

Veileder i klinisk nevropsykologi
- prinsipper for utøvelse av
klinisk nevropsykologisk virksomhet



NORSK
NEUROPSYKOLOGISK
FORENING

Forord	3
Introduksjon	4
<i>Klinisk nevropsykologi</i>	4
<i>Hva er en spesialist i nevropsykologi?</i>	4
<i>Hvor arbeider nevropsykologer?</i>	4
Fagetikk	5
Den nevropsykologiske utredningen	5
<i>Når er nevropsykologisk utredning aktuelt?</i>	5
<i>Krav til henvisningen</i>	5
<i>Klinisk førstegangsintervju og anamneseopptak</i>	6
<i>Valg av utredningsmetoder</i>	6
<i>Metodologiske overveielser</i>	7
<i>Etiske overveielser</i>	10
Validitet av nevropsykologiske utredninger	10
<i>Symptomvaliditet</i>	11
Tilbakemelding etter nevropsykologisk utredning	11
Den nevropsykologiske rapporten	12
<i>Henvisning og problemstilling</i>	12
<i>Bakgrunnsinformasjon</i>	12
<i>Metodebeskrivelse</i>	12
<i>Resultatfremstilling</i>	12
<i>Vurdering og konklusjon</i>	13
Anbefaling av videre tiltak og oppfølging	13
Oppbevaring av nevropsykologiske journalldata	14
Nevropsykologens rolle i behandling	14
Nevropsykologisk vurdering gjennom livsløpet.	15
<i>Særlige hensyn ved nevropsykologisk utredning av barn</i>	15
<i>Særlige hensyn ved utredning av eldre</i>	16
Nevropsykologisk utredning der standard testprosedyre ikke lar seg gjennomføre, og/eller det mangler adekvate normdata.	17
Sakkyndighet	18
Vedlegg 1: Lovverk, reglement og annet som regulerer nevropsykologers faglige virksomhet	20
Vedlegg 2: Oversikt over bakgrunnsopplysninger det kan være relevant å innhente for en nevropsykologisk utredning	21

Forord

I takt med at vi har fått økt kunnskap om hjernen og effekten av sykdommer som kan ramme den, har klinisk nevropsykologi som psykologisk spesialitet gjennomgått betydelig vekst. Antallet norske nevropsykologer øker, og relevansen av klinisk nevropsykologi anerkjennes i brede deler av helsefaglig virksomhet.

Denne veilederen beskriver forutsetninger for faglig og etisk forsvarlig utøvelse av klinisk nevropsykologisk arbeid. Veilederen er primært ment å være til støtte for nevropsykologer i deres yrkesutøvelse. Et vesentlig siktemål er å bidra til konsistent praksis blant norske nevropsykologer. Veilederen skal imidlertid også være informativ for brukere og bestillere av nevropsykologiske tjenester, med tanke på hva som representerer god fagutøvelse.

Arbeidet er gjennomført i perioden januar 2014 - april 2015 av følgende arbeidsgruppe: Marianne Løvstad (leder), Knut Dalen, Jens Egeland, Roar Glefjell, Heine Hagenberg, Arne Gramstad, Kristian Køhn, Nils-Inge Landrø, Stian Maroni, Jørgen Sundby, Torill Ueland, Anne Grethe Urnes, Bjørg Øygarden.

Gruppen har arbeidet ut fra følgende mandat gitt av styret i Norsk Nevropsykologisk Forening (NNF) i september 2013:

"Arbeidsgruppen har i mandat å utarbeide utkast til revidert veileder i klinisk nevropsykologi innen NNFs årsmøte i november 2015. Den nye veilederen skal være informativ for potensielle oppdragsgivere med tanke på hva som skal kunne forventes etter en nevropsykologisk vurdering, og den skal være retningsgivende for nevropsykologers praksis med hensyn til adekvat valg av metodikk, samt fremstilling og formidling av resultater. Det er i dag stor variasjon i praksis når det gjelder metodevalg, og ikke minst formidling av resultater fra en nevropsykologisk undersøkelse. Gruppen har i oppdrag å føre en bred diskusjon rundt disse temaene, og å ta sikte på å oppnå en samlende, men konkretisert beskrivelse av hva som regnes som god praksis. Målet om en evidensbasert fagutøvelse skal ligge til grunn. Det er ønskelig at prosessen frem til ny veileder sporer an til en åpen debatt blant norske nevropsykologer ved at sentrale problemstillinger synliggjøres og deles med medlemmene i relevante fora undervegs i arbeidet."

Veilederen er tilrådd av styret i NNF 28. august 2015

Oslo, 13. september 2015

Introduksjon

Klinisk nevropsykologi

Klinisk nevropsykologi baserer seg på kunnskap både om normal hjerneutvikling og hjernefunksjon og om virkningen av ulike forstyrrelser, skader og sykdommer som påvirker den. Klinisk nevropsykologi er *"en anvendt vitenskap som studerer betydningen av både avvikende og normal hjernefunksjon for et bredt spekter av kognitive, emosjonelle, og atferdsmessige funksjoner"*. (Board of Directors (2007) American Academy of Clinical Neuropsychology (AACN) Practice Guidelines for Neuropsychological Assessment and Consultation. *The Clinical Neuropsychologist*, 21:2, 209-231.) Klinisk nevropsykologi omhandler utredning av forholdet mellom hjerne og atferd, men har også et betydelig fokus på rådgivning og klinisk intervensjon. Klinisk nevropsykologisk praksis fordrer derfor spisskompetanse knyttet til hjerneorganiske forhold og bred allmenpsykologisk forståelse.

Hva er en spesialist i nevropsykologi?

Nevropsykologi er en klinisk spesialitet for psykologer i Norge. En spesialist i nevropsykologi er en autorisert psykolog, oftest med fullført profesjonsstudium i psykologi, og autorisasjon gitt av Statens helsetilsyn. Alternativt kan godkjenning av annen psykologiutdanning være gjort av Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK).

Tittelen Spesialist i nevropsykologi (tidligere Psykologspesialist med fordypningsområde klinisk nevropsykologi) innebærer at psykologen har fullført 5-årig spesialiseringsprogram i klinisk nevropsykologi med de krav til praksis, veiledning, kurs og skriftlig arbeid som er definert i Norsk Psykologforenings spesialistreglement, med utfyllende bestemmelser for fordypningsområdet i nevropsykologi. Tittelen nevropsykolog benyttes i enkelte tilfeller av psykologer under spesialisering. For å unngå uklarhet rundt tittelbruk anbefales det imidlertid at ikke-spesialister benytter tittelen psykolog eller psykolog under spesialisering i nevropsykologi.

Hvor arbeider nevropsykologer?

Kliniske nevropsykologer utøver sitt kliniske virke innenfor alle deler av helsevesenet der utredning og/eller behandling av hjerne-atferd-relasjoner kan være relevant; i somatisk helsevesen, på nevrologiske avdelinger, i rehabiliteringsinstitusjoner, innenfor psykisk helsevern for voksne og barn, i rusomsorgen, som avtalespesialister i helseregionene, i barnevern, NAV eller i privat virksomhet. Siden de fleste nevropsykologer arbeider i spesialisthelsetjenesten, benyttes betegnelsen pasient i dette dokumentet.

Se Vedlegg 1 for oversikt over lovverk, reglement og annet som regulerer nevropsykologers faglige virksomhet.

Fagetikk

Fagetikken skal være til hjelp gjennom hele prosessen fra henvisning til saksavslutning. Resultatet av den nevropsykologiske utredningen vil ha konsekvenser for både pasient og andre parter.

