

NEUROPSYKOLOGI

Norsk Nevropsykologisk Forening

April 2003

Årgang 6, nr. 1

Lederen har ordet

Norsk Nevropsykologisk Forening – veien videre?

Det nye styret er i arbeid og forbereder et nytt kurs og årsmøte som forhåpentlig vekker interesse og trekker mange deltagere slik vi har blitt vant til. Som leder av foreningen dette året ser jeg det som en oppgave å legge forholdene til rette for en diskusjon om foreningens videre virksomhet. På årsmøtet 2002 la jeg fram noen punkter til diskusjon og jeg vil gjerne invitere til at denne diskusjonen fortsetter i et bredere forum.

Forts. s. 2



Litt fra innholdet

Om bruk av nevropsykologisk kompetanse i trygdesaker

Leif Gunnar Bjerke

4-6

Bør foreldre til barn med ADHD få et tilpasset foreldreveiledningsprogram

Eva Steinbakk og Anne-Stine Høvo Meltzer

7-8

Reisebrev fra UC Berkeley

Anne Kristin Solbakk

9-10

Erfaringer fra KReSS

Sveinung Tornås og Anette Holth Skogan

11-13

Right - Left discrimination in adults and children

Sonja Ofte. Resymé av doktorgradavhandling

14-16

Forskningsnytt

Kirsten Stabell

17

Nepsy i norsk oversettelse

Helen Haanes

18



**Nevropsykologi
Organ for
Norsk Nevropsykologisk
forening**

**Redaktør:
Helen Haanes
Nevropsykologisk
poliklinikk
Røde Kors Klinikk/
Akershus Universitetssykehus
Postadresse:
Fr. Stangs gt. 11-13
0264 Oslo
Tlf: 22541155
Mob: 926 63509
Fax: 22921783**

**Redaksjonskomité:
Sverre Andresen
Knut Hestad
Jørgen Sundby**

nevropsykologi@nevropsyk.org

**Opplag:
250
Trykk: Designtrykkeriet**

Forts. fra s. 1

NNF ble startet på initiativ fra klinisk arbeidende nevropsykologer og utdanningskandidater som ønsket seg et forum for diskusjon av saker som ikke passer så godt inn i vitenskapelige kongresser og kurs. Kolleger med hovedforankring i klinisk arbeid har vært bærende krefter som ledere av foreningen og både Anne Kristine Schancke og Erik Hessen har gjort en stor innsats. Foreningens ansikt utad ble i løpet av de første årene etablert i form av årsmøtet og årsmøtekurset, der mange fikk mulighet for å høre internasjonale kapasiteter gi grundige gjennomganger av nevropsykologiske temaer. Dette er også et årlig møtested for nevropsykologer fra alle deler av landet som jeg har inntrykk av at medlemmene setter pris på.

Norsk nevropsykologi er i den heldige situasjon at mange av de fremste praktiserende klinikere også er høyt akademisk kvalifiserte og har sentrale universitetsstillinger. Da vi påtok oss ansvaret for den nordiske kongressen i 2001 var det behov for å vektlegge den vitenskapelige profilen i foreningen for å få til et program som faglig sett holdt mål. Det klarte vi på en måte vi fortsatt kan være stolte av og jeg gjentar gjerne det jeg sa ved kongressens åpning at norske nevropsykologer bidro med over 40 % av de påmeldte bidragene og dermed viste en imponerende faglig bredde og et høyt faglig nivå.

Nå står vi med en forening som økonomisk sett er i god forfatning og som har mulighet for å vokse utover sine

opprinnelige målsetninger. Det er et spørsmål både hva medlemmene ønsker at foreningen skal være og hva medlemmene selv vil engasjere seg i. Foreningen har mulighet for i større grad enn nå å støtte desentraliserte aktiviteter, for dermed å komme medlemmer fra hele landet i møte. Styret vil støtte slike initiativ, men vi må ikke overta ansvar som naturlig ligger hos andre. Bulletinen og nettsidene er nå vårt ansikt utad og det kan tenkes at begge disse kan utvides og få større omfang og bredde. Endelig kan vi engasjere oss mer i faglige utredninger, et arbeid som allerede er startet med veilederen i klinisk nevropsykologi og som har fortsatt i et nordisk samarbeid om en veileder i nevropsykiatrisk utredning av barn.

