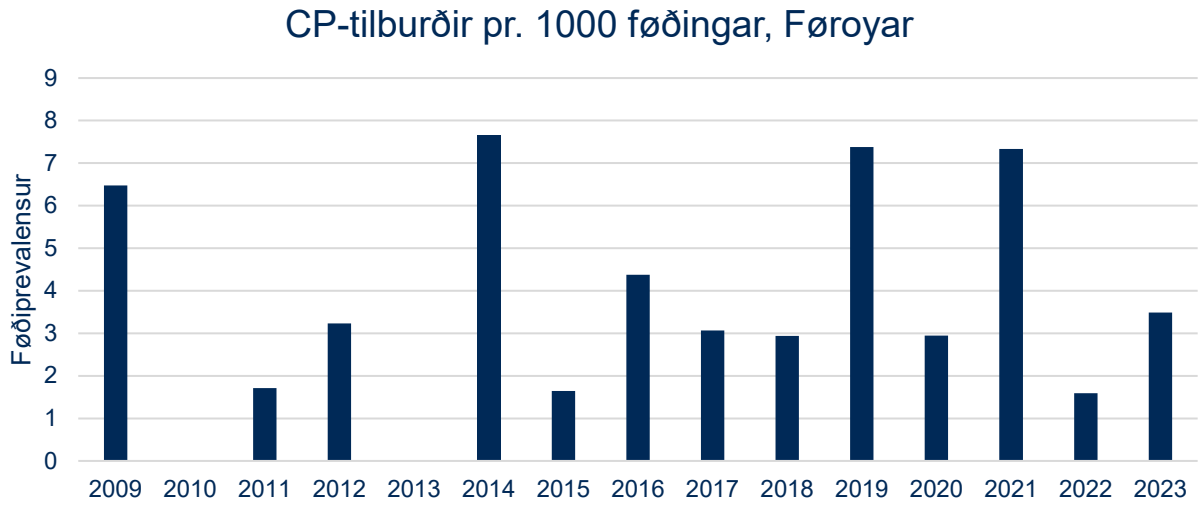
Tølini vísa, hvussu nógv børn fáa staðfest CP fyri hvørji 1.000 livandi fødd, og eru tí ikki prevalenstøl í vanligum týdningi, men byggja á altjóða uppgerðarhátt (*birth prevalence*), sum eisini verður nýttur í altjóða og norðurlendskum kanningum (3,12-14).

Føroyski føðiprevalensurin er hægri enn tað, sum sæst í flestu evropeisku londunum, har miðaltalið vanliga liggur millum 1,5 og 2,5 fyri hvørjar 1.000 føðingar. Í háinntøkulondum, so sum Norðurlondum, liggur hann á umleið 1,6 fyri hvørji 1.000 (3).

Í Føroyum liggur føðiprevalensurin sostatt hægri enn nýggjastu tølini úr Danmark (1,6 fyri hvørji 1.000 børn fødd í 2000–2010; (12) og í Noregi (1,9 fyri hvørji 1.000 børn fødd í 1999–2010; (14), men hann er framvegis innan sama støði sum tað, ið áður er sæð í norðurlendskum kanningum. Í Danmark hevur føðiprevalensurin verið hægri í eldri føðiárgangum, meðan nýggjari kanningar vísa eina lækkandi gongd (12,13). Í Noregi er føðiprevalensurin somuleiðis lækkaður í seinastu føðiárgangum (14,15).

Hóast Føroyar eru eitt lítið land við fáum føðingum um árið, kunnu hesi tøl vísa á serlig viðurskifti í føroyska heilsuverkinum. Smá føðitøl kunnu eisini elva til størri sveiggj millum árini, og tí eiga tølini at tulkast við varsemi.

Í næstu pørtum verða gjørdar nærri greiningar av aldri, tá diagnosa varð sett, burðarviku og føðivekt, sum eisini eru týdningarmiklir faktorar í arbeiðinum at eyðmerkja avbjóðingar og tryggja skjóta viðgerð eftir staðfesting.



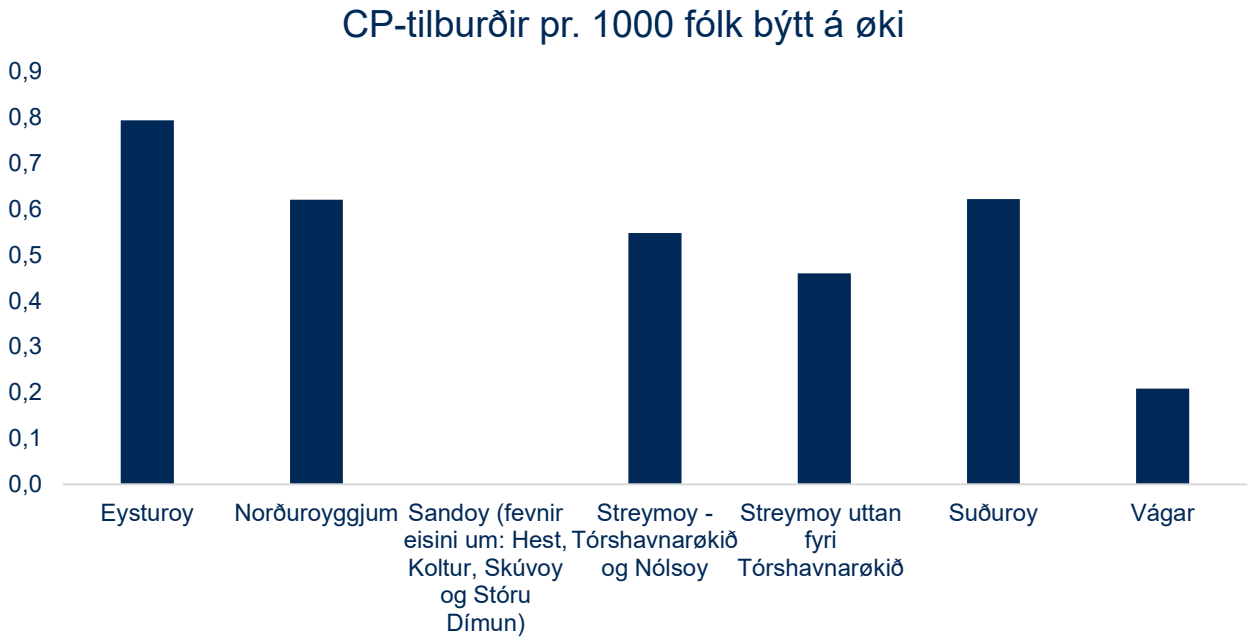
Mynd 1. *Føðiprevalensurin av CP í Føroyum vísti stór sveiggj í tíðarskeiðnum 2009–2023. Í 2009 var talið 6,5 tilburðir fyri hvørjar 1000 føðingar, og tað hægsta var í 2014 við 7,7 tilburðum fyri hvørjar 1000 føðingar. Í 2010 og 2013 eru eingi børn fødd við CP. Fyrivarni skal takast fyri teimum yngru børnunum, har talið kann vera hægri, tí tað kann ganga rúm tíð, áðrenn CP verður staðfest.*

2.1 Prevalensur eftir landafrøðiligum øki

Uppgerðin fevnir um børn við CP, sum eru fødd í Føroyum í árunum 2009–2023 og vísir, hvussu nógv teirra búgva í hvørjum landafrøðiligum øki í Føroyum. Fyri at lýsa landafrøðiliga býtið og

samstundis avmarka almannakunngeringina av ítøkiligum persónstølum verða tølini víst sum tal av børnum við CP fyri hvørjar 1.000 íbúgvar í økinum.

Tølini vísa munir millum økini. Eysturoy hevur hægsta lutfallið av børnum við CP, meðan Sandoy hevur ongan skrásettan tilburð. Vegna fá børn og mun á íbúgvaratalinum kunnu einstøk børn hava stóra ávirkan á lutfallið. Tí eiga landafrøðiligu tølini at verða tulkað við varsemi.



Mynd 2. *Lutfall av børnum við CP fyri hvørjar 1000 íbúgvar eftir øki (bústaður hjá mammuni við føðing), fødd í árunum 2009–2023. Eysturoy hevur hægsta lutfall, meðan Sandoy hevur ongan skrásettan tilburð.*

2.2 Aldur, tá diagnosa varð sett

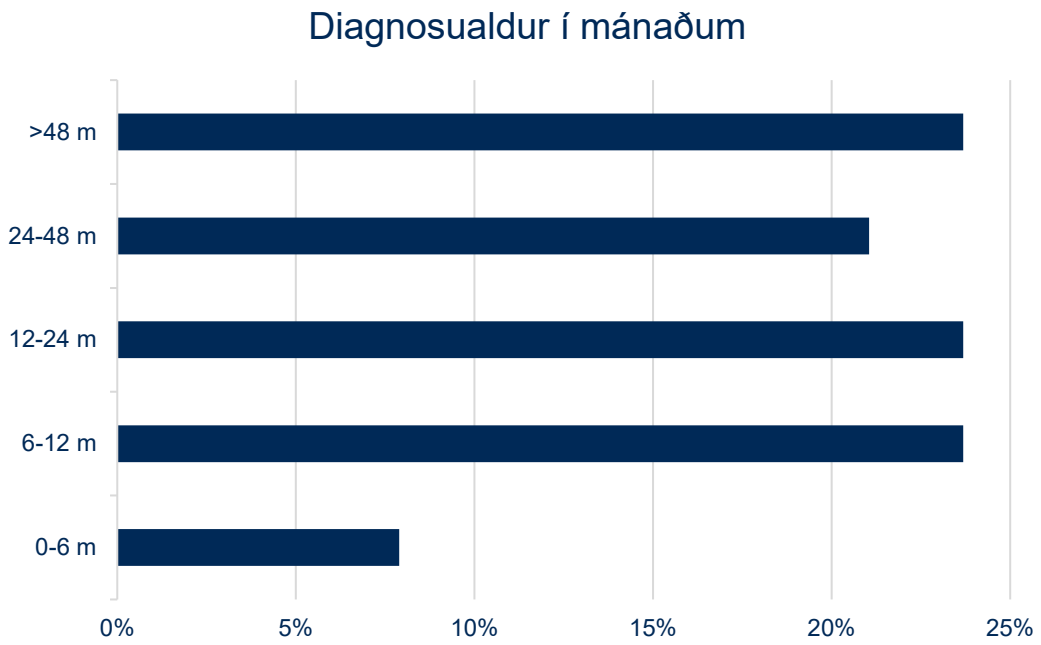
Avgerandi er, at CP verður staðfest tíðliga fyri at tryggja neyðugan stuðul og miðvísar viðgerðarætlanir (16). CP kann í mongum førum staðfestast longu tíðliga í fyrsta liviári, og mælt verður frá einari “wait and see”-tilgongd, tá greið klinisk tekin eru til staðar.

Í Føroyum er miðalaldurin, tá CP-diagnosan verður skrásett í journalini, 29,3 mánaðir. Stór spjaðing sæst tó í diagnosualdrinum, og flestu diagnosurnar verða settar í aldrinum 12–24 mánaðir og eftir 48 mánaða aldur. Fáar diagnosur eru skrásettar hjá børnum undir 6 mánaða aldur.

Til samanberingar vísa danskar dátur, at medianaldurin við CP-diagnosu er um 13 mánaðir (17). Beinleiðis samanbering skal tó gerast við fyrivarni, bæði tí talan er um ávikavist miðal og median,

og tí skipanirnar eru ymiskar. Í Føroyum er atgongdin til serlækna avmarkað, og CP-diagnosan verður tí ofta staðfest í sambandi við vitjanir, sum fara fram umleið tvær ferðir árliga. Hetta kann ávirka tíðina frá illgruna um CP til formliga staðfesting og skráseting.

Føroysku úrslitini kunnu sostatt benda á ein møguleika fyri staðfesting fyrr hjá summum børnum, men diagnosualdurin eigur samstundis at síggjast í ljósinum av føroysku skipanini og hesum avmarkingum í serlæknatilgongdini.