Nevropsykologer er forpliktet til å følge Etske prinsipper for nordiske psykologer (EPNP) (Norsk Psykologforening, 1998). De etiske prinsippene skal hjelpe nevropsykologen til å reflektere over komplekse problemstillinger og til å være i forkant av etiske dilemmaer som kan oppstå, og er organisert etter følgende fire hovedprinsipper:

- Respekt for klientens rettigheter og verdighet
- Kompetanse
- Ansvar
- Integritet

"Den etiske beslutningsprosessen" kan være et nyttig hjelpemiddel når man står overfor en etisk problemstilling. Denne er omtalt i EPNP og inneholder flere trinn:

- Identifisering av etisk relevante temaer og problemstillinger
- Utvikling av alternative fremgangsmåter
- Vurdering av kortsiktige og langsiktige fordeler og ulemper ved hver av fremgangsmåtene, i forhold til alle som er involvert eller kan bli berørt
- Valg av fremgangsmåte etter grundig vurdering ut fra verdier, prinsipper og retningslinjer
- Handling, med forpliktelse til å ta ansvar for konsekvensene av handlingen
- Evaluering av resultatet av fremgangsmåten
- Psykologen retter opp eventuelle negative konsekvenser eller gjenopptar beslutningsprosessen hvis det viser seg at det etiske spørsmålet ikke er løst

Den nevropsykologiske utredningen

Når er nevropsykologisk utredning aktuelt?

Nevropsykologiske utredninger etterspørres i funksjons-, forløps- og/eller differensialdiagnostiske vurderinger. Funksjonsvurderinger blir gjort der det er kjent skade, sykdom eller funksjonsnedsettelse, og der konsekvensene av dette ønskes kartlagt. Forløpsvurderinger har til hensikt å fange opp endringer i funksjon/prestasjon over tid, f.eks. ved utvikling av en progressiv tilstand, rehabilitering etter skade/sykdom eller ved medikamentutprøving. Differensialdiagnostiske vurderinger kan bidra til avklaring av om opplevde vansker skyldes psykisk lidelse eller psykososiale belastninger eller primært er forårsaket av organisk sykdom eller skade.

Krav til henvisningen

Nevropsykologisk utredning utføres fortrinnsvis med utgangspunkt i en henvisning med en klart fremstilt klinisk problemstilling. Henvisningen bør inneholde en oppsummering av relevante bakgrunnsopplysninger, som utdrag fra journal med sykehistorie, tidligere gjennomførte undersøkelser og diagnoser samt tidligere og pågående behandling, inkludert mulige virkninger/bivirkninger av denne. Andre opplysninger som kan følge en henvisning, er oppveksthistorie, utdannings- og yrkeshistorie, informasjon om rusbruk, sosial funksjon og fritidsaktiviteter. Henvisningen bør inneholde aktuelle kliniske betraktninger og begrunnelse for at nevropsykologisk utredning er nødvendig. Henvisers eventuelle begrensede kunnskap

om nevropsykologisk utredning kan medføre at bestillingen er mangelfull eller ikke mulig å innfri. I slike tilfeller kan det være aktuelt å be henviser om å klargjøre og/eller supplere henvisningen, slik at relevante bakgrunnsopplysninger foreligger sammen med en klart formulert problemstilling.

Innhenting av bakgrunnsopplysninger

Psykologen skal sikre at opplysninger som er nødvendige for å besvare utredningsspørsmålet, er tilgjengelige. Hva som er nødvendig, vil variere ut fra målsettingen med utredningen, tilstanden som utredes, og situasjonen på utredningstidspunktet. Innhenting av informasjon kan medføre justeringer av problemstilling og metodevalg. Man bør da ha kunnskap om pasienten utover henvisning før man starter med testing. Formålet med innhenting av bakgrunnsinformasjon er å sikre en tilstrekkelig forståelse av faktorer som kan ha bidratt til aktuell funksjon og forløp, samt belyse forhold med relevans for metodevalg, slik at vurderinger, konklusjoner og forslag til tiltak blir mest mulig riktige og anvendbare. Komparentopplysninger er ofte påkrevd for å danne et tilstrekkelig utfyllende bilde av pasientens nåværende og tidligere situasjon. Ved utredning av barn må komparentopplysninger innhentes, oftest fra pårørende og andre involverte instanser (skole, barnevern).

Klinisk førstegangsintervju og anamneseopptak

En nevropsykologisk utredning begynner oftest med et klinisk intervju/anamneseopptak. Dette er vanligvis psykologens første møte med pasienten og har flere viktige funksjoner. Intervjuet gir psykologen inntrykk av pasientens evne til å huske og gjengi informasjon, personlighet, emosjonalitet, kommunikasjonsferdigheter og sosial fungering. Samtalen er vesentlig for etablering av kontakt og tillit, som er viktig for en valid nevropsykologisk utredning. Psykologen får her mulighet for å vurdere faktorer som kan komme til å hindre optimal prestasjon, slik som sensomotoriske vansker, tretthet, ruspåvirkning, bivirkninger av medisiner eller andre forhold. Pasientens egen opplevelse av sin situasjon står sentralt. I førstegangsintervjuet skal man sikre at pasienten er klar over bakgrunnen for henvisningen og rammene for utredningen.

Aktuelle og tidligere kognitive vansker eller symptomer som kan knyttes til problemstillingen i henvisningen, skal kartlegges ved anamneseopptaket. Eventuelle tidligere testresultater bør være tilgjengelige, slik at de kan drøftes i sammenheng med aktuelle resultater. Kartlegging av premorbid og aktuell fysisk og psykisk funksjon, livsbelastninger, mestringsstil og relasjonelle forhold, inkludert sosialt nettverk, bør inngå, likeså tidligere behandlingstiltak og opplysninger om mulig arvelig belastning. Tidligere nevrologisk skade og/eller sykdom som kan ha medført funksjonsvansker, er det særlig viktig å kartlegge. Anamnese bør inkludere spørsmål om tidlig utvikling, skolegang inkludert spesialpedagogiske behov, yrkeshistorikk, søvn, appetitt/ernæring, medisiner, stimulantia, økonomi, boforhold, familie, sosial aktivitet, nettverk og fritidsinteresser.

Se Vedlegg 2 for oversikt over bakgrunnsopplysninger det kan være relevant å innhente i forbindelse med en nevropsykologisk utredning.

Valg av utredningsmetoder

En full nevropsykologisk utredning omfatter bruk av et bredt spekter av funksjonstester med kjente og akseptable psykometriske og kliniske egenskaper. Vanligvis vil dette inkludere metoder for vurdering av sensorisk-motorisk og perseptuell funksjon, oppmerksomhet, psykomotorisk tempo og mental effektivitet, verbal og visuell innlærings- og

gjenkallingsevne, språklig fungering, visuospatiale og visuokonstruktive ferdigheter, eksekutive funksjoner (evne til problemløsning, planlegging, impuls kontroll, mental kontroll/fleksibilitet og selvreguleringsfunksjoner) og generell intellektuell kapasitet (IQ). Ofte vil det være aktuelt med systematisk vurdering av psykososial funksjon og psykisk symptombelastning. Ved mange problemstillinger vil personlighetsvurderinger inngå. Dette gjøres ved bruk av strukturerte kartleggingsverktøy, som for eksempel egen- og komparentutfylte spørreskjema eller strukturerte kliniske intervjuer.

Valg av metoder, deres kompleksitet og omfanget av utredningen tilpasses den aktuelle henvisningsgrunn, formålet med utredningen, pasientgruppen og individuelle forhold. Det kan forekomme at funn som gjøres underveis, vil kreve endring av planlagt testprotokoll.

Orienterende nevropsykologisk undersøkelse

I noen sammenhenger vil det være hensiktsmessig med en kortere orienterende undersøkelse. Dette er vurderinger som i omfang er mer enn svært grove vurderinger som Mini Mental Status-undersøkelse, men ikke så omfattende som en full nevropsykologisk utredning. Orienterende undersøkelse vil kunne være hensiktsmessig ved vurdering av om det foreligger indikasjon for viderehenvisning til mer omfattende nevropsykologisk utredning, ved behov for grov kartlegging tidlig i spontanbedringsforløp og i tilfeller der spesifikke kognitive funksjoner skal kartlegges. Hvis en orienterende undersøkelse gjøres av psykolog med annen spesialitet enn nevropsykologi eller av ikke-spesialist, forutsettes tilgang på veiledning eller tilstrekkelig erfaring til å trekke valide konklusjoner. Gevinsten ved gjennomføring av orienterende nevropsykologisk undersøkelse må avveies mot risiko for både falske positive og falske negative resultater.

