

Norsk kvalitets- og oppfølgingsregister for cerebral parese
(NorCP)

MANUAL
for
NorCP KOGNISJONSPROTOKOLL
(CPCog)

Versjon eReg 2.0
Januar 2022



Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	2
Introduksjon	3
Samtykke	3
<i>CPCog</i>	3
Instrumenter	4
Gjennomføring	4
Utredningstidspunkt	5
Registrering	6
Navn, personnummer og språk	6
Kognitive ressurser kartlagt med test	6
Resultater fra WPPSI/WISC, VMI og BRIEF	7
Kognitive ressurser klinisk vurdert	7
Kontakt	7
Referanser	8

Introduksjon

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

Psykolog på habiliteringstjenesten for barn og unge (HABU) har ansvar for *NorCP kognisjonsprotokollen*, som også inkluderer ansvaret for at utfylte NorCP protokoller blir registrert elektronisk i eReg på Norsk helsenett. Tilgang til eReg fås ved å kontakte registeransvarlig i NorCP Sandra J Hollung på epost sanhol@siv.no.

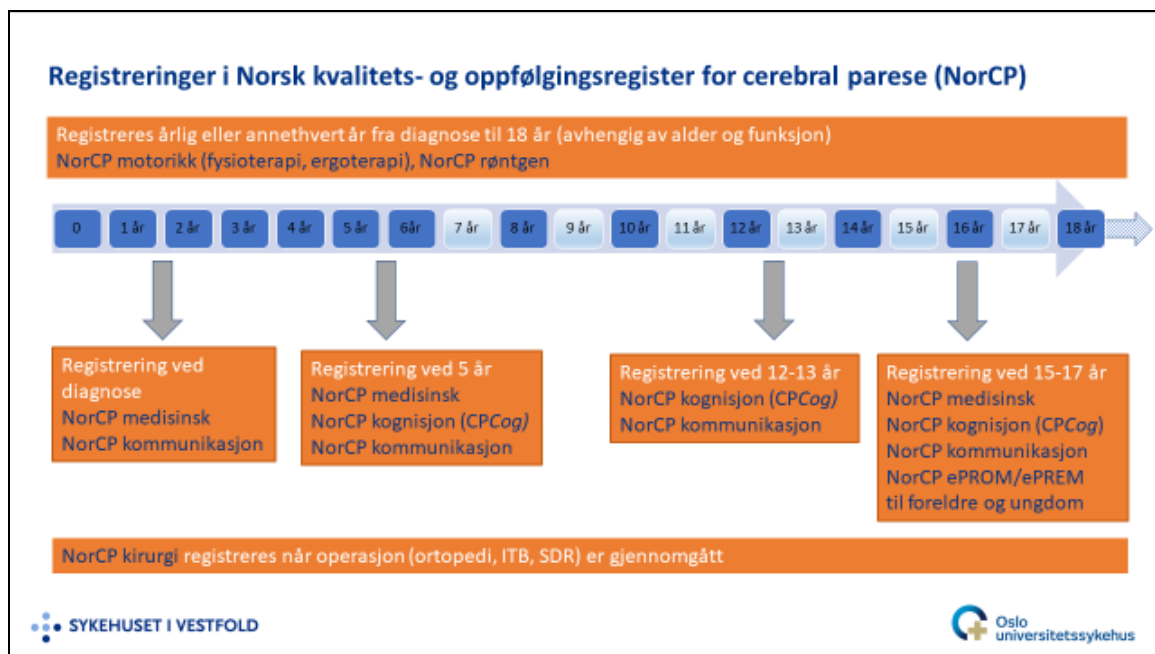
Ved faglige spørsmål knyttet til NorCP kognisjonsprotokollen, ta kontakt med psykologspesialist Kristine Stadsleiv (kstadskl@ous-hf.no) eller NorCP (norcp@siv.no).

Samtykke

Foresatte må informeres om NorCP, inkludert informasjonsskriv med samtykkeerklæring. Foresatte må gi samtykke til at opplysningene skal lagres i NorCP databasen. Samtykke finner du her: [NorCP - Sykehuset i Vestfold \(siv.no\)](http://NorCP - Sykehuset i Vestfold (siv.no))

CP Cog

Barn med CP har en forhøyet risiko for både spesifikke og generelle kognitive vansker (1). Det er derfor utviklet en oppfølgingsprotokoll som anbefaler jevnlig oppfølging av kognisjon hos barn med CP (2). Denne kognisjonsprotokollen kalles CPCog og består av anbefalinger i forhold til hvilke instrumenter som skal benyttes og hvilke tidspunkt barnet skal tilbys utredning. Utredningen vil kunne danne grunnlag for å foreslå individuelt tilpassede intervensjoner for barnet.