Mynd 3. *Myndin vísir, hvussu gomul børn fødd í Føroyum í tíðarskeiðnum 2009–2023 vóru, tá tey fingu staðfest CP. Flestu diagnosur eru settar, tá barnið var millum 6 og 48 mánaðir, av hesum flest í aldursbólkunum 12–24 mánaðir og >48 mánaðir. Færri diagnosur eru skrásettar hjá børnum undir 6 mánaðir. Tølini vísa, at diagnosualdurin kann vera skiftandi.*

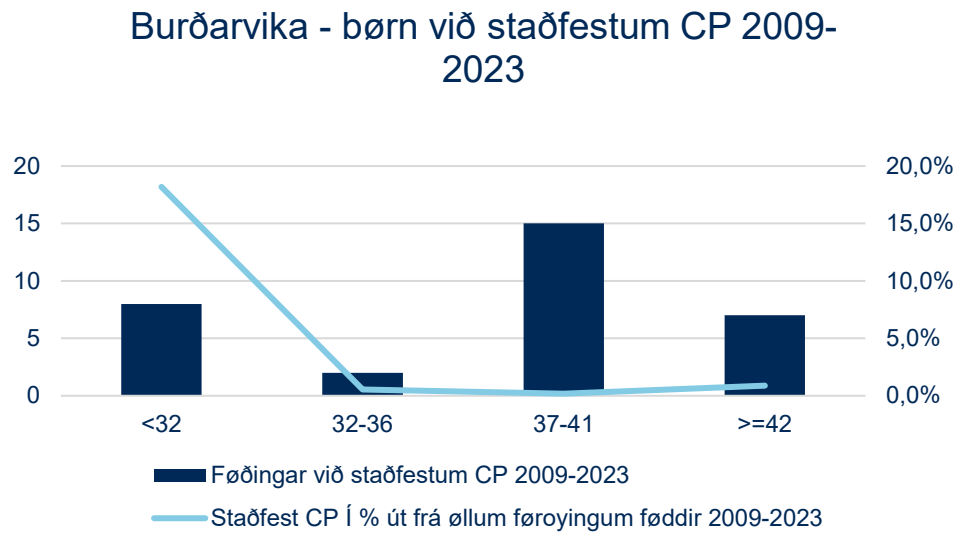
2.3 Viðgongutíð

Viðgongutíð er ein týðandi faktorur í sambandi við etiologi og vanda fyri CP. Mynd 4 vísir býtið av burðarviku hjá børnum við CP í Føroyum í tíðarskeiðnum 2009–2023. Flest børn við CP eru fødd í viku 37–41, sum samstundis er tann burðarbólkurin, har nógv flest børn verða fødd.

Tá hædd verður tikin fyri samlaða talinum av føðingum í hvørjum burðarbólki, er myndin tó øðrvísi. Altjóða gransking vísir ein greiðan samanhang millum prematuritet og CP, har vandin økist, jú fyrr barnið verður føtt (18). Hetta sæst eisini í nýggjum svenskum dátum. Himmelmann et al. (19) funnu

ein CP-títtleika uppá 65,9 fyri hvørji 1.000 børn fødd áðrenn viku 28 og 41,4 fyri hvørji 1.000 børn fødd í viku 28–31. Til samanberingar var títtleikin 5,6 fyri hvørji 1.000 í viku 32–36 og 1,06 fyri hvørji 1.000 hjá børnum fødd eftir viku 36.

Hetta samsvarar við føroysku tølini, har børn fødd áðrenn viku 32 eru lutfalsliga nógv umboðað millum børn við CP, hóast hesin bólkurin bert fevnir um ein lítlan part av øllum føðingum.



Mynd 4. *Myndin vísir burðarvikuna hjá børnum við CP, sum eru fødd í Føroyum í tíðarskeiðinum 2009–2023. Flestu tilburðir eru í 37–41. viku og lutfalsliga eru flest børn við CP fødd áðrenn viku 32, samanborið við samlaða talið av børnum fødd í Føroyum.*

2.4 Støðan hjá barninum í sambandi við føðing

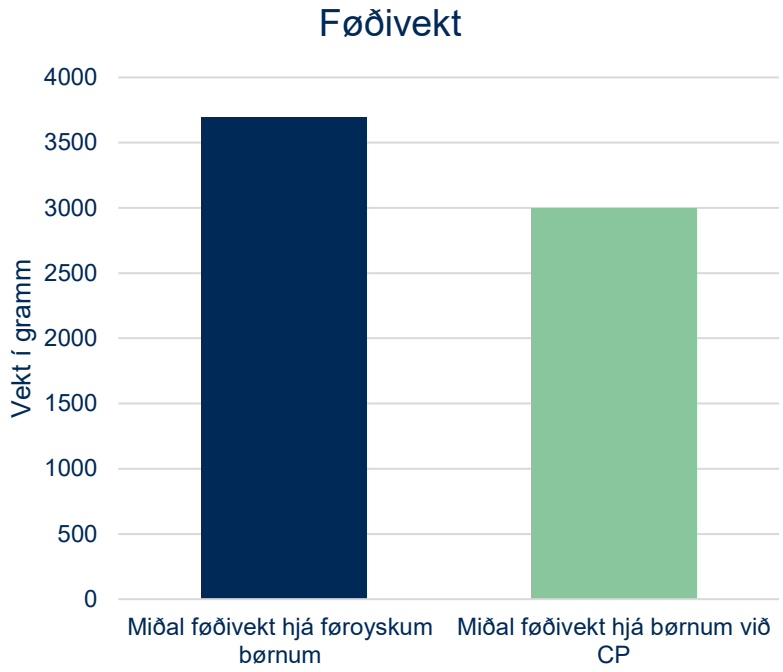
Upplýsingar um Apgar-stig og pH í nalvastrongsblóði vóru tøkar í ymiskan mun. Átta børn (23 %) høvdu Apgar-stig undir 7 eftir 5 minuttir. Arteriu-pH var skrásett hjá 15 børnum, og av teimum høvdu seks (40 %) pH undir 7,10 (23).

Lágt Apgar-stig og lágt pH kunnu geva ábending um, at barnið hevur verið ávirkað í sambandi við føðingina, men eru ikki í sær sjálvum nóg mikið til at staðfesta asfyksi ella hypoksisk-iskemiskan skaða. Ein slík meting krevur, at fleiri kliniskar upplýsingar verða mettar saman. Tí verða asfyksi og hypoksisk-iskemiskur skaði í sambandi við føðing ikki viðgjørd sum sjálvstøðugar orsøkir til CP í hesi frágreiðingini. Heldur verða tær tøku, objektivu upplýsingarnar um støðuna hjá barninum í sambandi við føðing lýstar (23, 24).

2.5 Føðivekt

Føðivekt er ein annar týdningarmikil kliniskur indikatorur (19). Í Føroyum er miðalføðivektin hjá øllum børnum við CP munandi lægri enn miðalføðivektin hjá føroyskum børnum annars, sum eru fødd somu tíð. Hesi tøl eru reinsað, soleiðis at tey lættastu 5 % og tey tyngstu 5% av børnunum í báðum bólkum eru tikin burturúr, fyri at endurgeva eitt meira sannlíkt miðaltal.

Føroysku tølini vísa ein tendens til, at lág føðivekt sæst oftari millum børn við CP. Hetta samsvarar við nýggjar svenskar dátur (19), sum vístu ein CP-títtleika uppá 62 fyri hvørji 1.000 børn við føðivekt undir 1.000 g, 34/1.000 við føðivekt 1.000–1.499 g, 11/1.000 við føðivekt 1.500–2.499 g og 1,0/1.000 hjá børnum við føðivekt ≥2.500 g. Føðivekt og burðaraldur hanga tó tætt saman, og tí eigur sambandið millum lága føðivekt og CP at verða tulkað í hesum høpi.



Mynd 5. *Miðalvekt (gr) hjá øllum føroyskum børnum samanborið við miðalvektina hjá føroyskum børnum við CP. Føðivektin fyri øll børn er gjørd upp við at taka lættastu 5 % og tyngstu 5 % av børnunum burtur fyri at lýsa vektina hjá teimum 90 % av børnum innan miðbýtið.*

2.6 Neonatalar etiologiskar orsøkir

Í summum førum kann CP hava samband við heilaskaða ella aðra álvarsliga hending í neonatalu tíðini, t.e. innan fyrstu 28 dagarnar eftir føðing. Orsøkirnar til hesar tilburðir eru ymiskar. Orsøkirnar

fevna millum annað um asfyksi, hydrocephalus, cerebral infarkt staðfest eftir føðing við lágum Apgar-stigum, intrakranielt neoplasma, ikki-traumatiska intrakraniela bløðing hjá nýføddum, endokarditt, meningitis, vaskulera trombosu og intracerebralt hematom eftir mekaniska ávirkan. Tó er talið av einkultum tilburðum so avmarkað, at grundarlag ikki er fyri niðurstøðum ella greining av felags vandafaktorum. Hvør tilburður má tí skiljast og lýsast sum sjálvstøðug hending.

2.7 Myndgreining og diagnostikkur hjá børnum við CP

Flestu børn við CP í Føroyum eru kannað við MR ella aðrari myndgreining. Í 66 % av tilburðunum er MR-skanning framd, og samanlagt eru 80 % kannað við MR, ultraljóði (UL) ella CT. MR-skanning av heilanum er vanliga fyrsta valið í útgreiningini, tá illgruni er um CP, og altjóða leiðreglur mæla til at brúka hana, tá tað ber til (20). Hóast tað, verður CT ella UL í summum førum nýtt, t.d. tá MR-skanning ikki er tøk ella ikki mett neyðug. Í Føroyum verður diagnosan hjá fleiri børnum eisini bygd á eina kliniska meting hjá barnalækna ella barnanevrologi, meðan myndgreiningar verða nýttar sum stuðul til at fáa betri innlit í møguligan heilaskaða. Myndgreining kann geva eyka vitan um, hvussu útbreiddur og møguliga hvussu gamal skaðin er, men er ikki altíð neyðug fyri at staðfesta sjálva diagnosuna.

Samlað er grundleggjandi útgreining í Føroyum í samsvari við altjóða tilmæli, hóast arbeiðsgongdir og nýtsla av myndgreining kunnu vera meira avmarkaðar vegna umstøður á staðnum.

Magnetic Resonance (MR)

MR-skanning gevur greiðar myndir av heilanum við at brúka magnetiskar eginleikar og ljóðbylgjur. Hon er væl egnað til at vísa broytingar ella skaðar í heilavevnaði og verður ofta nýtt sum fyrsta stig í útgreining av CP.

Computertomografi (CT)

CT-skanning er ein røntgenkanning, sum gevur tvørskurðarmyndir av heilanum. Hon er skjót og gagnlig til at síggja bløðingar ella beinagrindsbroytingar, men verður ikki nýtt sum fyrsta val við CP vegna strálur.

Utraljóðsskanning (UL)

UL er ein kanning, sum brúkar ljóðbylgjur og verður ofta brúkt hjá pinkubørnum, meðan fontanellan enn er opin. Hon kann vísa bløðingar, vøkstur í holrúmi í heilanum og møguligar broytingar í heilabygnaði tíðliga í lívinum.

3. CPUP-skipanin, virkni og flokking

3.1 Cerebral Paresu Uppfylgingarprogrammið (CPUP)

CPUP er eitt dygdargott amboð til at skráseta og fylgja menningini hjá børnum við CP í Føroyum. Programmið fevnir um grov- og fínmotorikk, samskifti og dagligar førleikar og nýtir viðurkendar flokkingarskipanir, sum hava týdning í kliniskari praksis og gransking.

Børnini verða regluliga mett av fysio- og ergoterapeuti, barnanevrologi og ortopedkirurgi. Foreldrini avgera sjálv, um barnið skal luttaka í CPUP.