Psykologen vurderer selv om det er hensiktsmessig med orienterende undersøkelse utover et klinisk intervju, og hvilke metoder som i så fall er indisert. Det vil oftest være hensiktsmessig at en orienterende nevropsykologisk undersøkelse inneholder enkelte mål på følgende funksjonsområder: persepsjon, motorikk, tempo, selektiv oppmerksomhet/inhibisjon, mental fleksibilitet, innlæring og hukommelse samt verbal og nonverbal resonneringsevne. En vurdering av psykisk tilstand bør inngå.

Vurdering av om pasienter fyller helsekravene til å inneha førerkort eller luftfartssertifikat

Nevropsykologer kommer jevnlig i kontakt med pasienter med helseproblemer som kan ha betydning for evnen til å føre motorkjøretøy. Helsepersonelloven § 34 pålegger psykologer, leger og optikere et ansvar for å vurdere om helsekravene for å ha førerkort er oppfylt (se Vedlegg 1 for lenke til lovverk og beskrivelse av krav til nevropsykologiske vurderinger i Norsk Psykologforenings førerkortveileder). Hvis man i forkant av- eller underveis i en utredning med annet primært formål forstår at meldeplikten kan komme til anvendelse, bør pasienten som hovedregel gjøres oppmerksom på at det kan være aktuelt å vurdere egnethet for å inneha førerkort. I tilfeller der man mener meldeplikten er utløst, skal pasienten informeres om klageadgang og saksgang. Psykologer under spesialisering bør drøfte tilfeller der meldeplikten vurderes utløst, med veileder eller annen spesialist.

Metodologiske overveielser

Testbarhet

Mange forhold kan påvirke testbarhet, for eksempel svært lavt generelt evnenivå, redusert motivasjon, rus- og/eller medikamentpåvirkning, søvnmangel, dårlig ernæringsstatus / lavt

energinivå, alvorlig psykisk lidelse, redusert evne til realitetstesting, bevissthetsforstyrrelser, demens, trettbarhet.

I tilfeller der pasienten viser manglende forståelse av testinstruksjoner eller presterer svært lavt, kan modifisering av retningslinjene for testadministrasjon være aktuelt. Slike modifiseringer skal beskrives i rapporten. Ved åpenbar omfattende kognitiv dysfunksjon vil standardisert testing i noen tilfeller ikke være hensiktsmessig, og en vurdering vil i betydelig grad baseres på klinisk observasjon.

Rus og medikamentinntak

I noen tilfeller kreves det en periode med rusfrihet eller fravær av medikamenter som har kjente kognitive bivirkninger, før testing. Det er formålet med utredningen som må avgjøre hvilke krav som stilles. Fire forhold bør særlig vurderes:

1. Er kravene realistiske, eller utelukker de i praksis pasienten fra å kunne få nødvendig utredning/helsehjelp?
2. Hvilken risiko innebærer seponering av medisiner eller opphør av bruk av rusmidler/substitusjonsbehandling (LAR) for å få gjennomført utredning?
3. Vil gjennomføring av utredning med ingen eller begrensede krav likevel kunne gi verdifull informasjon med henblikk på behandling eller tilrettelegging?
4. Vil utredning med eller uten rus/medikamenter være mest relevant i forhold til utredningsspørsmålet? Dette er spesielt relevant i situasjoner der formålet med utredning er å belyse hverdagsfunksjon, og pasienten antas å være stabilt medisinert.

Velger man å utrede med begrensede krav til frihet fra medikamenter eller rusmidler, må det klart fremgå hvilken usikkerhet dette medfører for konklusjonene.

Kvalitative observasjoner

Nedtegnelse av kvalitative observasjoner er en vesentlig del av utredningen. Typiske eksempler er; manglende forståelse av testinstruksjoner, utålmodighet, impulsiv responsstil, variabel oppmerksomhet, redusert motivasjon, likegyldighet, prestasjonsangst, emosjonelle reaksjoner og trettbarhet. Kvalitative observasjoner bør knyttes til spesifikke testresultater hvor dette er relevant.

Økologisk validitet

Ulike problemstillinger stiller ulike krav til metodenes validitet. Sentralt ved differensialdiagnostiske vurderinger er forhold ved testenes diagnostiske sensitivitet, dvs. både evnen til å fange opp underliggende patologi og robusthet mot feilaktig å indikere slik. Funksjonsvurderinger, hvor utredningens hensikt er rådgivning når det gjelder for eksempel arbeidsevne, skolefungering eller rehabilitering og prognose, reiser vesentlige spørsmål om metodenes økologiske validitet, det vil si i hvilken grad målinger av funksjon egner seg til å predikere funksjon på ulike livsarenaer. Testsituasjonen vil kunne bidra til at kognitive vansker som gjør seg gjeldende i ustrukturerte og sammensatte hverdagssituasjoner, ikke avdekkes. Noen vil også kunne fungere bedre i kjente dagliglivsaktiviteter enn i en testsituasjon. I mange tilfeller vil det være aktuelt å inkludere validerte selvrapporterings skjemaer og/eller andre mål på hverdagsfunksjon som en del av utredningen.

Spørsmål knyttet til validitet og prediksjonsverdi skal overveies når testresultater fortolkes og viderefremmes. Man skal tilstrebe å gi nøkterne og realistiske vurderinger av en antatt sammenheng mellom resultater av en nevropsykologisk utredning og prognose og/eller funksjon på ulike komplekse livsarenaer.

Retesting

Det er ofte aktuelt at samme person gjennomgår flere nevropsykologiske undersøkelser. Det bør vurderes om parallellversjoner av tidligere benyttede tester eller andre tester enn i foregående utredning skal benyttes. Hensikten med vurderingen og tid siden forrige undersøkelse vil legge føringer for løsning på denne utfordringen. Dersom en velger å benytte samme tester på nytt, kan det være aktuelt å gjøre utregninger som tar hensyn til forventet test-retest-effekt og variasjon i standardfeil ved repeterte målinger. Uansett bør problemstillingen vurderes ved tolkning av resultater. Ved planlegging av førstegangs testing bør det vurderes om det kan bli behov for retesting, og det bør velges tester og testtidspunkt med tanke på dette.

Ledsagere i undersøkelsesrommet

Nevropsykologiske tester er i utgangspunktet standardisert med den forutsetning at kun to personer er til stede under testingen. Tilstedeværelse av familiemedlem, venn, omsorgs-/pleiepersonell, verge, tolk eller andre kan påvirke testresultatene. I hovedsak bør derfor testleder og pasient være alene i testsituasjonen. Det er imidlertid situasjoner der unntak fra dette prinsippet er nødvendig. Det kan dreie seg om sikkerhetsmessige eller juridiske forhold ved kjente atferdsvansker/kriminalitet eller om situasjoner der emosjonelle eller kognitive forhold gjør det vanskelig å etablere en tillitsfull samarbeidsrelasjon til den som undersøker, uten ledsager til stede. Sistnevnte kan særlig være aktuelt ved testing av barn. Mulige konsekvenser av eventuelle avvik fra standard testprosedyre må drøftes og tas hensyn til i fortolkning av resultatene fra utredningen.

Bruk av hjelpepersonell

Nevropsykologer vil i noen tilfelle benytte seg av testtekniker. Dette er regulert i Helsepersonelloven §5: "*Helsepersonell kan i sin virksomhet overlate bestemte oppgaver til annet personell hvis det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellets kvalifikasjoner og den oppfølging som gis. Medhjelpere er underlagt helsepersonells kontroll og tilsyn. Elever og studenter skal som regel bare gis oppgaver ut fra hensynet til opplæring.*"

Psykologen er faglig ansvarlig for det utredningsarbeidet som utføres. Ved bruk av hjelpepersonell skal psykologen alltid ha selvstendig kontakt med den aktuelle pasienten. Oftest vil det være ved anamneseopptak eller innledende klinisk intervju. Det skal særskilte grunner til for ikke å møte pasienten før valg av metoder og planlegging av utredningens gjennomføring. Psykologen vil da klargjøre hensikten med utredningen og informere pasienten om hva som skal skje. Psykologen bør gjennomføre deler av utredningen selv og skal ha observert pasientens testatferd direkte, eventuelt indirekte via enveisspeil eller video. Psykologen er ansvarlig for tolkning av resultater og rapportskrivning. Hjelpepersonellet må gjennom testforløpet ha mulighet til å konferere med ansvarlig psykolog, også når denne ikke observerer. Dette kan for eksempel være i tilfeller der det oppstår uforutsette situasjoner, eller der pasienten reagerer emosjonelt på testsituasjonen.