Instrumenter

For undersøkelse av generelt utviklingsnivå anbefales det å benytte Wechsler-testene, enten WPPSI (3) eller WISC (4). Hvilken test som benyttes vil bero på en klinisk vurdering av alder og funksjonsnivå.

Etttersom mange barn med CP har spesielle utfordringer knyttet til visuo-spatial kognisjon anbefales det å supplere med The Beery Buktenica Developmental test of Visual-Motor Integration (VMI) (5).

Det anbefales også å supplere den kognitive utredningen med Behavior Rating Inventory of Executive Functioning (BRIEF) (6) da mange barn med CP har vansker knyttet til eksekutiv fungering og dette instrumentet gjør det mulig å få informasjon fra foreldre og pedagoger om barnets fungering i hverdagen.

For barn der det diagnostiseres en utviklingshemming, er det anbefalt å gjøre en strukturert kartlegging av sosial og adaptiv fungering. Det er mulig å angi om Vineland (7, 8), ABAS (9) eller PEDI-CAT (10) er benyttet.

Det anbefales at nyeste versjon av de ulike instrumentene benyttes. Det som er foreslått er å anse som en minimumsanbefaling, og den enkelte psykolog står selvfølgelig fritt til å legge til tester og instrumenter etter behov.

Gjennomføring

Ved gjennomføring av utredningen må det naturligvis tas hensyn til faktorer som trettbarhet og dagsform.

Noen barn med CP har for omfattende finmotoriske vansker til at testene lar seg gjennomføre på standardisert måte. Dette vurderes ved å se hvilket nivå på klassifikasjonsinstrumentet Manual Ability Classification Scale (11) barnet er klassifisert på. Barn på nivå III kan håndtere gjenstander når situasjonen er tilrettelagt, men vil kunne trenge noe bistand. Noen barn på nivå III kan derfor gjennomføre oppgaver som Terningmønster, mens det for andre vil være for krevende finmotorisk.

Barn klassifisert på MACS nivå IV og V vil ikke kunne håndtere gjenstander, og mange vil også ha vansker med å peke. Disse barna har behov for tilrettelagt utredning der det tilrettelegges for andre måter å besvare oppgavene på. Slike alternative responsmåter kan være å peke med blikket eller ved at strategien partnerassistert skanning benyttes (12). Det er primært oppgaver som har et fast sett med svaralternativ (flervalgsoppgaver) som egner seg å administrere på den måten, slik som eksempelvis Matriser, Figurveker og Visuelle Puslespill fra WISC og Visuell persepsjon fra VMI. Etttersom det kan være utfordrende å få undersøkt barnas språkforståelse med WISC, kan man benytte språkforståelsestester med flervalgsoppsett som Test for Reception of Grammar (13).

Utredningstidspunkt

Når det gjelder utredningstidspunkt, har *CPCog* en to-trinnsplan. I første omgang er det anbefalt å innføre en minimumsprotokoll der barna tilbys utredning ved 5/6, 12/13 og 15/16-års alder (se Tabell 1). I neste omgang anbefales antallet utredningstidspunkt å økes (se Tabell 2).

Tabell 1: *CPCog* (minimumsprotokoll)

Alder	Begrunnelse	Instrument ved MACS nivå I-III	Instrument ved MACS nivå IV-V
5/6 år	I forkant av skolestart	WPPSI-IV (hele) VMI (hele) BRIEF (foreldre, lærer)	Tilrettelagte utredning med deltester fra standardiserte tester. Bør gjennomføres ved instanser med spesiell kompetanse på dette.
12/13 år	Overgang til ungdomsskole	WISC-V (hele) VMI (hele) BRIEF (foreldre, lærer)	
15/17 år	Overgang til videregående og førerkortvurdering. Samkjørt med resten av NorCP-ung	WISC-V (hele) VMI (hele) BRIEF (foreldre, lærer)	

Tabell 2: *CPCog* (utvidet protokoll)