Frágreiðingin vísir, at skrásetingarnar ikki altíð eru fullfíggjaðar, serliga á nevrologiska og ortopediska økinum, og at tilfar frá fysio- og ergoterapeutum stundum ikki er tøkt. Nøkur av yngstu børnunum eru ikki fult skrásett, tí tey enn ikki megna eina fullafíggjaða kanning. Skrásetingar kunnu eisini vanta, um barnið av ymiskum orsøkum ikki megnar at samstarva um kanningina. Hetta avmarkar grundarlagið undir niðurstøðunum.

Føroyska skipanin eigur enn ikki at verða beinleiðis samanborin við norðurlendsku CPUP-programmini, sum virka undir øðrum skipanum og ábyrgdarstøðum. Hon kann tó síggjast sum fyrsta stigið í arbeiðinum at menna eina skipaða og varandi CP-uppfylging í Føroyum.

Býtið av ábyrgdarøkjum hjá teimum fakøkjum, sum eru knýtt at CPUP-skipanini.

3.2 GMFCS og MACS – grov- og fínmotorikkur

Gross Motor Function Classification System (GMFCS) og Manual Ability Classification System (MACS) eru millum mest brúktu flokkingarskipanirnar innan CP-viðgerð. Tær lýsa ávikavist grovmotoriska førleikan hjá barninum, og hvussu barnið brúkar hendurnar í gerandisdegnum. Flokkingarnar eiga at vera grundarlag undir tvørfakligari viðgerð og verða skrásettar regluliga, so broytingar kunnu eyðmerkjast og viðgerðin lagast til tørvin hjá barninum.

3.3 CFCS og EDACS – samskifti og føðsluatferð

Communication Function Classification System (CFCS) lýsir, hvussu børn við CP samskifta við talumáli, kropsmáli og alternativum samskiftishættum. Skipanin er býtt í stig 1–5. Eating and Drinking Ability Classification System (EDACS) lýsir, hvussu børnini megna at eta og drekka í gerandisdegnum, og metir um virkisligar førleikar og tørv á hjálp ella tillaging av konsistensi og umhvørvi.

Sambært CPUP-vegleiðingini verða CFCS og EDACS vanliga mett í samstarvi millum barnanevrolog og viðkomandi terapeutar sum partur av heildarmetingini. Hetta er tó ikki skipað sum føst mannagongd í Føroyum. Skipanirnar hjálpa til at tryggja rættan stuðul og viðgerð, lýsa menningina yvir tíð og gera tvørfakliga samstarvið meira málrættað.

Flokkingarskipanir í CPUP

GMFCS – *Gross Motor Function Classification System*
Flokkar grovmotoriskan førleika.

MACS – *Manual Ability Classification System*
Flokkar samskiftisførleika.

CFCS – Communication Function Classification System
Flokkar samskiftisførleika.

EDACS – Eating and Drinking Ability Classification System
Flokkar førleika at eta og drekka.

3.4 Nevrologisk meting og tvørfakligt samstarv

Nevrologiska metingin í CPUP er týdningarmikil fyri at staðfesta diagnosuna og fáa eina heildarfatan av barninum. Barnanevrologurin hevur ábyrgd av at flokka CP sambært SCPE-kriterium og meta um sjón, hoyrn, epilepsi, kognitión, atferð og samskifti – øki, sum ikki altíð síggjast í motorisku flokkingunum.

Metingin ger, at til ber at eyðmerkja tørv á víðari útgreining, stuðli ella serkunnleika frá øðrum fakbólkum. Í Føroyum verða metingarnar vanliga samskipaðar millum fakbólkarnar á regluligum CPUP-fundum, har barnið verður viðgjørt sum heild. Fysio- og ergoterapeutar luttaka eisini, tá tað er viðkomandi. Hóast skipanin virkar væl, vísa skrásetingarnar, at m.a. sjón, kognitión og føðsluviðurskifti ikki altíð verða viðgjørd skipað, uttan so at illgruni longu er til staðar.

3.5 Barnaortopedisk uppfylging

Ortopedurin fylgir vøkstri og rørslustøði hjá børnum við CP fyri at fyribyrgja deformitetum, serliga mjadnaluksatión og skoliosu. Sambært CPUP eiga røntgenmyndir av mjadnum at verða tiknar regluliga: oftast árliga hjá børnum við størri rørslutrupulleikum (GMFCS III–V) og annaðhvørt ár hjá teimum við minni trupulleikum.

Myndirnar verða nýttar til at meta um vandan fyri mjadnaluksatión við Reimers' migration percentage (MP), sum er klassiska og mest brúka mátingin av mjødnini hjá børnum við CP (21). Kanningar vísa, at MP er ein álítandi máting við høgum intra- og interobserver-reliabiliteti (22). Ortopedurin metir eisini um beinlongdarmun og vøddamun og tekur støðu til, um og nær skurðviðgerð er neyðug. Tætt samstarv við serliga fysioterapeutar skal tryggja væl skipaða og tíðarhóskandi viðgerð, sum varðveitir rørslu og lívsgóðsku.

Í tilfarinum eru røntgenmyndir ikki skrásettar sambært CPUP-protokollini, og skipaðar kanningar síggjast ikki aftur í dátunum. Tí er torført at meta um, í hvønn mun ortopedisk uppfylging er sett í verk. Ein greiðari og reglulig tilgongd við røntgenkanningum og dokumentatión sambært CPUP-leiðreglunum hevði tryggjað eina meira skipaða uppfylging.

3.6 Kognitión

Í Føroyum verður kognitiva støðan hjá børnum við CP ikki kannað skipað sum partur av CPUP. Sjúkrahúsverkið hevur møguleika at boða Sernámi frá, tá CP verður staðfest. Sernám kann kanna

kognitiva førleikan. Foreldur, dagstovnur ella skúli kunnu eisini venda sær til Sernám, um stúran er um menningina hjá barninum.

3.7 Samskifti

Í skrásetingunum sæst, at stórur partur børnunum, sum eru skrásett sambært CPUP hava verbalt mál, meðan onnur nýta alternativt samskifti, so sum talvu, eygnabragd, ljóð ella teldil. Hetta verður í summum førum skrásett av ergoterapeuti í CPUP-protokollini. Protokollin ásetur eisini, at barnanevrologurin skal taka støðu til samskiftisevni, men hetta sæst ikki aftur í skrásetingunum. Í praksis verður hetta umrøtt á árliga CPUP-fundinum og við nevrolog um tørvur er á tí. Umframt útgreinan í Sjúkrahúsverkinum, hevur Sernám í føroyskum høpi ein leiklut, um dagstovnur ella skúli tekur upp stúran um talu ella samskifti. Ráðgevingin frá Sernámi fer fram í samstarvi við stovnin og foreldrini.

3.8 Sjón og hoyrn

CPUP-protokollin mælir til, at sjón og hoyrn verða kannað sum partur av grundleggjandi metingini hjá barnanevrologi. Hetta er tó ikki ein fastur liður í føroysku arbeiðsgongdini enn. Av 35 børnum við CP hava fýra staðfestar trupulleikar við sjónini, meðan eingin hevur staðfestan trupulleika við hoyrnini.

3.9 Epilepsi

Epilepsi er staðfest hjá 26 % av teimum børnum við CP, sum eru kannað. Hetta er í tráð við, at epilepsi er ein vanlig fylgisjúka hjá børnum við CP. Í Føroyum fer staðfesting og viðgerð fram í samstarvi við barnanevrolog, vanliga í sambandi við útgreining og regluligt eftirlit.

3.10 Tilknýti til nevrolog og ortoped hjá ungum við CP

Flestu 15–25 ára gomlu við CP hava áður verið í viðgerð ella til eftirlit hjá barnanevrologi og ortopedi, serliga í sambandi við epilepsi. Nøkur hava framvegis tilknýti til barnanevrologi ella ortopedi eftir 18 ára aldur, meðan onnur ikki longur hava fast tilknýti. Uppfylgingin er sostatt ymisk í skiftinum frá barna- og ungdómsárunum til vaksnamannalívið. Í øðrum Norðurlondum eru serlig tilboð ment til at stuðla hesum skiftinum. Eitt dømi er CP Spot á Ríkissjúkrahúsinum í Keypmannahavn, sum er ein klinikk fyri 15–25 ára gomul við CP og hevur til endamáls at stuðla skiftinum til vaksnamannalívið (25). Í Føroyum er í løtuni eingin formliga ásett og skipað tilgongd fyri skiftið frá barna- til vaksnamannaheilsuverkið.

3.11 Ergo- og fysioterapeutiska protokollin

Í CPUP hava ergo- og fysioterapeutar hvør sína protokoll, sum tryggja skipaðar og regluligar metingar. Protokollirnar eru partur av kliniska arbeiðinum og skrásetingini, og tær gera tað møguligt at fylgja broytingum og menning yvir tíð.

Ergoterapeutiska protokollin snýr seg um fínmotorikk og gerandisdagin. Mett verður um nýtslu av yvirekstremitetum, sjálvbjargni og tørv á hjálpartólum ella stuðli. Vegleiðingin mælir eisini til, at samskifti og føðsluviðurskifti verða mett við CFCS og EDACS, vanliga í samstarvi við barnanevrolog. Hetta samstarvið sæst ikki aftur í journalunum og kann tí ikki metast at vera føst mannagongd í Føroyum.

Fysioterapeutiska protokollin lýsir grovmotoriskan førleika og likamligar avbjóðingar. Mett verður m.a. um liðrørslu, vøddaspenn, styrki og rørslumynstur. GMFCS og Gross Motor Function Measure (GMFM) kunnu vísa bæði førleikastig og menning yvir tíð. Endamálið er at eyðmerkja trupulleikar við møguligari langtíðarávirkan og seta inn við fyribyrgjandi venjing ella hjálpartólum. GMFCS er væl nýtt í føroysku skrásetingunum, men GMFM er ikki sett í verk enn.

Samanumtikið eru protokollirnar eitt dygdargott amboð, sum veitir kliniska vitan og tryggjar, at broytingar í virkni verða tiknar í álvara. Reglulig og samanhangandi skráseting letur eisini upp fyri at samskipa tiltøk og mál tvørfakliga og saman við familjuni og sostatt fremja lívsgóðsku og sjálvbjargni.

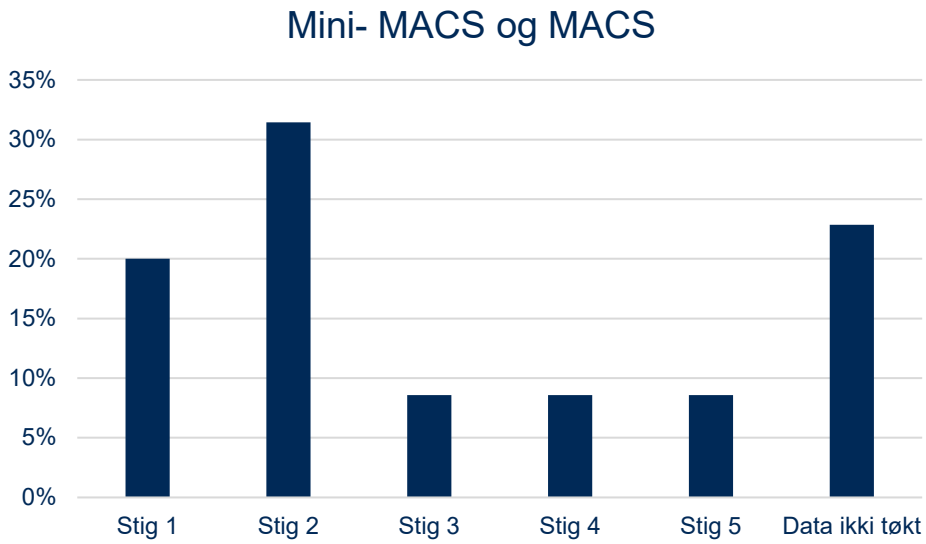
Í komandi pørtum verða úrslit av ergo- og fysioterapeutisku kanningunum víst.