Ved bruk av hjelpepersonell er det viktig at disse er godt trent til å gjøre kvalitative observasjoner, og at disse nedtegnes på en strukturert måte. Det er psykologens ansvar å sørge for at hjelpepersonellet har nødvendig opplæring. Nevropsykologiske utredninger som i betydelig grad baserer seg på kliniske observasjoner, og der tester er gjennomført med avvik fra eller tilpasning av standardisert bruk, skal foretas av psykolog.

Etiske overveielser

Informasjon om utredningen og tilbakemelding/rapport

Det må sikres at pasienten er informert om hvorfor han/hun er henvist til nevropsykologisk utredning, og hva det innebærer. Pasienten skal i grove trekk informeres om hva testene er ment å måle, og hvordan utredningen gjennomføres i praksis. Slik informasjon gis på en måte som er tilpasset den enkeltes forståelsesevne. I utredning av barn må det spesielt tas hensyn til utviklingsnivå, og foresatte må informeres. Det bør også informeres om hvordan tilbakemelding på resultatene og utsendelse av rapport vil foregå. Pasienten bør informeres om hvilke instanser det er planlagt å sende kopi av rapporten til. Det bør innhentes samtykke, fortrinnsvis skriftlig, før innhenting av informasjon fra andre instanser i helsevesenet eller komponenter. Samtykke gitt muntlig skal journalføres. Dersom undersøkelsesrommet er utstyrt med skjulte observasjons- eller opptaksmuligheter, slik som enveisvindu, mikrofon og/eller kamera, skal pasienten informeres om dette, også om utstyret ikke benyttes i den aktuelle utredningen.

Gjennomføring av utredningen

En nevropsykologisk utredning kan være langvarig og krevende å gjennomføre og kan oppleves som belastende. Det påligger psykologen å vurdere om redusert testbarhet, nedsatt allmenntilstand, manglende sykdomsinnsikt, motivasjonelle eller andre forhold tilsier at det er uetisk å gjennomføre utredningen. Man bør vurdere om formålet med utredningen rettferdiggjør den mulige belastningen, og man skal ikke utsette pasienter for mer omfattende utredning enn nødvendig. Det bør vurderes om utredningen best gjennomføres over flere testsesjoner, og pasienten skal kunne be om pauser ved behov. Oppdeling av testing over flere dager gir også mulighet til å observere variasjon i funksjon som kan være relevant for å forstå pasientens aktuelle fungering.

Validitet av nevropsykologiske utredninger

En rekke forhold som ikke er relatert til hensikten med utredningen, kan påvirke prestasjon på nevropsykologiske tester. Som del av innledende klinisk samtale er det vanlig at psykologen innhenter informasjon som har betydning for tolkning av testresultaters validitet. Dette omfatter informasjon om forhold som dagsform, søvnmangel, pågående medikasjon med potensiell effekt på kognitiv funksjon, endringer i slik medikasjon, aktuell somatisk sykdom og psykiske symptomer, siste dagers rusbruk eller endringer i dette, og akutte psykososiale belastninger. Bruker pasienten briller eller høreapparat, må disse anvendes. Det bør registreres om det er forhold som gjør at aktuell problematikk som skal utredes, er utypisk nettopp på undersøkelsestidspunktet.

Situasjoner kan oppstå der en pasient av ulike grunner føler seg ubekvem i testsituasjonen. Dersom en pasient blir svært følelsesmessig aktivert, kan resultatenes pålitelighet svekkes. Det samme gjelder i tilfeller der pasienten mister motivasjonen og fremviser en likegyldig eller tilfeldig svarstil. Det må da vurderes fortløpende om undersøkelsen bør avbrytes. Dersom hjelpepersonell benyttes, skal psykologen involveres når slike situasjoner oppstår.

Ved oppstart av utredningen bør man redegjøre for viktigheten av at pasienten yter sitt beste for at det skal kunne trekkes pålitelige slutninger, og det skal legges til rette for en optimal testsituasjon. I rapporten skal man uttale seg om hvorvidt resultatene vurderes som pålitelige og valide. Ved mistanke om invalide resultater på enkelttester må det tas stilling til om øvrige resultater likevel er valide og kan tolkes. Selv i testopptak med enkelte klart invalide resultater, vil enkeltfunn kunne vise områder med god eller normal fungering.

Symptomvaliditet

I noen tilfeller vil det i løpet av en nevropsykologisk utredning forekomme prestasjoner som kan gi mistanke om aggravering (overdrivelse) av plager. Aggravering handler ikke nødvendigvis om hvorvidt en person er ærlig eller ikke, ettersom både bevisste og mindre bevisste forhold kan påvirke grad av innsats. Troverdighet av resultater kan videre variere innenfor ulike funksjonsområder hos samme person. Tegn til aggravering kan dreie seg om misforhold mellom testresultater og funksjon/skademekanisme eller testprofiler som er motstridende, usannsynlige eller inkonsistente ut fra kunnskap om hjerne-atferdsrelasjoner. Pasientens motiver for å forsterke eller overdrive sine vansker kan være et ønske om å bli tatt på alvor, bli forstått, eller få en rettferdig behandling.

Det finnes formelle verktøy for å identifisere manglende innsats eller aggravering. Disse deles i to hovedgrupper. Den ene er hvor validitetsmål genereres ut fra ordinære kliniske tester, og som angir hvor ofte bestemte testkonfigurasjoner kan forventes å oppstå. Den andre gruppen er frittstående tester som er utviklet spesielt med tanke på å måle innsats. Disse bør om mulig administreres tidlig i utredningen. For å kunne uttale seg om aggravering bør det være basert på konkret dokumentasjon som gir grunnlag for en slik slutning. Ved velbegrunnet mistanke om invalide prestasjoner vil det i mange tilfeller være hensiktsmessig å ta dette opp med pasienten. Pasienten får da en anledning til å justere sin testatferd, og antatt invalide prøver kan gjentas hvis det er mulig, med hensyn til test-retest-effekter. Oppfatter man fortsatt resultatene som invalide, vil det ofte være uhenktsmessig å fortsette utredning. Klinisk skjønn og finfølelse må legges til grunn i slike situasjoner, som utgjør en særlig faglig og etisk utfordring. Psykolog under spesialisering bør drøfte slike situasjoner med veileder eller en erfaren kollega.

Formell testing av symptomvaliditet er særlig aktuelt i sakkyndighetsvurderinger med erstatningspotensiale, i rettspsykiatriske vurderinger, i situasjoner der økonomiske rettigheter er aktualisert, eller der det kommer fram et misforhold mellom testresultater og funksjon eller skademekanisme. Der andre parter i en tvist kan reise spørsmål om troverdighet, kan henvisning til eksplisitte vurderinger av validitet styrke eventuelle funn.

Tilbakemelding etter nevropsykologisk utredning

Pasienter som har gjennomgått en nevropsykologisk utredning, har krav på en tydelig og forståelig tilbakemelding i en egen samtale. Tilbakemeldingens format skal tilpasses pasientens alder og funksjonsnivå og skal omfatte psykologens tolkning av resultater, konklusjoner og videre anbefalinger. Tilbakemeldingen bør bære preg av dialog, der pasienten får mulighet til å stille spørsmål, få avklaringer ved behov og kommentere vurderingen som er gjort. Den som gir tilbakemelding, bør være den som har gjennomført utredningen, og ikke tredjeperson. Ved utredning av barn bør deres omsorgspersoner samt skole og/eller andre sentrale instanser rundt barnet få en tilbakemelding som øker deres forutsetning for å kunne fylle sin rolle best mulig. Pasienten bør gis mulighet til ny kontakt dersom tilbakemeldingen ikke er tilstrekkelig forstått. Ved alvorlig kognitiv svikt kan en tredjeperson med hell ledsage pasienten ved tilbakemelding. Tredjepart, som for eksempel behandlende lege, NAV, skole eller tverrfaglig team, kan ha behov for muntlig gjennomgang av utredningsfunn utover skriftlig rapport, da dette kan bidra til at pasientens behov møtes på en bedre måte i etterkant. Dette skal i tilfelle være klarert med pasienten eller hans/hennes foresatte, og det skal vurderes hvilken informasjon som er nødvendig for at den aktuelle tredjepart skal kunne fylle sin rolle ovenfor pasienten.