Alder	Begrunnelse	Instrument MACS nivå I-III	Instrument MACS nivå IV-V
2 år	Særlig viktig hvis språket er forsinket	Bayley-III (kognitiv og språklige skalaer)	Tilrettelagte utredning med deltester fra standardiserte tester. Bør gjennomføres ved instanser med spesiell kompetanse på dette.
5/6 år	I forkant av skolestart	WPPSI-IV (hele) VMI (hele) BRIEF (foreldre, lærer)	
12/13 år	Overgang til ungdomsskole	WISC-V (hele) VMI (hele) BRIEF (foreldre, lærer)	
15/17 år	Overgang til videregående og førerkortvurdering. Samkjørt med resten av NorCP-ung	WISC-V (hele) VMI (hele) BRIEF (foreldre, lærer)	
18 år	Forberedelse til videre utdanning og arbeid	WAIS-IV (hele) VMI (hele) BRIEF (foreldre, lærer)	

Registrering

Navn, personnummer og språk

Noter ned barnets fulle navn og personnummer. Det er viktig å benytte hele personnummeret da det er dette som identifiserer barnet i NorCP.

Det skal registreres om barnet har norsk som ett av sine hovedspråk. Du skal svare «ja» om barnet har norsk som eneste morsmål. Du skal også svare «ja» dersom barnet er to- eller flerspråklig og norsk er ett av barnets morsmål/hovedspråk. Barnet behøver ikke beherske alle språkene like godt, men må bruke norsk som ett av sine daglige språk. Du skal svare «nei» dersom barnet ikke bruker norsk som ett av sine daglige språk.

Registreringen skiller mellom de barna der kognisjon er kartlagt med en test og de barna som ikke er formelt utredet.

Dersom barnet ikke er testet (kartlagt med standardiserte instrumenter hos psykolog eller pedagog, enten i HABU eller andre steder), skal det noteres. Svaralternativene da er «Nei, kun klinisk vurdert», «Nei, ikke testbar», «Nei, ikke forsøkt» og «Nei, vet ikke». Om det er gjort en vurdering av kognitiv fungering basert på klinisk inntrykk, skal resultatet av denne vurderingen angis (se nedenfor).

Kognitive ressurser kartlagt med test

For barn som er kartlagt med en test skal det noteres alder, i måneder, på utredningstidspunktet. Eksempelvis noteres 65 for et barn som er 5 år og 5 måneder. Dersom utredning har strukket seg over noe tid, noteres alderen da testingen startet opp.

Det skal noteres hvilke instrument som er benyttet. Flere kan krysses av for. CPCog protokollen anbefaler at det benyttes en Wechsler-test (WPPSI eller WISC), VMI og BRIEF. BRIEF skal besvares av både foreldre og lærer. Vi har valgt å ikke angi hvilken utgave av testene som er benyttet, da vi for registerforhold anser de ulike versjonene somlikeverdige.

For barn der det diagnostiseres en utviklingshemming, er det anbefalt å gjøre en strukturert kartlegging av sosial og adaptiv fungering. Det er mulig å angi om Vineland, ABAS eller PEDI-CAT er benyttet. Det kan krysses av for «andre», både om det er brukt flere tester enn de som er nevnt og om det er benyttet helt andre instrumenter.

(Link til Regional retningslinje for diagnostisk utredning av barn og unge ved spørsmål om utviklingshemming i HSØ: <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/rhabu/diagnostisk-utredning-av-barn-og-unge-ved-sporsmal-om-utviklingshemming>)

Vi ønsker at den diagnostiske konklusjonen skal noteres. Også her er det mulig å krysse av for flere alternativ, men vil være mest naturlig at det krysses av for enten normal kognisjon, en lærevanske (F80-81, F83 eller spesifikk lærevanske ikke dekket av ICD-10) eller en grad av utviklingshemming (F70-79). I tillegg til kognitive utfordringer har barn med CP en forhøyet risiko for psykiske lidelser. Også her er det overkategoriene som skal markeres; eksempelvis skal det både for barn med diagnosen *F84.0 Barneautisme* og barn med diagnosen *F84.5 Aspergers*

syndrom krysses av i boksen F84 *Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser*. Også her er det mulig å krysse av for flere diagnoser; eksempelvis både F90 *Hyperkinetiske forstyrrelser* og F93 *Følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen*.

Resultater fra WPPSI/WISC, VMI og BRIEF

Skalerte skårer fra deltestene i WPPSI og WISC skal registreres. Skalerte skårer har et aldersgjennomsnitt på 10, et standardavvik på 3 og skal ligge innenfor området 1–19, som indikert i registreringsprotokollen. I protokollen er aldersgjennomsnittlige skåre betegnet som 'aldersgj' og standardavvik som 'SD' (etter engelsk betegnelse standard deviation).