Et par hendelser de siste måneder ga meg noen påminnelser om forskjellen mellom et faglig forum (som vår forening hovedsakelig er) og en fagforening (som vi ikke er). Her ligger det avveininger og valgmuligheter i foreningens vei videre. Den ene hendelsen var et orienterende møte med Norsk Psykologforenings organisasjonsutvalg, den andre var et ledermøte med de nordiske nevropsykologiske foreningene. NNF er en interesseforening, det vil si en forening uten noen formell status eller formelt ansvar i forhold til NPFs forvaltning av spesialistordningene eller andre fagforeningsmessige spørsmål. Norsk Psykologforening vurderer å invitere interesseforeninger som oss til å innarbeides i NPFs organisasjonsstruktur. Dette vil for eksempel kunne

innebære at fagutvalget for klinisk nevropsykologi kan oppnevnes av NNF og at vi er automatisk høringsinstans i alle faglige spørsmål som angår oss. Dette vil klart endre vår forenings karakter og krever en grundig diskusjon og endring av vedtektene.

På det nordiske ledermøtet ble jeg klar over hvor forskjellige våre nordiske spesialistordninger er, samtidig som mulighetene for praktisk samarbeid åpenbart kan utvikles. Dansk nevropsykologisk forening forvalter atskilte spesialiteter i barnenevropsykologi og

voksen nevropsykologi. Her har spesialiseringen antagelig gått for langt og man vurderer nå å gå inn for en mer generell spesialitet med subspecialiteter som har mange felles trekk med den vi har. Poenget her er at den danske nevropsykologiske forening selv er sentral i å utrede og gjennomføre endringer, og dermed har en klart annen og mer ansvarlig funksjon enn et faglig forum.

Vi har fått utmerkede muligheter for å diskutere NNFs vei videre gjennom både bulletinen, våre nettsider og den tilknyttede konferansegruppen. Sverre

vil etter hvert komme med informasjon om hvordan disse knyttes bedre sammen, men nå er det slik at vi har en epostkonferanse (*NNF-bulletin@yahooogroups.com*) der man kan tilmelde seg ved å sende mail til Sverre (*webmaster@nevropsyk.org*) og der debatt og informasjon når andre medlemmer av gruppen. Bruk disse mulighetene og la oss få en diskusjon som kan legge grunnlag for å tenke videre.

REDAKTØRENS SPALTE

Stoffmengden i "Nevropsykologi" har i løpet av de siste par år hatt en bratt vekstkurve. Hittil har setting av bulletinen foregått på redaktørens "hjemmesetteri", men arbeidsmengden på den tekniske siden er etter hvert blitt så stor at vi fra og med dette nummeret har overlatt layout og setting til profesjonelle. I skrivende stund har vi i redaksjonen ennå ikke sett resultatet, men en ansiktsløfting vil det garantert bli.

Da jeg overtok som redaktør i -01 hadde jeg nokså nøkterne forventnin-

ger til hva det ville være mulig å få inn av stoff fra et fagmiljø av så begrenset størrelse som vårt. Denne siden av redaksjonsarbeidet har til dags dato vært en overveldende positiv erfaring. Fortsatt er det få som bidrar med stoff uoppfordret, men velvilligheten er stor når vi tar kontakt. I redaksjonen er vi imponert både over kvalitet, faglig bredde og den store aktivitet innen faglig utviklingsarbeid som utvises i vårt lille fagmiljø, både innen klinikk og forskning. Det er slett ingen grunn til beskjedenhet!

På våre nettsider har det i løpet av siste halvår skjedd store og svært interessante endringer i det stille, noe du kan lese mer om i Nettressurs-spalten. Sidene er bl.a. blitt mer interaktive slik at medlemmene kan bidra direkte til sidene med egen informasjon. Ta deg en tur innom nettsidene på www.nevropsyk.org.

Redaksjonen ønsker alle våre medlemmer et godt sommerhalvår!

Deadline for neste nr. er 7. september

Om bruk av nevropsykologisk kompetanse i trygdesaker

LEIF GUNNAR BJERKE, SPES. KLINISK NEVROPSYKOLOGI / ARBEIDSPSYKOLOGI
TRYGDERETTSDOMMER (ATTFØRINGSKYNDIG)

Artikkelen er skrevet på basis av egne erfaringer som leverandør av slike tjenester, og dels som 'betrakter' utenfra som trygderettsdommer.

FOLKETRYGDLOVEN

Målet med henvisning til nevropsykolog er vanligvis å få vurdert en persons situasjon i forhold til rettigheter i folketrygdloven.