Den nevropsykologiske rapporten

Det skal som hovedregel alltid utformes en skriftlig rapport etter en nevropsykologisk utredning. Hovedformålet med rapporten er å angi faglige vurderinger som peker tilbake på den aktuelle problemstillingen, og som fremstilles med størst mulig grad av relevans med tanke på pasientens aktuelle situasjon. Vanlige krav til helsepersonells erklæringer skal oppfylles (Helsepersonelloven §15). En nevropsykologisk rapport bør ta utgangspunkt i følgende hovedinndelinger: 1) Henvisning og problemstilling, 2) Bakgrunnsinformasjon, med redegjørelse for informasjonskilder, 3) Observasjoner og komparentopplysninger, 4) Metodebeskrivelse, 5) Resultatfremstilling, 6) Vurdering og konklusjon, 7) Anbefalinger og forslag til tiltak. Generelt skal en nevropsykologisk rapport bære preg av transparens og etterprøvbarhet, der det klart framgår hva som utgjør grunnlaget for de konklusjoner som trekkes. Resultater bør fremstilles med et presisjonsnivå som muliggjør etterprøving av tolkning og konklusjoner. Det bør gjennomgående være klart for den som leser, hva som er deskriptiv informasjon, og hva som utgjør psykologens syntese og tolkning av funn.

Avhengig av hvem som er mottaker av rapporten, og hva som er hensikten med utredningen, vil rapportens struktur og lengde kunne variere. Særlig vil det være variasjon med tanke på hvor omfattende rapporten skal være; for eksempel vil forkortede rapporter i en del tilfeller være hensiktsmessige. Videre vil spesielle rapporter (som sakkyndige vurderinger og spesialisterklæringer) kunne ha særskilte krav til struktur og innhold.

Henvisning og problemstilling

Utgangspunktet for en nevropsykologisk utredning vil i de fleste tilfeller være en henvisning der man bes vurdere om det foreligger kognitiv dysfunksjon eller avvikende utvikling, samt en beskrivelse av aktuelt funksjonsnivå. Rapporten bør angi hvem som er henviser, hvem som mottar kopi av rapporten, og hva som er problemstillinger.

Bakgrunnsinformasjon

Relevant bakgrunnsinformasjon og anamnesticke opplysninger som er innhentet, angis i rapporten. Det bør fremgå hvor disse kommer fra, slik at det klart kan skilles mellom egenrapportering fra pasienten, komparentopplysninger og informasjon innhentet fra annet helsepersonell/journal. Relevante kvalitative observasjoner av atferd i testsituasjonen bør rapporteres. Bakgrunnsopplysninger og observasjonsdata bør gjengis i et beskrivende, ikke fortolkende, format, for å sikre at alternative fortolkninger forblir mulig.

Bakgrunnsinformasjon som kan eksponere sider ved pasienten eller hans/hennes nærmeste på en måte som ikke tjener noe formål ut fra utredningens målsetning, bør ikke tas med i rapporten. I tilfeller hvor det ikke har vært mulig å innhente alle relevante opplysninger, bør det fremgå hvilke avgrensninger og forbehold dette medfører for konklusjonene.

Metodebeskrivelse

For å sikre etterprøvbarhet og transparens i vurderingene skal det gis en oversikt over hvilke metoder som er benyttet i utredningen. Tester og øvrige kartleggingsinstrumenter skal navngis.

Resultatfremstilling

I en nevropsykologisk rapport vil resultatdelen i første rekke omfatte data fra nevropsykologiske tester. Det vil variere hvorvidt konkrete råskårer og/eller skalerte skårer angis i rapportens tekst, eventuelt som vedlegg til rapporten i eget oversiktsark. Tabeller og visuelle fremstillinger av resultater på de ulike funksjonsområder kan benyttes. Resultatdelen bør holdes i en deskriptiv form. Det er en fordel om tallgrunnlaget for den kvalitative

beskrivelsen av testresultater foreligger. I svært mange tilfeller vil det være nyttig og hensiktsmessig at råskårer og standardiserte skårer på tester som er omtalt i rapporten, dokumenteres på eget oversiktsark og legges ved rapporten. Dette vil redusere behovet for detaljrike og lite leservennlige presentasjoner i rapportens resultatseksjon, samtidig som behovet for transparens og reproduserbarhet ivaretas. Ved forespørsel må uansett råskårer og skalerte skårer på den enkelte test kunne gjøres tilgjengelig for kolleger.

I mange tilfeller vil det benyttes både kvantitative (f.eks. standardavvik fra gjennomsnitt, T- eller Z-skårer, skalerte skårer eller persentiler) og kvalitative begreper (for eksempel lavområdet, nedre-, midtre- og øvre normalområde) for å beskrive resultatets variasjon relativt til normmaterialet. Graderingen av slike kvalitative betegnelser vil kunne variere noe ut fra pasientutvalg, problematikk og alder, men bør uansett differensiere mellom prestasjoner som er 1) gjennomsnittlige sammenlignet med normpopulasjonen, 2) som avviker noe fra gjennomsnittet, men som likevel er innenfor det normale variasjonsområdet, eller 3) som er avvikende. I den nevropsykologiske rapporten skal terminologien være ensartet og konsistent, og det skal komme frem hvordan de kvalitative begreper som benyttes, relaterer seg til statistiske beskrivelser i et normalfordelt normmateriale. En kvalitativ rapportering av testresultater uten en klar referanse til kvantitative begreper er derfor utilstrekkelig. Der flere mulige normsett foreligger, bør det angis hvilket normsett som ligger til grunn for skåring.

I tillegg til slike normative tolkninger av testresultater, der prestasjon vurderes opp mot normalpopulasjonen, gjøres også ipsative vurderinger. Pasientens nevropsykologiske funksjonsprofil vurderes da opp mot kunnskap om premorbid funksjon (som utdanningsnivå, skoleprestasjoner og yrkeshistorie), og man drøfter eventuelle svake testprestasjoner relativt til antatt premorbid funksjon. Relative styrker og svakheter som kommer frem i testprofilen, bør kommenteres.

Vurdering og konklusjon

Psykologen skal presentere en helhetlig vurdering og konklusjon som reflekterer den aktuelle problemstillingen. Dette vil være den delen av rapporten som har størst betydning for andre faggrupper, og den bør derfor holdes i et allment tilgjengelig språk. Det skal presenteres en overordnet oppsummering av resultater, med en tydelig konklusjon. Det bør gjøres en vurdering av utredningens validitet. Differensialdiagnostiske betraktninger som er gjort, bør komme frem. Eventuell usikkerhet knyttet til konklusjoner skal drøftes. Ved behov gjøres en vurdering av prognose og behov for revurdering. Man bør generelt være varsom med å patologisere milde avvik fra forventede prestasjoner, og pasientens ressurser og sterke sider bør komme frem.

Anbefaling av videre tiltak og oppfølging

Den nevropsykologiske utredningen og rapporten danner ofte basis for planlegging av tiltak/behandling. Resultater inngår i en helhetlig vurdering av pasientens vansker og ressurser, en forståelse av den medisinske og psykososiale situasjonen pasienten befinner seg i, samt psykologiske forhold i fortid eller nåtid som innvirker på pasientens situasjon.

Den nevropsykologiske rapporten og tilbakemeldingssamtaler bør antyde på hvilke områder tiltak bør settes inn, hvilken type tiltak det dreier seg om, og hvilket omfang disse bør ha. Forslag til tiltak må tilpasses den enkelte pasients situasjon og legge vekt på pasientens ressurser og sterke sider, samt pasientens egen motivasjon og vurdering av sin situasjon. Ofte vil det være aktuelt med generell rådgivning til pasienter og familien om hvordan kognitive

vansker kan innvirke på forholdet til familie, skole, arbeid og venner, og med anbefalinger om hvilke ressurser som bør settes inn. Det er ofte aktuelt å antyde behov for oppfølging fra andre instanser.