Fullskala IQ skåre skal registres der det står «fullskala». Her er aldersgjennomsnittlig resultat 100 og standardavviket 15. Det er mulig å registrere skårer i området 45–155. Skårer barnet lavere enn 45, kan man skrive 45 da dette resultatet tolkes som å være ≤ 45 .

For VMI skal også standardiserte skårer registreres, det vil si skårer som har et aldersgjennomsnittlig resultat på 100 og standardavviket 15. Det er mulig å registrere skårer i området 40–160. Skårer barnet lavere enn 40, kan man skrive 40, da dette resultatet tolkes som å være ≤ 40 .

For BRIEF er det T-skårer som registreres. Skriv inn T-skårene som de fremkommer av BRIEF manualen. T-skårer har 50 som aldersgjennomsnittlig resultat og standardavviket er 10. Det er mulig å registrere skårer i området 30–90. I motsetning til på Wechsler-testene og VMI er det slik at høyere skåre reflekterer større problem.

Kognitive ressurser klinisk vurdert

For barn som ikke har gjennomgått en kognitiv utredning, er det mulig å angi om kognitiv nivå er vurdert som normalt, om barnet har generelle lærevansker, om barnet har en psykisk utviklingshemming, eller om kognitiv funksjon er ukjent. Generelle lærevansker benyttes for de barna som har lærevansker, men der vanskene ikke vurderes å være så omfattende at diagnosen psykisk utviklingshemming blir riktig.

Årsaken til at formell testing ikke er gjennomført skal også angis. Mulighet svaralternativ er testing ikke er funnet nødvendig, at foresatte har takket nei, at HABU mangler kapasitet eller kompetanse, at barnet står på venteliste for utredning eller at årsaken ikke er kjent.

Kontakt

Ved spørsmål ta kontakt med psykologspesialist Kristine Stadskleiv (kstadskl@ous-hf.no) eller NorCP (norcp@siv.no).

Referanser

1. Stadskleiv K. Cognitive functioning in children with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2020;62(3):283–9.
2. Bøttcher L, Stadskleiv K, Berntsen T, Christensen K, Korsfelt Å, Kihlgren M, et al. Systematic cognitive monitoring of children with cerebral palsy–The development of an assessment and follow-up protocol. *Scandinavian Journal of Disability Research*. 2016;18(4):304–15.
3. Wechsler D. Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence, fourth edition, Norwegian version. Bromma, Sweden: Pearson Assessment 2015.
4. Wechsler D. Wechsler Intelligence Scale for Children, fifth edition, Norwegian version. Bromma, Sweden: Pearson Assessment 2017.
5. Beery KE, Beery NA. The Beery-Buktenica Developmental Test of Visual-Motor Integration. London, UK: Pearson Assessment; 2010.
6. Gioia GA, Isquith PK, Guy SC, Kinsworthy L. Behavior Rating Inventory of Executive Function, second edition, Norwegian version Stockholm, Sweden: Hogrefe; 2018.
7. Sparrow SS, Cicchetti DV, Balla DA. Vineland adaptive behaviour scales, second edition, Norwegian version. Bromma, Sweden: Pearson Assessment; 2012.
8. Sparrow SS, Cicchetti DV, Saulnier CA. Vineland Adaptive Behavior Scale, third edition, Norwegian version. Bromma, Sweden: Pearson Clinical; 2021.
9. Harrison P, Oakland T, Ørbeck B, Søvold L. Adaptive Behavior Assessment System, Third Edition, Norwegian version: Hogrefe; 2020.
10. Shore B. Pediatric Evaluation of Disability Inventory Computer Adaptive Test (PEDI-CAT). Bromma, Sweden: Pearson Clinical; 2020.
11. Eliasson A-C, Kruminde-Sundholm L, Rösblad B, Beckung E, Arner M, Öhrvall A-M, et al. The Manual Ability Classification System (MACS) for children with cerebral palsy: scale development and evidence of validity and reliability. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2006;48(7):549–54.
12. Kurmanaviciute R, Stadskleiv K. Assessment of verbal comprehension and non-verbal reasoning when standard response mode is challenging: A comparison of different response modes and an exploration of their clinical usefulness. *Cogent Psychology*. 2017;4(1):1275416.
13. Bishop D. Test for reception of grammar (andre utgave, norsk versjon). Bromma, Sverige: Pearson Assessment; 2009.