4. Ergoterapeutisk protokoll

4.1 Manual Ability Classification System (MACS) og mini-MACS

Manual Ability Classification System (MACS) og mini-MACS lýsa, hvussu børn við CP nýta hendurnar. MACS er ætlað børnum frá 4 til 18 ár, meðan mini-MACS er galdandi fyri børn frá 1 til 4 ár. Í hesum arbeiðinum eru tølini frá MACS og mini-MACS løgd saman, tí datagrundarlagið hjá teimum yngstu er ov lítið til at verða greinað sjálvt.

Børnini verða flokkað á stig frá 1 til 5, har stig 1 merkir, at barnið handfer lutir uttan trupulleikar, og stig 5 merkir stórar avbjóðingar og tørv á hjálp. Í føroysku skrásetingunum eru flestu børn flokkað á stig 2, meðan færri børn eru á stig 3-5. Samlað vísa tølini, at ein stórur partur av børnunum hevur gott manuelt virkni, men at eisini er tørvur á ítøkiligum stuðli hjá einum minni parti.

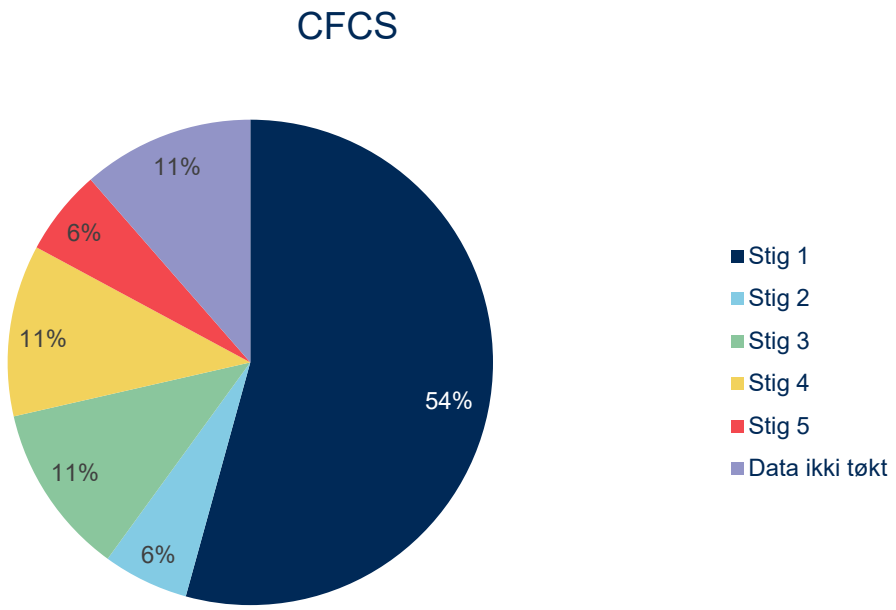


Mynd 6. *Flokking av børnum við CP sambært mini-MACS og MACS. Flest børn (31 %) eru á stigi 2 og hava sjálvstøðuga hondnýtslu í einføldum virksemi, meðan ein minni partur er á stigi 4–5 við størri avmarkingum. Ongar dátur eru tøkar hjá 23 % av børnunum.*

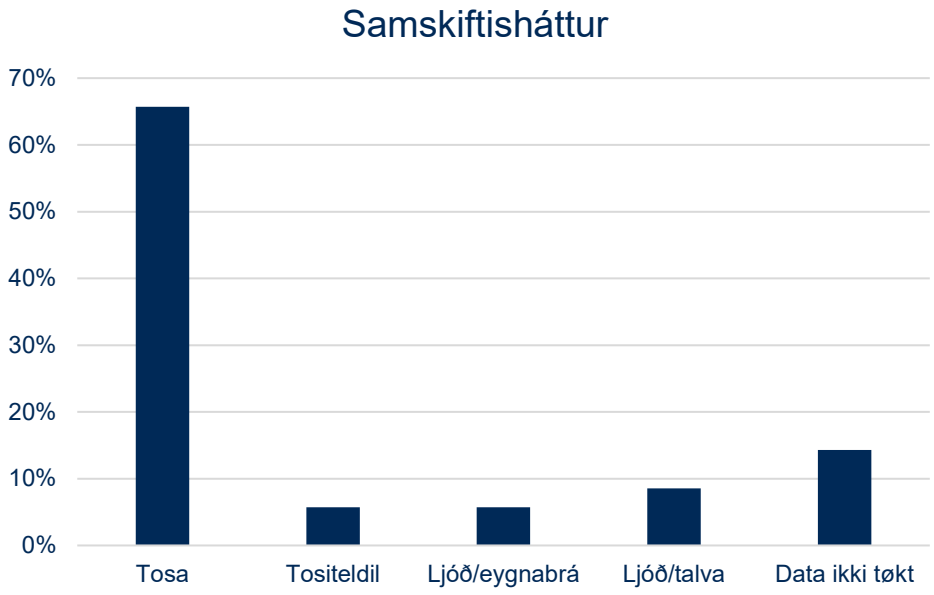
4.2 Communication Function Classification System (CFCS)

CFCS er ein háttur at flokka, hvussu børn við CP samskifta. Flokkingin fer frá stigi 1 til 5, har stig 1 merkir, at barnið samskiftir væl og uttan avmarkingar, meðan stig 5 merkir, at barnið hevur stórar trupulleikar at samskifta, eisini við hjálp. Øll sløg av samskifti verða tikin við, t.d. tala, kropsmál, eygnabrá, mimikkur og alternativt samskifti.

CFCS gevur eina greiða mynd av, hvussu lætt ella torført barnið hevur við at samskifta.



Mynd 7. *Býtið av børnum við CP í Føroyum sambært CFCS. Flestu børn (54 %) eru flokkað á stigi 1, sum merkir, at tey samskifta sjálvstøðugt og greitt við kend og ókend fólk. Ein minni partur (6–11 %) er flokkaður á stig 2–5, har tørvur er á meira stuðli ella alternativum samskiftishættum. Hjá 11 % eru dátur ikki tøkar.*



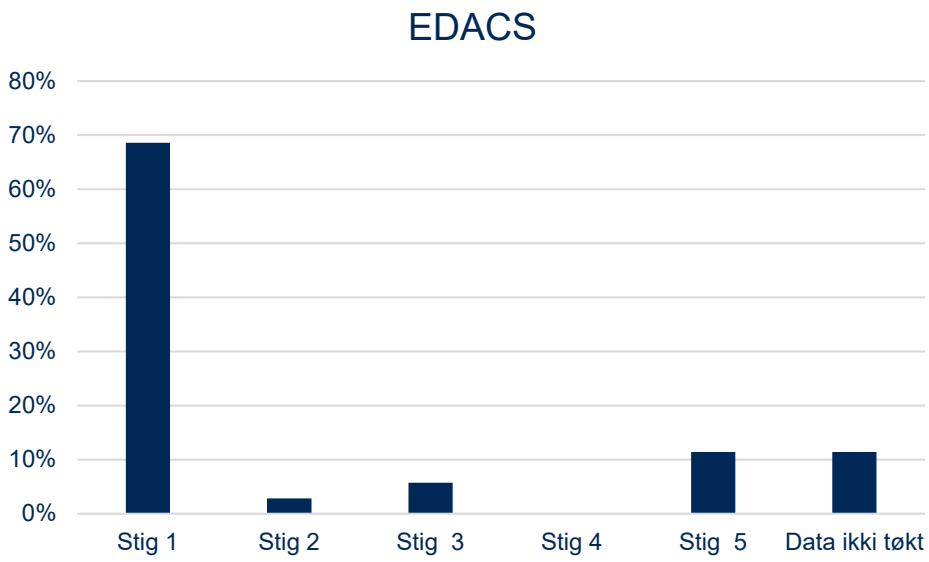
Mynd 8. *Høvuðshættir, sum børn við CP í Føroyum brúka til samskifti. Flestu børn (uml. 65 %) tosa verbalt, meðan minni partar nýta teldil, ljóð/eygnabrá ella alternativar samskiftishættir. Hjá uml. 12 % mangla dátur um samskiftisevni.*

CFCS-flokkingin gevur eina greiða mynd av samskiftisførleikanum hjá børnum við CP og undirstrikar týdningin av at tryggja hóskandi stuðul til teirra, sum hava avmarkingar. At meira enn helvtin av børnunum eru flokkað á CFCS-stigi 1 vísir, at tey megna at samskifta væl við bæði kend og ókend fólk. Samstundis er ein minni bólkur flokkaður á stigi 2–5, har tørvur er á hjálp ella alternativum samskiftishættum, eitt nú myndatalvur, teldil ella ljóðboð, fyri at tryggja virknari luttøku í sosialum samanhangi.

CFCS-flokkingin kann nýtast sum amboð til at eyðmerkja børn, sum hava tørv á tvørfakligari meting, og sum kann hava avgerandi týdning fyri at betra sjálvstøðu, samskifti og lívsgóðsku hjá barninum. Ein skipað nýtsla av CFCS kann eisini tryggja, at tilboð sum logopedi, ergoterapi og stuðul til alternativt samskifti verða sett inn tíðliga, áðrenn avleiðingar fyri sosiala luttøku og menning gerast ov stórar.

4.3 Føðsluviðurskifti

Í ergoterapeutisku protokollini verða føðslu- og máltíðarviðurskifti mett við EDACS. Flokkingin fer frá stigi 1, tá barnið etur uttan trupulleikar, til stig 5, har støðugur stuðul ella serlig hjálp er neyðug.



Mynd 9. *Býtið av børnum við CP sambært EDACS (Eating and Drinking Ability Classification System). Flestu børn (69 %) eru flokkað á stigi 1 og hava sjálvstøðugan føðslu- og drekkiførleika uttan trupulleikar. Ein minni partur er flokkaður á stig 2–3 við ávísum avmarkingum, meðan 11 % eru á stig 5, har fullur stuðul ella sonduføðing er neyðug. Hjá 11 % vanta dátur um matinntøku og drekkiførleika.*

Í føroysku skrásetingini eru flestu børn flokkað á stigi 1, men eisini eru dømi um børn á stigi 5. Nøkur børn fáa sondukost, sum merkir at føðslan verður givin gjøgnum sondu. Hetta vísir, at hóast nógv børn hava sjálvstøðugan føðsluførleika, er tørvurin spjaddur. Har trupulleikar við vekt ella føðslu annars stinga seg upp, er sett í verk samstarv millum barnalækna og kliniskan dietist á deildini fyri børn og ung somatik á Landssjúkrahúsinum, har tey fylgja hesum børnum.

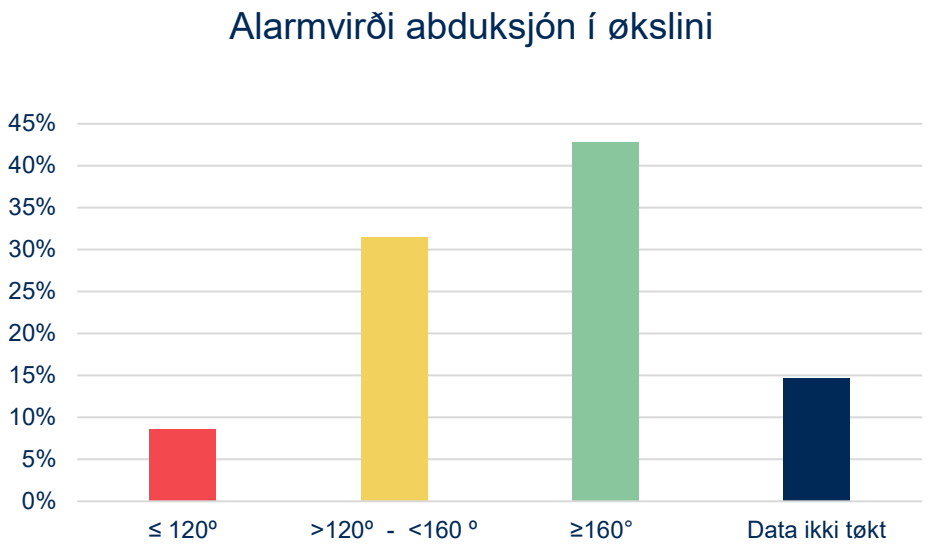
4.4 Liðmátingar í CPUP – ergoterapeutiska protokollin

Í ergoterapeutiska partinum av CPUP-skipanini verða liðmátingar nýttar til at eygleiða rørslumøguleikar í yvirekstremitetunum. Mátini geva eina mynd av støðuni hjá barninum yvir tíð og kunnu brúkast til at meta um tørv á viðgerð og at leggja eina viðgerðarætlan.