Spesielt ved arbeid med barn og unge, og for øvrig der det er relevant, bør det med bakgrunn i den nevropsykologiske funksjonsprofilen skisseres forslag til tiltak som kan komme pasienten til gode når det gjelder å bli forstått i hverdagsliv, lærings situasjoner og samspill. Foreslåtte tiltak må være realistiske og gjennomførbare i livskonteksten. Oppramsing av tiltak som ikke er realiserbare, bør unngås.

I tilfeller der en nevropsykologisk utredning avdekker behov for videre utredning eller behandling i helsevesenet, påligger det psykologen å sikre at pasienten blir viderehenvist.

Oppbevaring av nevropsykologiske journaldata

Det er en trend i retning av økende åpenhet og brukermedvirkning i forhold til helsepersonells arbeid og vurderinger. Dette er positivt og bidrar til kvalitetssikring av utredningen og til at pasienten kan få et eieforhold til sin helsehjelp. Dette medfører imidlertid noen utfordringer i forhold til oppbevaring av noen typer rådata. Testprotokollen, som inneholder pasientens faktiske utførelse av tester og ofte også kopi av testmaterialet, betegnes som *rådata*. Råskårer er disse rådataene i skåret form. Materiale inneholdende råskårer og standardiserte skårer skal tas vare på. Oversikt over skårer kan ofte med fordel innarbeides som et vedlegg til rapporten. Helse og Omsorgsdepartementet har i brev til NPF av 5/3-2015 avklart at rådata er en del av pasientjournalen, men at det ikke er noe i veien for at rådata ligger lagret atskilt fra testskårer og psykolograpport. Å ta vare på rådata kan være nyttig ved senere retesting eller for å gjøre ytterligere analyser av testatferd i lys av ny informasjon. HOD anbefaler at man ved krav om innsyn i journal sender pasienten kopi av testresultater og testrapport og at man gir et tilbud om en muntlig gjennomgang av rådata med en forklaring på hvorfor man har kommet til det testresultat som ligger i pasientens hovedjournal. Begrunnelsen for ikke å lagre rådata i hovedjournal eller sende det ut rutinemessig er at prestasjonsorienterte tester kan kontamineres hvis testen er kjent eksempelvis forut for en retesting. Rådata som har en form som gjør at de kan brukes ved retesting eller være grunnlag for senere ytterligere analyser, må lagres med den sikkerhet som kreves for oppbevaring av journalopplysninger selv om de oppbevares atskilt fra hovedjournal. Forbeholdet om at rådata ikke rutinemessig sendes pasient ved krav om innsyn i journal, men at det åpnes opp for en muntlig gjennomgang ivaretar kravet om transparens (at det skal være synlig hvordan man har kommet til sine vurderinger) og replikerbarhet (at vurderingene er basert på data som også andre ville skåret likt) som er ledende prinsipper for nevropsykologers forhold til sine data.

Nevropsykologens rolle i behandling

Nevropsykologer har tradisjonelt hatt en sterk rolle innen nevrologisk habilitering og rehabilitering. Nevropsykologiske vurderinger inngår ofte i en tverrfaglig sammenheng, hvor nevropsykologen både er direkte involvert i behandlingsmessig oppfølging av pasienter og deres pårørende, samt rådgir og samarbeider med medlemmer av tverrfaglig team gjennom oppfølgingsforløpet. Nevropsykologer inngår i økende grad i behandlingssammenhenger med pasienter som har nevrologiske og nevropsykiatriske lidelser, inkludert alvorlig psykopatologi som bipolar lidelse og schizofreni, og utviklingsforstyrrelser som ADHD og autismespekterlidelser. Nevropsykologen kan her bidra til individuelt tilrettelagte tiltak og i samarbeid med andre faggrupper gi råd til sentrale personer i pasientens livskontekst.

Kognitiv rehabilitering er en interaktiv prosess mellom pasienter og helsepersonell med det siktemål å bedre eller avhjelpe konsekvensene av kognitive vansker, og der det arbeides både med emosjonelle og psykososiale faktorer og med kognitiv funksjon. Kognitiv rehabilitering kan inkludere psykoterapeutiske intervensjoner, holistiske tverrfaglige behandlingsprogrammer og spesifikke intervensjoner rettet mot kognitive funksjoner som hukommelse, oppmerksomhet, eksekutive funksjoner, kommunikasjon og sosial kognisjon. Kontinuerlig evaluering av behandlingseffekt og justering av behandlingstiltak underveis bør inngå. I de tilfeller der det er relevant, påhviler det psykologen å tilby pasienter med kognitive vansker behandling, eller klargjøre hvor slik behandling kan være tilgjengelig.

Nevropsykologisk vurdering gjennom livsløpet.

Særlige hensyn ved nevropsykologisk utredning av barn

Nevropsykologisk vurdering av barn forutsetter kjennskap til barnets utviklingsbetingelser og utviklingshistorie. Det er nødvendig med tverrfaglig samarbeid der informasjon fra flere kilder og ulike metoder integreres til en helhetlig forståelse, der de nevropsykologiske testdataene utgjør en sentral del.

Når barn henvises til nevropsykologisk utredning, vil problemstillingen som regel være mer uklar enn hos voksne. Vanskene er ofte globale heller enn fokale og handler om utviklingsforstyrrelser heller enn skader. Det er da særlig viktig med en bred utredning. En fordel med å anvende et bredt testbatteri er muligheten for å få frem en funksjonsprofil av barnets sterke og svake funksjonsområder. En bør som et minimum vurdere generelt evnenivå, visuell-motorisk funksjon, språk og oppmerksomhetsfunksjoner.

For å gjøre en pålitelig nevropsykologisk utredning av barn og unge er det nødvendig å etablere rammer som gir trygghet og motivasjon. Barn trenger å forberedes på hva som skal skje, og hva de skal gjøre. Det anbefales å gi foreldrene konkret informasjon på forhånd om hvordan de kan informere barnet. Man bør også samtale med barnet om dette når det kommer til utredning. Særlig yngre eller engstelige barn vil ha behov for at man tar seg tid til å etablere en god samarbeidsallianse.

Man kan tilby foreldrene å være til stede. Man må da gjøre klart at de er der som passive observatører, gjerne plassert slik at de ikke kan ha øyekontakt med barna. Slik tilstedeværelse kan trygge både barnet og foreldrene og styrke arbeidsalliansen med begge. Når det gjelder eldre barn, kan det forstyrre barnet å ha foreldrene til stede, slik at en alltid må vurdere hva som gir den mest optimale situasjonen. En bør legge til rette for alenesamtale med barnet. En del barn og særlig de yngste vil trenge hyppige pauser og kanskje små belønninger for å gjennomføre utredningen på en måte som får frem deres optimale funksjon.

Ved testfortolkning må man kritisk vurdere gyldigheten av normene for barnets sosiodemografiske og kulturelle tilhørighet. Det må også gjøres en vurdering av om normene er representative for barnets aldersgruppe, siden det skjer så store utviklingsmessige endringer i ferdigheter på ulike alderstrinn.

Ved fortolkning av nevropsykologiske vansker hos barn må en ta hensyn til kunnskap om hjernens utvikling, sårbarhet og plastisitet. Man bør være varsom med å vektlegge eldre resultater, da barn både kan vokse ut av funksjonsvansker og inn i nye vansker etter hvert som

hjerneområder forventes utviklet, og det blir krav til mestring av mer komplekse funksjoner. Med bakgrunn i dette vil en nevropsykologisk vurdering av barn gi et tidsbestemt tilstandsbilde der en bør være forsiktig med å predikere forløp, men ha fokus på tilrettelegging og tiltak ut fra aktuell funksjonsprofil. Utviklingsperspektivet gjør det spesielt viktig at man gir forslag til aktuelle tilpassede tiltak som best mulig kan stimulere hjernens utvikling, ut fra kunnskap om effekt av intervensjoner og ut fra en helhetlig vurdering av ressurser og livskontekst.

Barn under 12 år bør få en særlig tilpasset tilbakemelding med vekt på hva som gikk bra, og antydningvis problematisering av hva som var utfordrende. Barn over 12 år bør få mer omfattende tilbakemelding som omhandler hovedtrekkene som vil stå i rapporten. Med forbehold om funksjonsnivå bør eldre barn inviteres til aktivt å ta del i drøfting av videre tiltak. Hvis barn over 16 år ønsker det, skal de få egen tilbakemelding uten foreldre til stede. Kopi av utredningsrapporter sendes vanligvis foreldre for barn under 18 år. Barn over 16 år kan kreve at rapporter unndras foreldrene. Tilbakemeldingen skal stimulere barnets selvrefleksjon, gi kunnskap om egne styrker og vansker og understøtte barnets forståelse og samarbeid rundt aktuelle tiltak.