Dette kan dreie seg om betingelsene for attføringshjelp er tilstede (kapittel 11). Grunnlaget her er om evnen til å utføre inntektsgivende arbeid er varig nedsatt, eller om mulighetene til å velge yrke eller arbeidsplass er vesentlig innskrenket. I tillegg til å avklare om det ligger en sykdom, skade eller lyte til grunn for redusert inntektsevne, må det kartlegges om forutsetningene den enkelte har til å starte opp med en yrkesrettet attføring er tilstrekkelige, - spesielt på det evnemessige og personlighetsmessige området.

Ofte er spørsmålet til nevropsykologen å vurdere arbeidsevne i forhold til varige trygdeytelser (uføretrygd - kapittel 12). Tre bestemmelser i dette kapitlet er særlig viktige: Det er et vilkår for rett til uførepensjon at hensiktsmessig behandling og attføring er gjennomgått (§12-5). Dette må derfor nevropsykologen si noe om dersom konklusjonen går i retning av varig uførhet. Kan de problemer pasienten har bedres ved behandling? Har pasienten ressurser til å forsøke seg i et annet arbeid, evt. etter tilpasset utdanning?

Videre er det et krav at det må foreligge en varig sykdom, skade eller lyte til grunn for den tapte inntektsevnen (§ 12-6). Når det skal avgjøres om det foreligger sykdom, legges det til grunn et vitenskapelig basert, og alminnelig anerkjent sykdomsbegrep.

Sosiale eller økonomiske problemer gir ikke rett til uførepensjon.

Den tredje bestemmelsen som er mest aktuell for nevropsykologer dreier seg om å vurdere uføregraden, eller den nedsatte arbeidsevnen (§12-7). Denne må være redusert med minst halvparten for å gi rett til uførepensjon.

Flere andre bestemmelser i folketrygdloven kan også gi relevante problemstillinger for nevropsykologer. Dette kan være

- om betingelsene er til stede for fortsatte sykepengerrettigheter (er vedkommende syk? - kapittel 8),
- om rehabiliteringspenger (er behandling med sikte på bedret funksjon eller arbeidsevne i gang, eller aktuelt å igangsette? - kapittel 10),
- om yrkesskade (for eksempel som ledd i en løsemiddelutredning - kapittel 13),
- om for eksempel behovet for hjelpestønad/grunnstønad hos hjerneskadde barn (kapittel 6) eller
- om en person er 'ung ufør' (mis tet inntekstevnen før fylte 26 år - §3-21). Dette kan være aktuell ved medfødte hjerneskader, ADHD m.v.

Felles i attføring- og uførekapitlet er at vurderingene også skal ta hensyn til alder, evner, utdanning, yrkesbakgrunn, arbeidsmuligheter på hjemstedet og arbeidsmuligheter på andre steder der det er rimelig at vedkommende tar arbeid. En slik samlet vurdering er det ikke gitt at en nevropsykolog kan gi alene. Derfor må en rapport begrense seg til de forhold psykologen har kompetanse til å si noe om.

Det er nødvendig at den enkelte nevropsy-



kolog har folketrygdloven tilgjengelig og kan vurdere de relevante bestemmelsene mot de faglige fakta og vurderingene nevropsykologen kan bidra med i saken. Vurderinger som det ikke er faglig belegg for, må unngås. Synspunkter av ikke-faglig art må "flagges" som forhold der psykologen ikke har særskilt kompetanse.

KLAR PROBLEMSTILLING NØDVENDIG

Ofte henvises saken fra trygdekontoret med et generelt ønske om en nevropsykologisk undersøkelse. I så fall er det viktig for nevropsykologen å se etter hvilke bestemmelser i folketrygdloven saken 'sorterer under'. En oversendt trygdejournal kan gi svar på hva som er problemstillingene og hva som ut fra dette bør belyses om det ikke er spesielt presisert i et oversendelsesbrev (ofte brukes standardskriv). Rådgivende leges vurderinger kan være avklarende. Avgjørende er det altså at nevropsykologen merker seg trygdeetatens problemstilling. Fremkommer ingen klar problemstilling, bør denne etterlyses.

NEVROPSYKOLOGENS RAPPORT

Denne må sette fokus på de relevante bestemmelsene i folketrygdloven, slik at trygdeetatens kan få den nytten av undersøkelsen som er ønskelig. Det kan reises svært mange spørsmål om nevropsykologi i trygdemessig sammenheng,- alle kan ikke omtales her. Nevropsykologen må bygge sine konklusjoner og råd til trygdekontoret

på et samsvar mellom funn ved den psykologiske undersøkelsen og kjent kunnskap. Bygges en konklusjon på dokumentert kunnskap, bør dette fremgå. Bygges den på egne vurderinger (skjønn), bør dette også understrekes. Å skille mellom faktaopplysninger og skjønn er spesielt viktig ved uklare tilstander.