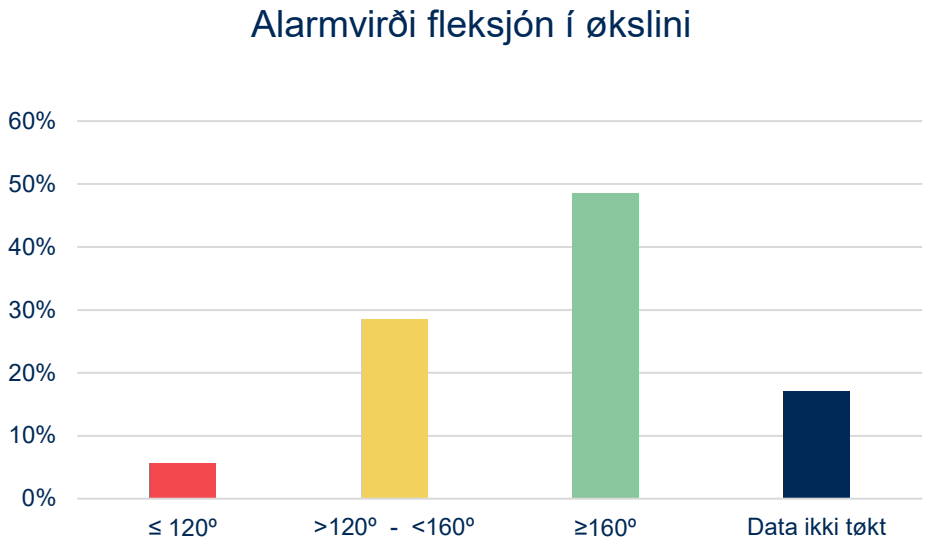
MACS I-V

Øksl abduksjón	≤ 120º	>120º - <160 º	≥160º
Øksl fleksjón	≤ 120º	>120º - <160º	≥160º
Rotasjón úteftir øksl	≤ 0º	>0º - <45º	≥45º
Rotasjón inneftir øksl	0º	>0º - <40º	≥40º
Albogi ekstensjón	≤-30 º	>-30º - <-10º	≥-10º
Albogi fleksjón	Eingi alarmvirði		
Undiramur supinasjón	≤ 45º	>45º - <80º	≥80º
Undirarmur pronasjón	≤ 45º	>45º - <80º	≥80º
Handlið ekstensjón	0º	>0º - <60º	≥60º
Handlið ekstensjón, strektar fingrar	≤-20º	>-20º - <60º	≥60º
Handlið fleksjón	Eingi alarmvirði		
Ulnardeviasjón	≥45º /<0º		<45º/≥0º
Radialdevisjón	<0º	≥0º - <20º	≥20º

Talva 1. *Alarmvirði, ið vísa á vandan fyri rørsluligum forðingum og harvið tørv á viðgerð.*

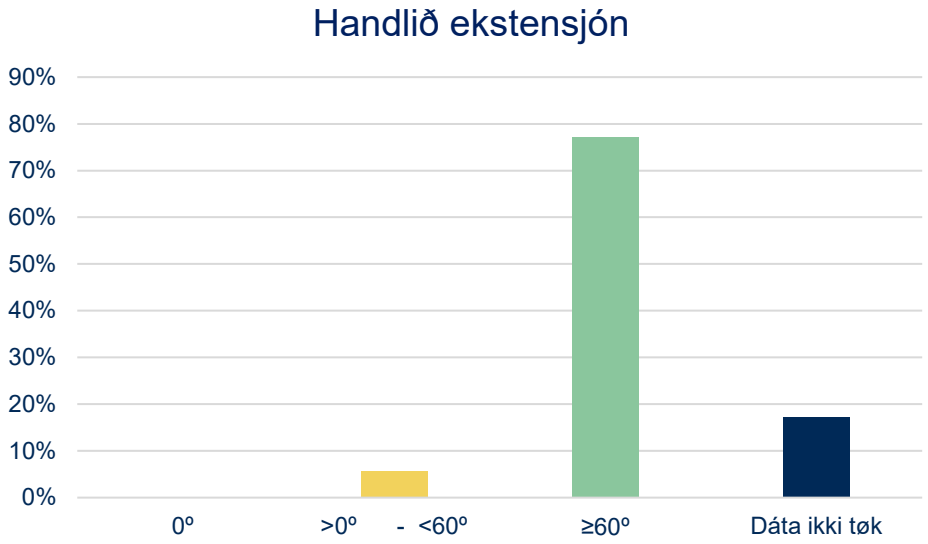


Mynd 10. *Myndin vísir býtið av abduksjón í økslini. Ein lítil bólkur hevur skerda abduksjón ≤120°, sum kann gera tað trupult at lyfta armin, lata seg í ella røkja virkni í gerandisdegnum. Flestu børnini liggja í miðalvinklinum >120°–<160° (gult), har rørslan er brúkiliga varðveitt, men ikki optimal. Størsti parturin hevur ≥160° (grønt), sum vísir góða rørslubreidd í økslini. Hjá 15% eru dátur ikki tøkar fyri hesa kanningina.*



Mynd 11. Myndin vísir býtið av fleksjón í økslini. 6 % hava fleksjón ≤120° (reyða váðaøkið), sum kann ávirka rørslu og praktiskar førleikar í gerandisdegnum. 29 % liggja í gula miðalbólkinum >120°–<160°. 49 % eru í grøna bólkinum ≥160°, sum vísir góða fleksjón í økslini. Hjá 17 % eru dátur ikki tøkar.

Mynd 11 vísir liðrørslu av fleksjón í øksl. 29 % eru í gula alarmbólkinum (*>120°–<160°*). Fleksjón í økslini er neyðug fyri at rætta armarnar upp um høvd, t.d. fyri at røkka upp á hillar, kasta ella fanga ein bólt. Um rørsla er avmarkað, kann hetta hava við sær, at barnið fær trupulleikar við sjálvstøðugari luttøku í spæli, skúlavirksemi og gerandisuppgávum. Hetta kann hava avleiðingar fyri menningina av motoriskum førleikum, sjálvsáliti og sosialari luttøku. Nærum helvtin hava grøn alarmviðri, og hjá 17 % eru dátur ikki tøkar.



Mynd 12. Myndin vísir býtið av ekstensjón í handliðinum. Ongin er í reyða vandabólkinum. 6 % liggja í gula miðalbólkinum >0°– <60°. 77 % eru í grøna bólkinum ≥60°, sum vísir góða ekstensjón í handliðnum. Hjá 17 % eru dátur ikki tøkar.

Hóast nøkur børn mangla røsluføri í økslini í abduksjón og fleksjón, so hevur hetta ikki avmarkað rørsluna í handliðinum lutfalsliga.

Hesi úrslit vísa, at ein partur av børnunum hava rørsluligar avbjóðingar í økslini, serliga viðvíkjandi abduksjón og fleksjón, tó so uttan at tað tykist at hava ávirkað handliðið munandi.

Hetta undirstrikar týdningin av at viðlíkahalda eina javna og regluliga innsavnan av upplýsingum, og at tryggja, at børn við øktum vanda fyri kontrakturum verða staðfest tíðliga og sett í viðgerð.

4.5 MACS, ortosur og hjálpartól

MACS-flokkingarnar vísa, at flestu børn eru staðsett á stig 2, har hondnýtslan er sjálvstøðug í

flestu uppgávum í gerandisdegnum, men við ávísum avmarkingum, serliga í fínum rørslum. Skrásetingin viðvíkjandi nýtslu av hjálpitólum og hondortosum vísir, at fimm av børnunum hava hjálpartól at ganga við, og bert tvey børn eru skrásett at hava hondortosu, men hvørki teirra nýtir hondortosuna javnan.

Tølini benda á, at MACS-stigini hjá børnunum eru hægri enn væntað, tá hetta verður samanborið við nýtsluna av hjálpitólum og ortosum, sum tykist lág. Hetta kann vísa á annaðhvørt eitt lágt nýtslustig av hesum amboðum í praksis, ella at allar viðkomandi dátur ikki eru tøkar.

5. Fysioterapeutisk protokoll

5.1 Gross Motor Function Classification System (GMFCS)

GMFCS lýsir, hvussu børn við CP flyta seg í gerandisdegnum. Dentur verður lagdur á sjálvstøðugar rørslur, serliga at sita og flyta seg, og hvussu væl hetta riggar í dagligum umstøðum – ikki bara undir góðum umstøðum.

GMFCS – Gross Motor Function Classification System

GMFCS er ein flokking eftir støði í grovmotoriska førleikanum hjá barninum.

Stig 1 - Barnið gongur sjálvt uttan hjálp og klárar vanliga rørslu sum at renna og hoppa, men hevur smáar avbjóðingar í meira krevjandi rørsluuppgávum.

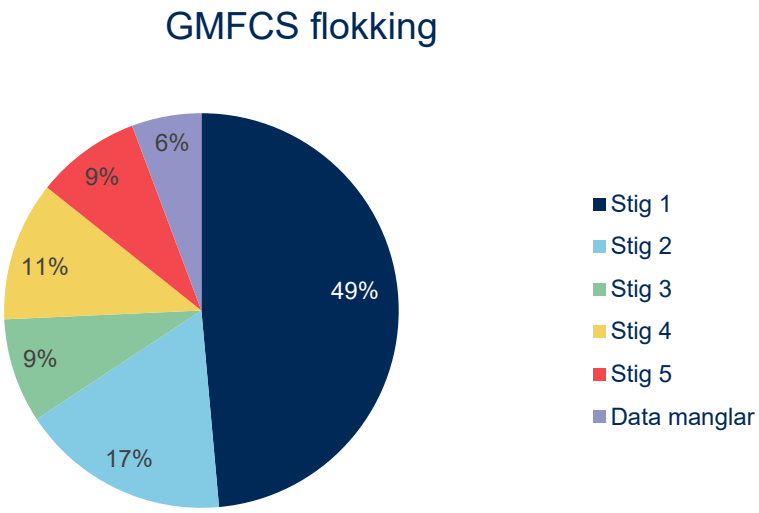
Stig 2 - Barnið gongur eisini sjálvt, men hevur trupulleikar við javnvág og klárar ikki at renna og hoppa væl, kann hava tørv á hjálp til longri fjarstøður.

Stig 3 - Barnið gongur við hjálp frá tólum sum rollatori og nýtir ofta koyristól til longri fjarstøður ella úti.

Stig 4 - Barnið hevur avmarkaða sjálvstøðuga rørslu og nýtir vanliga koyristól, bæði inni og úti, tað kann kanska flyta seg stutt við hjálp ella brúka el-riknan koyristól til sjálvstøðugan flutning.

Stig 5 - Barnið hevur stórar avbjóðingar við allari rørslu og kropsligari stýring. Tað hevur tørv á fullum stuðli til at sita, flyta seg og gera dagligar uppgávur og nýtir koyristól, ið verður stýrdur av øðrum.