Forutsatt delt foreldreansvar, har begge foreldre krav på samme informasjon om utredningen (jfr. Pasientrettighetsloven §3-4).

Særlige hensyn ved utredning av eldre

Ved utredning av tilkomne kognitive vansker hos eldre bør man særlig være oppmerksom på forhøyet risiko for demensutvikling. Demens er en alvorlig tilstand som man på den ene siden ønsker å diagnostisere tidlig for å kunne sette inn hjelpetiltak og behandling, men hvor det også er viktig å unngå falske positive diagnoser. Differensialdiagnostikk mot depresjon er vesentlig. Det er også av stor betydning å identifisere behandlingsbare tilstander som konfusjon, normaltrykkshydrocephalus og stoffskiftelidelser.

Noen generelle hensyn bør tas ved nevropsykologisk utredning av eldre. Man må ta hensyn til aldersbetingede endringer av syns- og hørselsfunksjon, og at arbeidsminnefunksjon og mental prosesseringshastighet påvirkes ved normal aldring. Implikasjoner av helseproblemer som ikke er del av problemstillingen, bør være avklart og kompenseres for. Det kan eksempelvis være fysikalsk-medisinske plager, bivirkninger av medikasjon og redusert utholdenhet. Det er viktig at det før utredningen er redegjort for somatisk status. Eldre har mindre kognitiv reservekapasitet, og somatiske lidelser som kun gir trivielle plager hos yngre, kan medføre kognitive utfall hos eldre. I tillegg til at eldre bruker flere medisiner enn yngre, vil bivirkningsprofilen kunne være annerledes og oftere gi subtile eller åpenbare kognitive effekter. Anamnesticke opplysninger knyttet til somatiske forhold og medisinbruk er derfor særlig viktig i den eldre populasjonen.

I fortolkningen av testresultater må man være oppmerksom på at normene for mange standardverktøy er mangelfulle for den eldste aldersgruppen, og at normalvariasjonen øker med økende alder. Det er særlig relevant å fortolke resultater hos eldre i lys av begrunnede antagelser om premorbid funksjonsnivå. Demens utvikler seg ofte gradvis og omfatter flere kognitive funksjoner, men uten fokale utfall som utgjør sikre markører av forskjeller mellom normalitet og patologisk prosess. Ved tidlig diagnostikk må man både vurdere grad av vansker, kvalitative mål og observasjoner samt komparentopplysninger. Forløpsdiagnostikk er aktuelt der initiale undersøkelser gir mistanke om mulig svekkelse.

Ved utredning av eldre må man være seg bevisst at den nevropsykologiske utredning primært gir funksjonsmål. Diagnostikk forutsetter oftest også annen metodikk, som billeddiagnostiske undersøkelser, spinalvæskeundersøkelser samt funksjonsbeskrivelser fra omsorgspersonell og pårørende.

Nevropsykologisk utredning der standard testprosedyre ikke lar seg gjennomføre, og/eller det mangler adekvate normdata.

Pasienter som ikke uten videre kan testes på en valid måte med standardiserte nevropsykologiske tester, eller pasientgrupper der normative data er mangefulle, medfører særlige faglige og etiske utfordringer. Dette vil for eksempel kunne være individer med spesielt lavt utdanningsnivå, personer med annen kulturell, etnisk, eller språklig bakgrunn, eller individer med funksjonshemming som redusert eller tapt sansefunksjon, eller betydelig motorisk funksjonsnedsettelse. Utredning av minoritetsgrupper stiller krav til psykologens etiske bevissthet, der bevissthet om begrensninger ved egen kompetanse samt respekt for pasientens integritet og autonomi er særlig viktig. Man må ta høyde for at slike faktorer kan påvirke pasientens evne til å yte sitt beste og dermed påvirke resultatene. Man må gjøre begrunnede valg, både av metode, bruk av normer, tolkning, kommunikasjon og formidling av resultater. Ofte vil man kunne gi et generelt bilde av pasientens kognitive funksjon, men i mindre grad uttale seg om evneprofil eller om resultatene er stabile. Noen kolleger har opparbeidet seg erfaring med krysskulturell testing eller utredning av funksjonshemmede. Det vil i noen tilfeller være hensiktsmessig å konsultere disse, eventuelt henviser dit. Utredning av pasienter med særlig store kommunikasjonsvansker bør gjøres av nevropsykologer med relevant erfaring og kompetanse.

Kommunikasjon med pasienter fra minoritetsgrupper krever særskilte forberedelser. Dersom pasienten har begrensede norsksferdigheter, bør det benyttes profesjonell tolk på pasientens førstespråk. Det bør tilstrebes at tolken er fysisk til stede i testsituasjonen. Man bør så langt det lar seg gjøre, kartlegge sosiokulturelle faktorer og også legge slike forhold til grunn for tolkning av resultatene. Man bør unngå bruk av tester der man er avhengig av tolkens kunnskap for administrering og tolkning. Også ved nevropsykologisk utredning av tegnspråklige pasienter må man være klar over at forhold som bruk av tolk, endring av testkarakteristika og manglende normgrunnlag kan ha betydning for undersøkelsens reliabilitet og validitet.

Det bør i forkant av utredningen tas stilling til om resultatene fra en test vil være tolkbare kun ved normale prestasjoner. Dette kan for eksempel omhandle om norskspråklige tester benyttet med personer med annet morsmål, hvor normale prestasjoner indikerer normal eller god språkfunksjon, men hvor lave resultater ikke nødvendigvis indikerer en språkvanske.

Man bør generelt velge de beste metoder og normer som er tilgjengelig. Man bør utvise stor varsomhet ved tolkning av tester som er åpenbart kultur- og/eller språkavhengige. Dersom man skal teste kognitive forutsetninger hos pasienter med store mentale eller fysiske funksjonshemminger, er det viktig å velge metoder som er tilpasset deres funksjonsnivå og kommunikasjon. Man må ofte supplere testingen med andre metoder, som bruk av direkte observasjon og informasjon om funksjonsnivå i pasientens hverdagsmiljø. Dette er viktig for også å kunne kartlegge pasientens ressurser. Ved rapportskriving og tilbakemelding må man understreke eventuelle begrensninger ved utredningen og de forbehold som må tas med hensyn til resultatenes validitet.

Sakkyndighet

Nevropsykologer kan bli bedt om å gjøre utredninger for domstolene eller andre instanser som skal ta avgjørelser i enkeltsaker basert på fakta og juss, hvor sakkyndige utredninger inngår som en del av faktagrunnlaget i saken. Sakkyndige utredninger fra nevropsykologer benyttes både i straffesaker og i sivile saker som erstatningssaker, barneverns- og barnefordelingssaker. Psykologer som påtar seg sakkyndige oppdrag, skal ha tilstrekkelig kompetanse og erfaring med de problemstillingene man er bedt om å utrede, og bør i erklæringen gjøre rede for eget kompetansegrunnlag og tidligere erfaring på fagfeltet og som sakkyndig. Man må ha forståelse for hvilke lover som gjelder, hvordan retten fungerer, og de juridiske termer som gjelder for oppdraget. Prinsipielt er nevropsykologer også sakkyndige hver gang en utredning bestilles for at mottaker skal kunne ta avgjørelser på vegne av pasienten, for eksempel vedrørende førerkort, arbeidsevne, trygdeytelser, eller spesialundervisning.

Taushetsplikten er ikke til hinder for at den sakkyndige gir opplysninger til oppdragsgiver, dersom opplysningene er relevante og er mottatt under utførelse av oppdraget. Den som undersøkes, skal gjøres oppmerksom på oppdraget og hva det innebærer. Man har i noen tilfeller meldeplikt, for eksempel når en pasient vurderes å ikke tilfredsstille helsekravene til å inneha førerkort.