Likeledes er det nødvendig å sette seg inn i (og henviser til) både primærlege erklæringer og/eller andre opplysninger. Dette kan omfatte både faktaopplysninger om en persons bakgrunn og om sykdomsutvikling m.v. og er viktig som en motvekt til pasientens egne opplysninger. Det tar seg dårlig ut å lese en rapport som bygger på feil fakta, for eksempel om bevisstløshetsperiode, en ulykkes alvorlighetsgrad, sykdomsutvikling og lignende.

Nevropsykologen må spesielt drøfte sammenhengen mellom egne testresultater og vurderinger, og andre fakta fra trygdesaken. Sammenhengen mellom skoleprestasjoner, yrkesmessig utvikling eller sykehistorie beskrevet i legeerklæringer og nevropsykologens funn må drøftes.

Ofte må nevropsykologen basere seg på skjønn, både ved tolkning av testresultater og ikke minst når det gjelder vurdering av testresultatenes betydning for de relevante bestemmelser i folketrygdloven. Som regel må det legges en helhetsvurdering til grunn, der testresultatene bare er ett sett av flere indikatorer. Personlighetstrekk, både av organisk art, fra psykopatologi og fra normalpsykologi, kan være like vesentlige for en konklusjon som testprestasjonene. Det må altså gå klart fram av en rapport hva som kan utledes av rimelig sikre fakta, som for eksempel intellektuelt funksjonsnivå, og hva som er mer basert på skjønnsmessige og kliniske vurderinger.

Det er viktig ikke bare å vektlegge begrensninger som påvises hos en person. Den enkeltes positive muligheter må også beskrives, - sterke sider som kan utnyttes til skole eller i arbeid. Dette er avgjørende opplysninger for trygdeetat og aetat i et videre attføringsarbeid.

Nevropsykologen må tilstrebe å gi en mest mulig presis konklusjon/tilråding. Tvetydige konklusjoner, eller om det reises

flere spørsmål enn det gis svar på, er lite heldig. Unntaket er om det reises relevante spørsmål med tilråding om konkrete videre tiltak, for eksempel undersøkelse hos legespesialist, henvisning til behandling, til attføring eller lignende.

DET MEDISINSKE VILKÅRET

Som oftest har trygdekontoret etter vurdering av lege fastslått at det foreligger en sykdomstilstand, som utløser rettigheter etter folketrygdloven. Saker som sendes nevropsykolog kan imidlertid også ha en uavklart årsak til opplevd sykdom eller arbeidsuførhet. Her må nevropsykologen ut fra sin bakgrunn belyse om det foreligger sykdom, skade eller lyte.

I en del saker er det tilstrekkelig å fastslå om det foreligger en kognitiv svikt som tegn på hjerneskade, og om dette sannsynliggjør at det foreligger sykdom, skade eller lyte av varig art. Kan undersøkelsen bidra til å stille en diagnose er dette viktig (medfødt hjerneskade, ADHD, posttraumatisk hjerneskade m.v.). I disse sakene må nevropsykologen særskilt kvalitetssikre sine konklusjoner, både om tolkning av testresultater, inkludert påliteligheten, og ikke minst om de vurderinger som gjøres om årsaker til testutfall, om varighet og om konsekvensene for dagliglivet til den undersøkte.

En rapport må også kunne si noe om den psykiske tilstanden og varighet i forhold til behandlingsbehov. Dette faller naturlig inn som følge av nødvendig klinisk intervju som ledd i differentialdiagnostiske overveielser. Den nevropsykologiske undersøkelsen gir et godt grunnlag for å observere psykiske og personlighetsmessige problemstillinger gjennom mange timers samhandling. Dette gir også kvalitativ informasjon om tenkemåte, mestringsstrategi m.v. Brukes testassistert kan viktig informasjon om fungeringsmåte gå tapt som en trent psykolog ikke hadde oversett. Evt. bruk av testassistent bør derfor nevnes i en rapport.