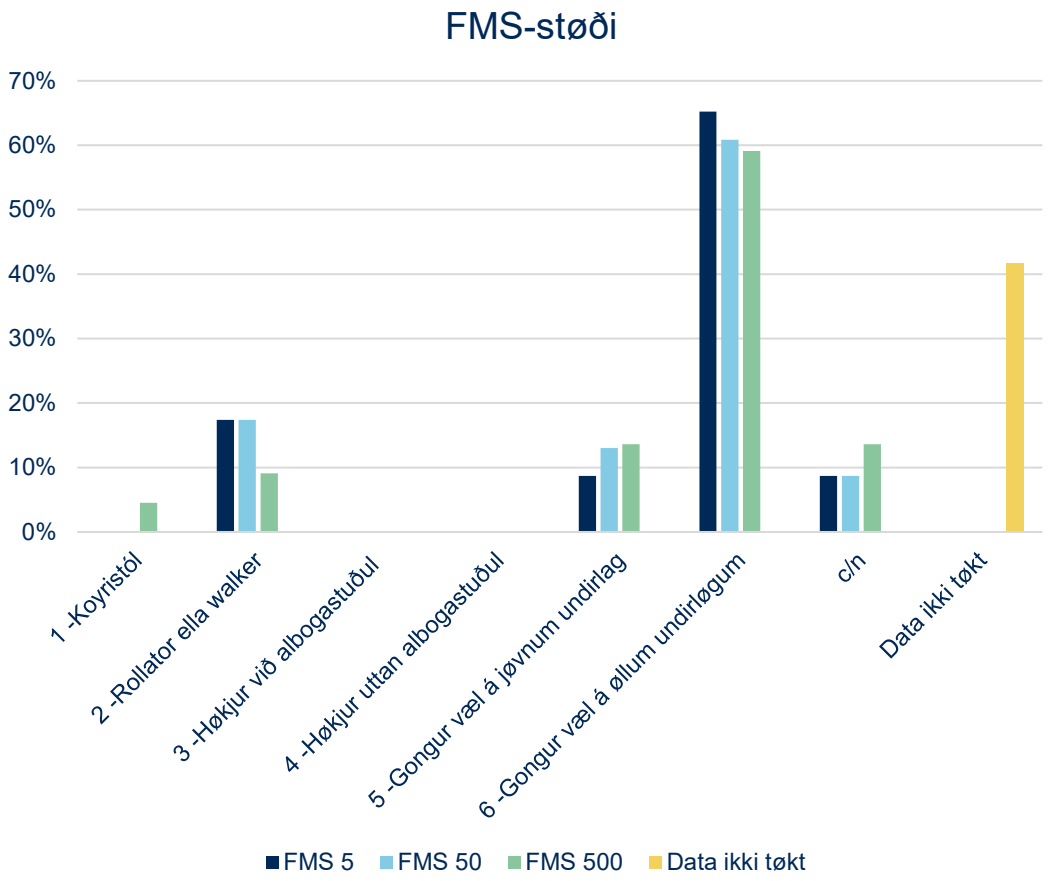
Stigini í Gross Motor Function Classification System (GMFCS), sum flokkar børn við CP eftir grovmotoriskum førleika.



Mynd 13. *GMFCS-flokkingin vísir, at flestu børn við CP (uml. 49 %) eru á stigi 1 og ganga sjálvstøðugt. Færri børn eru flokkað á stigi 2–5 við stigvíst størri rørslutrupulleikum, og hjá nøkrum (6 %) vanta dátur.*

5.2 FMS – Functional Mobility Scale

FMS verður brúktur til at meta um, hvussu barnið flytir seg 5 metrar (FMS 5), svarandi til rørslu í heimi, 50 metrar (FMS 50), svarandi til rørslu í skúlanum og 500 metrar (FMS 500), svarandi til rørslu í nærumhvørvinum. Stigin fer frá stigi 1 til 6. Stig 1 merkir, at barnið brúkar koyristól, 2 at barnið brúkar gongustuðul so sum rollator, 3 at barnið nýtir høkjur við albogastuðli at ganga við, 4 at barnið nýtir eina ella tvær høkjur uttan albogastuðul. 5 at barnið gongur uttan stuðul á jøvnum undirlagi, og stig 6 merkir, at barnið gongur sjálvstøðugt á øllum undirløgum uttan hjálp ella hjálpitól. FMS tekur eisini hædd fyri nýtslu av hjálpitólum og kann skráseta serligar støður við “C” (grulvar) ella “N” (megnar ikki).



Mynd 14. *FMS-flokking vísir, hvussu børn við CP flyta seg 5 m, 50 m og 500 m. Flest børn ganga sjálvstøðugt á øllum undirløgum (stig 6), meðan nøkur nýta hjálpitól ella koyristól. Á longri fjarstøðum (FMS 500) eru fleiri við avmarkingum ella manglandi skrásetingum. N merkir, at barnið ikki megnar nakran av vístu teinum sjálvstøðugt.*

5.3 FMS og GMFCS

Flestu hava FMS-stig 6 og GMFCS-stig 1, sum merkir, at tey ganga sjálvstøðugt í øllum umhvørvum. Børn við hægri GMFCS-stigi hava lægri FMS-stig, serliga við longri teinum. Tí geva skipanirnar saman eina greiða mynd av rørsluførleika og tørvi á hjálp.

5.4 Liðmátingar í CPUP – fysioterapeutiska protokollin

Í fysioterapeutiska partinum av CPUP verða liðmátingar nýttar til at fylgja rørslumøguleikunum í undirekstremitetunum yvir tíð, meta um viðgerðartørv og leggja viðgerðarætlan.

Alarmvirðini eru býtt í GMFCS I–III og IV–V, tí stigskipanin er ymisk í bólkunum. Dátugrundarlagið er ov lítið til at greina hvørt GMFCS-stig sær, og tí verða úrslitini víst samlað fyri hvønn bólk.

Flestu børn eru kannað regluliga, og fleiri kanningar eru skrásettar uttan staðfestar trupulleikar. Frámerki sum „ei.a.“, einki frámerkt ella líknandi kunnu tulkast sum „einki aktuelt”.

Luttøkan er sjálvboðin, og øll børn hava fingið tilboð um at taka lut. Manglandi dátur kunnu koma av, at foreldur ella verji hava frávalt luttøku, ikki eru møtt til kanning, ella at kanningin av ymiskum ókendum orsøkum ikki er gjørd. Hetta er tikið við í tulkingina av úrslitunum og er merkt við gulum og reyðum í frágreiðingini.

GMFCS I-III

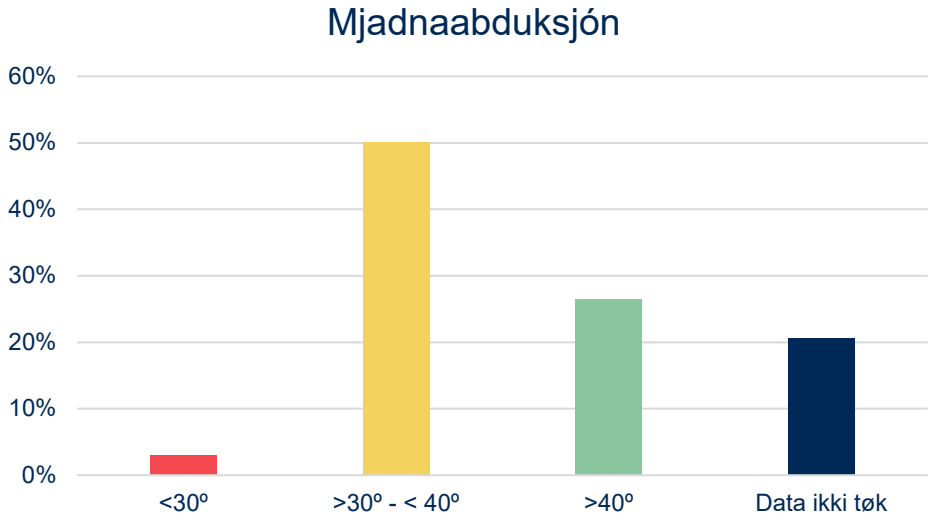
Mjadnaabduksjón	≤30º	>30º - <40º	≥40º
Mjadnafleksjón	≤100º	>100º - <110º	≥110º
Knæ (hamstringvinkul)	≤130º	>130º - <140º	≥140º
Knæekstensjón	≤-10º	>-10º - <0º	≥0º
Dorsalfleksjón við flekterað knæ	≤10º	>10º - <20º	≥20º
Dorsalfleksjón við ekstenderaðum knæ	≤0º	>0º - <10º	≥10º
Rotasjón inneftir í mjødn	≤30º	>30º - <40º	≥40º
Rotasjón úteftir í mjødn	≤30º	>30º - <40º	≥40º
Ely-test	≤100º	>100º - <120º	≥120º
Mjadna ekstensjón	≤0º	-	≥0º

Talva 2. *Alarmvirði fyri tey, ið eru í bólkinum GMFCS I-III, ið vísa á vandan fyri rørsluligum forðingum og harvið tørv á viðgerð.*

GMFCS IV-V

Mjadnaabduksjón	≤20º	>20º - <30º	≥30º
Mjadnafleksjón	≤90º	>90º - <100º	≥100º
Knæ (hamstringvinkul)	≤120º	>120º - <130º	≥130º
Knæekstensjón	≤-20º	>-20º - <-10º	≥-10º
Dorsalfleksjón við flekterað knæ	≤0º	>0º - <10º	≥130º
Dorsalfleksjón við ekstenderaðum knæ	≤-10º	>-10º - <0º	≥10º
Rotasjón inneftir í mjødn	≤30º	>30º - <40º	≥0º
Rotasjón úteftir í mjødn	≤30º	>30º - <40º	≥40º
Ely-test	≤90º	>90º - <110º	≥40º
Mjadna ekstensjón	≤-10º	>-10º - 0º	≥0º

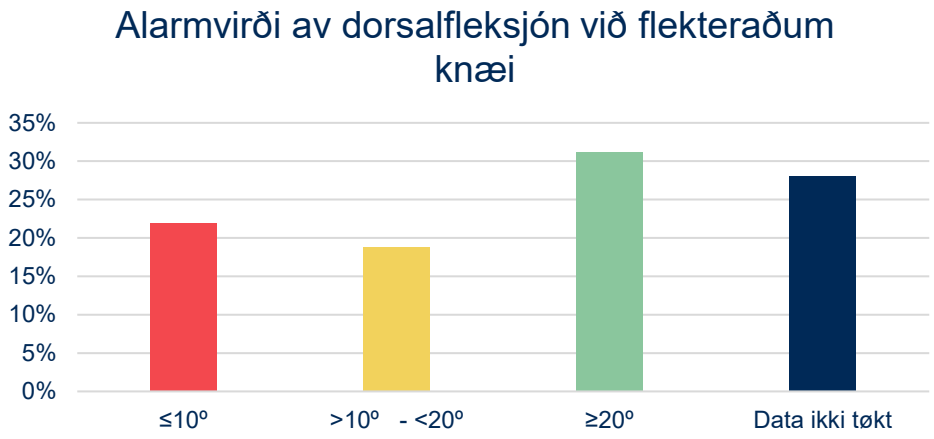
Talva 3. *Alarmvirði fyri tey, ið eru í bólkinum GMFCS IV-V, ið vísa á vandan fyri rørsluligum forðingum og harvið tørv á viðgerð.*



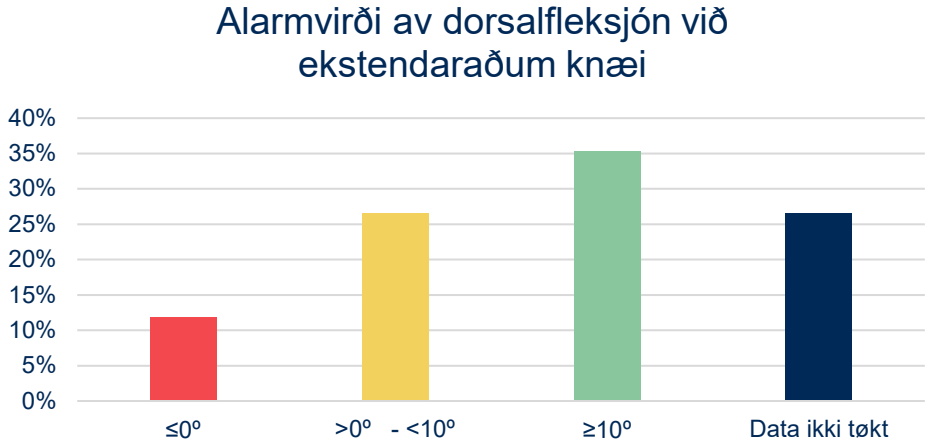
Mynd 15. *Mjadnarørslur flokkaðar eftir abduktión. Flest børn (50 %) liggja í gulum øki (>30°–<40°), meðan 26 % hava abduktión >40° í grøna økinumi. Hjá 21 % er dátur ikki tøkar.*

Mjadnarørslan (abduktión) er ein lyklafaktorur í at varðveita eina stabila mjødn. Tá abduktión er avmarkað, økist vandin fyri, at femoralhøvdið glíður út úr liðholinum (subluksatión) ella í ringasta føri fer heilt úr lið (luksatión). Hetta kann hava álvarsligar avleiðingar, tí luksatión ofta elvir til pínu, skeiva sitistøðu, óstøðuga javnvág og trupulleikar við gongu ella at nýta hjálpitól.