En sakkyndig skal være habil og ha en nøytral og objektiv posisjon i saken. Er man i tvil om habilitet, bør man opplyse om dette og be partene ta stilling til habilitetsspørsmålet. Hvis man arbeider på oppdrag fra en av partene i en sak, er det likevel påkrevet at man utfører oppdraget med et nøytralt faglig utgangspunkt og gjør dette klart for oppdragsgiver.

Oppdragsgiver skal utforme et mandat der det spesifiseres hvilke problemstillinger som ønskes vurdert, og eventuelt gi føringer for hva som bør undersøkes, og hvordan utredningen bør foregå. Den sakkyndige skal svare på mandatet, men kan samarbeide med oppdragsgiver, slik at mandatet blir rimelig.

I utredningsfasen setter den sakkyndige seg inn i sakens dokumenter og planlegger gjennomføring av nødvendige undersøkelser. Man er selv pliktig til å vurdere om man har et tilstrekkelig informasjonsgrunnlag til å svare på mandatet, og si fra til oppdragsgiver om man blir forhindret fra å gjøre nødvendige undersøkelser eller ikke får tilgang på relevant informasjon. I saker der det er to parter i konflikt, er det nødvendig å få opplysninger fra begge parter.

Den sakkyndige erklæringen skal gjøre rede for hva saken gjelder, hva utredningen bygger på, og svare på mandatet. Erklæringen skal være presis og objektiv og bare inneholde opplysninger som er nødvendige for formålet. Den skal skrives slik at personer uten nevropsykologisk bakgrunn kan forstå den. Den bør inneholde en beskrivelse av faktaopplysninger fra sakspapirer og egne undersøkelser, der kilder skal oppgis. I en vurderingsdel gjøres en faglig vurdering, og mandatet besvares. Vurderinger skal begrunnes, og det skal vises til hvilket faglig grunnlag man bygger på. Det skal være en tydelig sammenheng mellom premisser og konklusjon, med mulighet for etterprøving både av retten og fagfeller, og det bør opplyses om motstridende testresultater, mulig faglig uenighet, tvil og sprikende forskning. Erklæringen bør ende i en konklusjon. I straffesaker og barnevernssaker skal kopi av erklæringen sendes til henholdsvis rettsmedisinsk- og barnefaglig kommisjon, som vurderer innholdet og kommenterer eventuelle vesentlige mangler før utredningen behandles i retten.

Den sakkyndige blir vanligvis innkalt til å følge rettsforhandlingen, og kan da stille spørsmål til parter og vitner underveis i saken. Den sakkyndige skal selv avgi en forklaring der man redegjør for sine vurderinger, og kan bli stilt spørsmål fra partene i saken og dommerne. Hvis den sakkyndige endrer konklusjon under rettsforhandlingene, skal rettsmedisinsk- eller barnefaglig kommisjon informeres skriftlig om dette.

Før man påtar seg sakkyndige oppdrag, bør man nøye vurdere om man har anledning og kompetanse til å påta seg slike tidkrevende og faglig utfordrende oppdrag. Det tilrådes å gjennomføre kursprogram for ulike sakkyndige oppdrag og å søke veiledning hos mer erfaren sakkyndig når man går i gang med slikt arbeid

Vedlegg 1: Lovverk, reglement og annet som regulerer nevropsykologers faglige virksomhet

Lov om helsepersonell

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Norsk psykologforeningsn reglement og spesialiteten i klinisk psykologi:

<http://www.psykol.no/Kurs-og-utdanning/Spesialistreglementet/Spesialiteten-i-klinisk-psykologi>

Utdypende bestemmelser for spesialiteten i nevropsykologi:

<http://www.psykol.no/Kurs-og-utdanning/Spesialistreglementet/Spesialiteten-i-klinisk-psykologi/Klinisk-nevropsykologi>

Etiske prinsipper for nordiske psykologer:

<http://www.psykol.no/Fag-og-profesjon/For-fagutoevlere/Etikk/Etiske-prinsipper-for-nordiske-psykologer>

Andre lover og forskrifter med relevans:

<http://www.psykologforeningen.no/Loenn-og-arbeidsvilkaar/Jus/Lover-og-forskrifter>

Lov om rettergangsmåten i straffesaker (straffeprosessloven)

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-05-22-25/KAPITTEL_7-1

NOU 2014:10 om sakkyndighet:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/nouer/2014/NOU-2014-10.html?id=772833>

Veileder for førerkortvurderinger:

<http://www.psykologforeningen.no/Fag-og-profesjon/For-fagutoevlere/Fag/Foererkortveileder>

Vedlegg 2: Oversikt over bakgrunnsopplysninger det kan være relevant å innhente for en nevropsykologisk utredning

Aktuell situasjon og tidligere forhold av interesse:

Tidligere og aktuell kognitiv fungering

- Resultater og konklusjoner fra tidligere utredninger med relevans for henvisningen.
- Egen, eventuelt komparents, oppfatning av fungering knyttet til henvisningsspørsmålet
- Egen/komparents beskrivelse av kognitiv funksjon, herunder aktiviteter i dagliglivet (ADL), sansemotoriske funksjoner, konsentrasjon/oppmerksomhet, hukommelse, språklig fungering, matematiske ferdigheter, trettbarhet, orienteringsevne/visuelle ferdigheter, eksekutive ferdigheter, emosjonell og personlighetsmessig fungering.

Psykososial funksjon (både sårbarhets- og beskyttende faktorer kartlegges):

- Sivilstatus, barn, boligforhold, inntektskilde/arbeid
- Emosjonell tilstand, herunder generelt stemningsleie, angstnivå, eventuelle psykotiske symptomer eller vansker med emosjonelle reguleringsfunksjoner
- Tidligere psykiske lidelser, med opplysninger om behandlingstiltak,
- Mestringsstil, tilgang på instrumentell og emosjonell støtte, relasjonelle forhold, sosialt nettverk
- Aktuelle og tidligere livsbelastninger, traumer eller psykososiale påkjenninger: konflikter, belastninger, økonomiske vansker m.m.
- Bruk av rusmidler
- Aktuelle fritidsinteresser, hobbyer eller spesielle ferdigheter

Somatiske forhold:

- Fastlege, aktuelle behandlere og kontaktpersoner
- Førerkortstatus, sikkerhetsattestater/helseattester (f.eks. for piloter, offshorearbeid)
- Tidligere og pågående sykdommer (særlig tilstander med potensiell innvirkning på kognitiv funksjon), syn, hørsel, allergier
- Søvn
- Smerter
- Ernæring, kosttilskudd og fysisk aktivitet
- Medikamentinntak
- Tidligere skader, forgiftning, sykdommer, miljøbelastninger og/eller yrkesrisikoer, og kjente ettervirkninger av disse.
- Ved førerkortvurdering kartlegges tidligere trafikkatferd; ulykker, fartsovertredelser, bøter.

Utviklingsanamnese og familiære risikofaktorer:

- Sykdommer med kjent hereditet i familien
- Annen alvorlig sykdom i nær familie
- Belastninger eller komplikasjoner under svangerskap, som eventuell mors sykdom, rusinntak, svangerskapsforgiftning m.m.
- Komplikasjoner i forbindelse med fødsel

- Gjennomgått sykdom og skader i barneår som kan gi varige mén, særlig fokus på sykdom og skader som involverer sentralnervesystemet så som hjernerystelser, hjernehinnebetennelse, epilepsi)
- Utviklingsmilepæler: Språk, motorikk, sosialt, regulering, psykososial tilpasning, problematferd.
- Interesser i barneår
- Tilpasning, sosial fungering, mobbing, trivsel, hjelpebehov, sterke og svake områder, fravær, gjennom barnehage grunnskole.
- Familiesituasjon i oppvekst, søsken m.m.

Utdanning, arbeid, verneplikt, m.m.

- Gjennomført/påbegynt utdanning. Skoleresultater, fravær, hjelpebehov og trivsel. Resultat av eventuelle spesialpedagogiske utredninger, forekomst av spesifikke og/eller generelle lærevansker
- Informasjon om praksisperioder, annen kursing / skolegang.
- Høyere utdanning
- Verneplikt? Erfaringer fra dette.
- Arbeidshistorikk, tilbakemeldinger m.m. fra kollegaer og ledere, trivsel og begrunnelse for endring i arbeidsforhold
- Kriminalitet/domsforhold