Tølini vísa, at 3 % av børnunum liggja í reyða alarmøkinum (< 30° abduktión), har vandi fyri subluksatión/luksatión er størstur, og serlig meting er neyðug. Helvtin (50 %) er í gula økinum (30°–40°), har regluligt eftirlit er neyðugt fyri at forða, at rørslan minkar og mjødnin gerst óstabil. 26 % hava abduktión > 40°, sum samsvarar við vanligt rørslustøði og lítlan vanda fyri mjadnaójavna.



Mynd 16. *22 % høvdu dorsalfleksjón við flekteraðum knæi ≤10°, meðan 19 % høvdu dorsalfleksjón millum >10° og <20°. 31 % høvdu dorsalfleksjón ≥20°. Dátur er ikki tøkar fyri 28 % av børnunum.*



Mynd 17. *12 % hava eina dorsalfleksjón við ekstendaraðum knæi ≤0°, 26 % av børnunum høvdu dorsalfleksjón við millum 0° og 10°. 35 % høvdu dorsalfleksjón ≥10°. Dátur eru ikki tøkar fyri 26 % av børnunum.*

5.5 Dorsalfleksjón við knæi í fleksjón og ekstensjón

Í CPUP verður dorsalfleksjón í fótliðnum kannað bæði við strektum og kreptum knæi. Vøddin gastrocnemius røkkur um bæði knæ og fótlið og verður strektur við strektum knæi, meðan vøddin soleus bert røkkur um fótlið. Er dorsalfleksjónin bert avmarkað við strektum knæi, bendir tað á vøddan gastrocnemius; er hon eins avmarkað við strektum og kreptum knæi, bendir tað á vøddanum soleus.

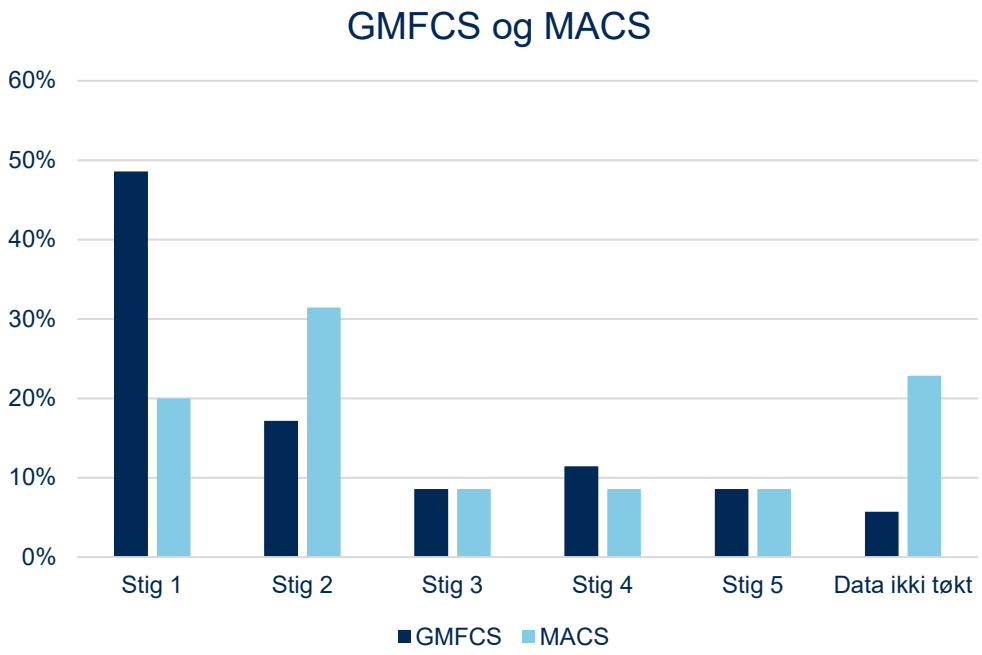
Dorsalfleksjón hevur týdning fyri gongulagið og møguleikan at seta hælin niður fyrst. Í føroysku skrásetingunum hava 22 % dorsalfleksjón ≤ 10° við kreptum knæi. Hetta kann ávirka gongulagið, gera tað trupult at seta hælin niður fyrst og økja vandan fyri kontrakturi í fótliðnum. Harumframt eru 19 % í gula økinum og krevja regluliga uppfylging, so dorsalfleksjónin ikki versnar. Við strektum knæi hava samsvarandi nógv børn avmarkaða dorsalfleksjón.

Tølini vísa týdningin av regluligum mátingum í CPUP og viðgerðartiltøkum, eitt nú strekk- og styrkivenjing, fyri at varðveita rørsluna og fyribyrgja deformitetum.

5.6 Grov- og fínmotorikkur hjá børnum í føroysku skrásetingini (GMFCS og MACS)

Flestu børnini (49 %) eru á GMFCS-stigi 1 og hava sostatt góðan grovmotoriskan førleika. Úrslitini fyri Mini-MACS og MACS vísa tó størri spjaðing í fínmotoriskum førleikum. Ein týðandi partur av børnunum hevur tí tørv á tvørfakligum stuðli, hjálpartólum og tillagaðum motoriskum og virkismøguleikum.

Umráðandi er at fylgja funktiónsbroytingum yvir tíð og tryggja børnum á hægri GMFCS- og MACS-stigum miðvísar viðgerðarætlanir. Flokkingarnar eiga at vera grundarlag undir tvørfakligari viðgerð og málseting í samstarvi við foreldur og stovnar, lagað til umstøðurnar hjá barninum.



Mynd 18. *Býtið av børnum í føroysku CPUP-skrásetingini eftir motoriskum virkisstigi (GMFCS) og handaførleika (MACS). Flest børn eru í GMFCS I og MACS II, meðan størsti parturin av manglandi dátum er í MACS-flokkingini.*

6. Kanningaramboð, sum ikki verða nýtt í føroyska CPUP

Gross Motor Function Measure (GMFM) er eitt standardiserað mátiamboð til at meta um grovmotoriska førleikan hjá børnum við CP og øðrum rørslutarni. Tað kannar grundleggjandi rørslur sum at rulla, sita, standa, ganga og renna og vísir framstig yvir tíð eins og virknaðin av viðgerð og venjing.

Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI) gevur eina breiða mynd av dagligu førleikunum hjá barninum og metir, um tað megnar uppgávur sjálvstøðugt ella hevur tørv á hjálp ella hjálpitólum. Mett verður um persónliga røkt, mobilitet og sosialt samskifti.

GMFM og PEDI eru partur av CPUP í øðrum londum, m.a. Danmark, men verða ikki nýtt í føroyska CPUP. Verða tey tikin í nýtslu, kunnu tey geva eina meira samlaða og tvørfakliga mynd av førleikunum, lætta um planleggingina av málrættaðari viðgerð og hjálpitólum, umframt at gera føroyskar dátur samanberiligar við norðurlendskar og altjóða standardir. Tey kunnu eisini stuðla undir at sett verður inn tíðliga og styrkja grundarlagið undir metingini av virknaðinum av tiltøkum.

7. Samandráttur

Skrásetingin av børnum við CP í Føroyum frá 2009 og fram gevur eina heildarmynd av støðuni og vísir bæði styrkir og veikleikar í skipanini. Føðiprevalenstølini benda á, at CP er nakað vanligari í Føroyum enn í flestu evropeisku londunum, men orsøkin til tað er ikki staðfest í hesi frágreiðing. Børn fødd áðrenn 32. viðgonguviku eru serliga yvirumboðað, og føðivekt og viðgongutíð samsvara eisini við hægri váða. Hetta vísir tørvin á serligum ansni í sambandi við vandafaktorin tíðliga fødd børn.

Diagnosan verður vanliga staðfest, tá barnið er 12–48 mánaðir, men spjaðingin er stór. Hetta vísir, at tørvur er á, at eyðmerking verður fyrr og greiðari, standardiseraðum leiðreglum og tilvísingum. Spjaðingin kann m.a. hava samband við, at serlæknar ikki altíð eru tøkir í Føroyum, og at tað tí kann taka longri tíð at staðfesta endaliga diagnosu.

Flokkingarskipanirnar GMFCS, MACS, CFCS og EDACS vísa fjølbroyttar førleikaprofilar. Hóast mong børn hava góðan grovmotoriskan førleika, kunnu fínmotorikkur, samskifti og førleikin at eta og drekka vera avmarkað. Hetta krevur eina tvørfakliga og tillagaða tilgongd.

CPUP-amboðini geva eitt felags og skipað grundarlag til at skráseta virkni og broytingar yvir tíð og lata upp fyri at til ber at seta inn tíðliga. Nevrologiska metingin gevur eina breiða heildarmynd av m.a. sansum, epilepsi, kognitión og atferð, meðan ortopediski parturin er avgerandi fyri liðrørslu og fyribyrging av skeivleikum. Talan er um eina fakliga lýsing av støðuni, men ófullfíggjað skráseting kann gera metingina minni nágreiniliga og avmarka møguleikan at fylgja virknisbroytingum yvir tíð.

Reglulig, jøvn og fullfíggjað CPUP-skráseting er tí avgerandi fyri at eyðmerkja vandabólkar og taka miðvísar, tvørfakligar avgerðir um venjing, ortosur og møguliga farmakologiska ella kirurgiska viðgerð. Tørvur er á greiðum ábyrgdarbýti, sterkari samskipan millum nevrologi, ortopedi og fysio- og ergoterapi og á eini skipaðari yvirgongd til vaksnamannaheilsuverkið. Hetta kann tryggja javnbjóðis viðgerð, betri fyribyrging og haldføra menning av CP-tænastunum í Føroyum.

Við støði í úrslitunum verða ítøkilig tilmæli sett fram her. Tiltøkini eru týdningarmikil og neyðug fyri at tryggja dygd, samanhang og javna atgongd til tænastur hjá børnum við CP.

8. Tilmæli

1. Tryggið skipaða skráseting av CP-tilburðum

Heilsustýrið mælir til, at ein føst mannagongd verður sett í verk fyri skráseting av nýggjum CP-tilburðum. Heilsustýrið hevur kravspecifikatiónir, ið áseta, hvørjar upplýsingar skulu skrásetast. Sjúkrahúsverkið skal lata CP-skránni upplýsingarnar, so hvørt nýggir tilburðir verða staðfestir.

Hetta skal tryggja eina dagførda og fullfíggjaða CP-skrá og eitt álítandi, samanberiligt dátugrundarlag. Skipað og reglulig skráseting er ein fortreyt fyri fyribyrging, uppfylging, dygdartrygging, heilsuhagtølum og menning av CP-tænastunum.

2. Setið ein CPUP-samskipara

Ein samskipari, t.d. ein ergo- ella fysioterapeutur umleið fimm tímar um vikuna, eigur at hava ábyrgd av CPUP-arbeiðinum, regluligum metingum, skráseting, eftirmeting og tvørfakligari samskipan. Hetta er ein lyklafunktión, sum krevur varandi fígging og kann styrkja fyribyrgingina, tryggja støðufesti og minka um ójavnan í verandi praksis.

3. Økið arbeiðsorkuna innan barnanevrologi og ortopedi

Ein fullfíggjað CPUP-skipan krevur meira arbeiðsorku innan barnanevrologi og barnaortopedi. Verandi skipan er ikki nøktandi, um norðurlendsku CPUP-leiðreglurnar skulu fylgjast. Hetta fevnir m.a. um:

- regluligar metingar og flokking sambært CPUP-protokollunum,
- árligar røntgenkanningar av børnum í størsta vandabólkinum,
- uppsporing av rørslutrupulleikum verður gjørd tíðliga og
- neyðuga kliniska vegleiðing í tvørfakliga arbeiðinum.

Hetta eigur at verða partur av politisku og fyriskipaðu avgerðini, tí CPUP kann ikki vera dygdargott uttan øktan læknaligan kapasitet.

4. Setið PEDI og GMFM í verk

PEDI og GMFM eiga at verða sett í verk fyri at geva eina meira samlaða og samanberiliga mynd av menningini og førleikunum hjá børnum við CP. Loyvir arbeiðsbyrðan ikki, at hetta verður gjørt beinanvegin, eigur ein stigvís innførsluætlan at verða gjørd.

5. Tryggið yvirgongdina til vaksnamannaheilsuverkið
Ein trygg og samanhangandi yvirgongd skal vera partur av CP-arbeiðinum, soleiðis at ung við CP varðveita støðugan stuðul, og neyðugar tænastur ikki detta burtur eftir 18 ára aldur. Skipanin kann fáa íblástur úr grannalondunum, men eigur at verða lagað til føroysk viðurskifti.

8.1 Serligt tilmæli

Tað hevur alstóran týdning, at føroysk børn hava góð kor í viðgongutíðini og undir føðingini, tí eigur framhaldandi at verða arbeitt við góðari fyribyrging og dygd í viðgongu-, føði- og neonataltænastunum.

Fyri at tryggja varandi, javnbjóðis og dygdargóða uppfylging verður mælt til, at CPUP verður politiskt ásett sum landsfevnandi skipan, eins og í hinum Norðurlondunum. Ásetingin skal tryggja:

- fíggjarliga og fakliga burðardygd,
- regluliga og skipaða uppfylging,
- økta arbeiðsorku innan barnanevrologi og ortopedi og
- at samskipari og dygdarmiðað skráseting verða varandi partar av skipanini.

Royndir úr serliga Svøríki vísa, at skipað CPUP-uppfylging kann minka um mjadnarluksatiónir, álvarsligar kontrakturar og tørvin á umfatandi ortopediskari skurðviðgerð (7–9). Staðfesting av CP-diagnosuni, sum er gjørd tíðliga, kann samstundis gera tað møguligt at seta viðgerð og stuðul í verk fyrr (16). Tað kann vera við til minka um tørvin á ortopediskum skurðviðgerðum, endurvenjing og pínufullum avleiðingum, sum eru kostnaðarmikil og minka um lívsgóðskuna.

Eisini verður mælt til formligt, tvørfakligt samstarv millum allar viðkomandi fakbólkar, serliga teir, sum longu samstarva um børn við CP á Landssjúkrahúsinum: barnanevrologar, ortopedar, fysioterapeutar, ergoterapeutar og foreldraumboð. Ber hetta ikki til í verki, eiga skrivlig amboð at verða ment til at stuðla arbeiðinum hjá privatum terapeutum og sernámsfrøðingum.
Endamálið er at:

- tryggja, at skipanin verður raðfest og nýtt støðufast í øllum geirum,
- skapa felags fakligar mannagongdir og greitt ábyrgdarbýti,
- tryggja samanberiligt og álítandi dátugrundarlag og
- styrkja fyribyrging, dygd og trivnað hjá børnum og familjum.

Hetta er í tráð við eina haldføra heilsutilgongd, har dentur verður lagdur á fyribyrging, at CP-diagnosan verður staðfest tíðliga, og at viðgerð verður sett í verk skjótast gjørligt, heldur enn seinni og meira víðfevndar skurðviðgerðir. Soleiðis eru bæði børnini og samfelagið betur fyri, og arbeiðsorkan verður nýtt, har hon ger størstan mun: til at fyribyrgja heldur enn at bøta.

9. Tilknýti og fígging

Báðir høvundarnir hava áður verið nevndarlimir í CP Føroyum, men eru ikki longur partur av nevndini.

Elna Dam Dahl-Olsen er sjúkrarøktarfrøðingur og hevur arbeitt í nógv ár á Landssjúkrahúsinum, millum annað á Føðideildini og Barnadeildini. Katrin Jacobæus er fysioterapeutur og hevur áður starvast á Landssjúkrahúsinum. Hon var í starvi har, tá CPOP varð sett í verk í Føroyum.

Hesi fakligu tilknýti og fyrrverandi nevndarlimaskapurin í CP Føroyum kunnu hava givið høvundunum serligt innlit í økið. Greiningar og niðurstøður í frágreiðingini byggja tó á tað dátugrundarlag og tær mannagongdir, sum eru lýst í frágreiðingini.

Frágreiðingin er fíggjað 100 % av Elsass Fonden. Grunnurin hevur ikki havt ávirkan á dátugreining, tulking av úrslitum ella niðurstøður í frágreiðingini. Heilsustýrið er útgevari og hevur ábyrgd av endaligu frágreiðingini.

10. Keldulisti

1. Reid SM, Meehan E, McIntyre S, Goldsmith S. Population-based studies of cerebral palsy: transition from childhood to adulthood. Dev Neurorehabil. 2011;14(2):67–78.
2. Oskoui M, Coutinho F, Dykeman J, Jetté N, Pringsheim T. An update on the prevalence of cerebral palsy: a systematic review and meta-analysis. Dev Med Child Neurol. 2013;55 (6):509–519.
3. McIntyre S, Goldsmith S, Webb A, Ehlinger V, Julsen Hollung S, McConnell K, et al. Global prevalence of cerebral palsy: a systematic analysis. Dev Med Child Neurol. 2022;64 (12):1494–1506.
4. Gainsborough M, Surman G, Maestri G, Colver A, Cans C. Validity and reliability of the guidelines of the Surveillance of Cerebral Palsy in Europe for the classification of cerebral palsy. Dev Med Child Neurol. 2008;50 (11):828–831.
5. Westbom L, Hägglund G, Nordmark E. Cerebral palsy in a total population of 4–11 year olds in southern Sweden: prevalence and distribution according to different CP classification systems. BMC Pediatr. 2007;7:41.
6. Arner M, Gudmundsson C, Hägglund G, Lauge-Pedersen H, Lindegren P, Nordmark E, et al. CPUP – uppföljningsprogram för cerebral pares: årsrapport 2007. Lund: CPUP; 2007.
7. Hägglund G, Alriksson-Schmidt A, Lauge-Pedersen H, Rodby-Bousquet E, Wagner P, Westbom L. Prevention of dislocation of the hip in children with cerebral palsy: 20-year results of a population-based prevention programme. Bone Joint J. 2014;96-B (11):1546–1552.
8. Hägglund G, Andersson S, Düppe H, Lauge-Pedersen H, Nordmark E, Westbom L. Prevention of severe contractures might replace multilevel surgery in cerebral palsy: results of a population-based health care programme and new techniques to reduce spasticity. J Pediatr Orthop B. 2005;14(4):269–273.
9. Nordmark E, Hägglund G, Lauge-Pedersen H, Wagner P, Westbom L. Development of lower limb range of motion from early childhood to adolescence in cerebral palsy: a population-based study. BMC Med. 2009;7:65.

10. Hägglund G, Hollung SJ, Ahonen M, Andersen GL, Eggertsdóttir G, Gaston MS, et al. Treatment of spasticity in children and adolescents with cerebral palsy in Northern Europe: a CP-North registry study. BMC Neurol. 2021;21:276.

11. Alriksson-Schmidt AI, Hägglund G, Rodby-Bousquet E, Westbom L. Improving the health of individuals with cerebral palsy: protocol for the multidisciplinary research program MOVING ON WITH CP. JMIR Res Protoc. 2019;8 (10):e13883.

12. Larsen ML, Rackauskaite G, Greisen G, Laursen B, Uldall P, Krebs L, et al. Declining prevalence of cerebral palsy in children born at term in Denmark. Dev Med Child Neurol. 2022;64 (6):715–722.

13. Rasmussen HM, Nissen JR, Norvang OP, Uldall P, Michelsen SI. Cerebral palsy in eastern Denmark: declining birth prevalence but increasing numbers of unilateral cerebral palsy among children born between 1986 and 2007. Eur J Paediatr Neurol. 2016;20(5):782–787.

14. Andersen GL, Romundstad P, Sundby AB, Elkjær S, Vik T, Sellier E. Decreasing prevalence and severity of cerebral palsy in Norway among children born 1999 to 2010. Dev Med Child Neurol. 2018;60 (8):826–833.

15. Surén P, Skranes JS, Øyen AS, Markestad T, Vik T. Cerebral palsy in Norway: prevalence, subtypes and severity. Eur J Paediatr Neurol. 2007;11 (1):75–82.

16. Novak I, Morgan C, Adde L, et al. Early, accurate diagnosis and early intervention in cerebral palsy: advances in diagnosis and treatment. JAMA Pediatr. 2017;171 (9):897–907.

17. Fabricius RA, Larsen ML, Debes NM, Rackauskaite G, Hoei-Hansen CE. Impact of a national follow-up program on the age at diagnosis for cerebral palsy. Pediatr Neurol. 2024;152:56–61.

18. Himpens E, Van den Broeck C, Oostra A, Calders P, Vanhaesebrouck P. Prevalence, type, distribution, and severity of cerebral palsy in relation to gestational age: a meta-analytic review. Dev Med Child Neurol. 2008;50(5):334–340.

19. Himmelmann K, Påhlman M. The panorama of cerebral palsy in Sweden Part XIV shows further decrease in prevalence and severity in the birth-years 2015–2018. Acta Paediatr. 2026. doi:10.1111/apa.70615.

20. Horber V, Grasshoff U, Sellier E, Arnaud C, Krägeloh-Mann I, Himmelmann K. The role of neuroimaging and genetic analysis in the diagnosis of children with cerebral palsy. Front Neurol. 2020;11:628075. doi:10.3389/fneur.2020.628075.

21. Reimers J. The stability of the hip in children: a radiological study of the results of muscle surgery in cerebral palsy. Acta Orthop Scand Suppl. 1980;184:1–100.

22. Kim H, Lee SH, Ko JH, Rhee I, Park ES. Reliability of hip migration index in children with cerebral palsy: the classic and modified methods. Ann Rehabil Med. 2012;36(1):33–38.

23. American College of Obstetricians and Gynecologists & American Academy of Pediatrics. (2015). The Apgar Score. Committee Opinion No. 644. Obstetrics & Gynecology, 126(4), e52–e55. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001108.

24. National Guideline Alliance (UK). (2017). Cerebral palsy in under 25s: Assessment and management. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE). PMID: 28151611.

25. Rigshospitalet. (u.á.). *Om CP Spot – Klinik for Unge med Cerebral Parese*. Region Hovedstaden. [Vitjað 29. august 2026] Rigshospitalet – CP Spot.

26. CPOP. *CPOP – Opfølgningsprogram for Cerebral Parese*. [Vitjað 31. august 2026] CPOP.dk

Heilsustýrið

Óðinshædd 11, 1. hædd hm.
100 Tórshavn

(+298) 30 90 60
hst@hst.fo
www.hst.fo