Nevropsykologer bør ikke uttale seg om forhold som ikke er begrunnet i psykologisk kunnskap og viten. Årsaker til smerter ved "nakkeslengskader" kan ikke psykologisk viten forklare. En pasients smerteopplevelse er derfor en tvilsom begrunnelse for en arbeidsuførhet basert på en nevropsykologisk

undersøkelse. Ved andre smertetilstander kan psykologisk medvirkning årsaksmessig være mer sannsynliggjort, men også her må både behandlings- og varighetsvilkåret ikke glemmes ved vurderingen i forhold til for eksempel uføretrygd.

ATTFØRINGS- OG UFFØREVURDERINGER


Et overordnet mål for samfunnet/trygdeetaten er at folk skal klare seg selv. Selv med enkelte begrensninger i yteevnen, er målet en yrkesmessig plattform.

For attføring (kap.11) og for uførespørsmålet (kap. 12) skal det legges til grunn at planlagte eller gjennomgåtte behandlings- eller attføringsopplegg både skal være nødvendige og hensiktsmessige. Vanligvis vurderer aetat disse forhold, men nevropsykologene bør uttale seg der det er nødvendig. Ofte er det spesielt nevropsykologen som er den rette til å si noe om dette, for eksempel ved valg av utdanning (type og nivå) basert på evneprofil, utholdenhet / arbeidstid ved hodeskader, selvstendighet i jobbsammenheng ved frontale hjerneskader m.v. Nevropsykologen bør bidra med konstruktive anvisninger på hvordan pasienten skal komme i en yrkesmessig (eller utdanningsmessig) posisjon.

Det kan reises spørsmål om nevropsykologer generelt har kunnskap nok om arbeidslivets krav. Dette kan diskuteres, men de skiller seg neppe ut fra andre akademikers forutsetninger. Den enkeltes funksjonsevne i forhold til disse kravene (tapt inntektsevne) er en sentral problemstilling i mange trygdesaker. Har nevropsykologer bedre kompetanse til å si noe om dette i forhold til andre faggrupper? Dette avhenger av diagnose, men på områder som omhandler hjernefunksjon, må det legges til grunn at nevropsykologer har bedre kunnskaper.

Foreligger det tester som sier noe om arbeidsevnen direkte? Enkelte undersøkelser viser at prestasjonene på visse tester gir økt sannsynlighet for at vedkommende er i jobb ved etterundersøkelser. Utover dette må det bli mye skjønnsutøvelse. Er det faglig belegg for å si at konsentrasjonssvikt på enkelte tester er uforenlig med å fungere i en vanlig utdannings situasjon eller i en gitt type jobb? Vil en påvist svak presta-





sjon på hukommelsestester innebære at utdanning er utelukket, eller at bestemte typer av jobber blir vanskeliggjort? På dette området mangler det fortsatt mye kunnskap. Inntrykket er at enkelte nevropsykologer kan vektlegge slike testutfall mer enn det er grunnlag for, og kanskje litt for skråsikkert. Det kan være bedre å skissere målte funksjonsforstyrrelser som et mulig problem i andre livssammenhenger, og tilrå for eksempel arbeidsutprøving ved en atføringsbedrift, der de registrerte funksjonsutfall kan observeres over tid, enn å gi for "sikre" råd til oppdragsgiver.

Psykologer bør altså ikke trekke udiskutable konklusjoner om hensiktsmessighet av et atføringsopplegg eller om inntektsevne på basis av enkelte testprestasjoner annet enn der det er godt begrunnet. Dette forekommer, med bl.a. det til følge at personer blir vurdert som varig uføre på et tvilsomt, og kanskje galt grunnlag. Det er ikke fornuftig å trekke for vidtgående konklusjoner basert på enkelte testutfall i trygdemessig sammenheng.

Det nevropsykologene bør bidra med i tillegg til testresultater er beskrivelser av adferdstrekk og symptomer som kan ha en sammenheng med hjerneskade. Dette gjelder både psykiatriske lignende symptomer, psykoorganiske symptomer og kanskje spesielt adferdstrekk forenlig med en frontal hjerneskade.

Som nevnt er det en forutsetning at alle former for behandling som kan endre forutsetningene, skal ha vært forsøkt. Her bør nevropsykologene være mest mulig presise med råd.

Det kreves altså at atføring skal være forsøkt og det skal svært mye til for å "slippe" dette kravet, med mindre åpenbare grunner tilsier at det ikke er hensiktsmessig. Mener nevropsykolog at atføring ikke er hensiktsmessig, må det derfor kreves en særskilt solid begrunnelse. Selv om det konkluderes med tegn på hjerneskade, betyr ikke dette nødvendigvis at atføring

ikke kan være hensiktsmessig. Det kreves imidlertid særskilt kompetanse til å etablere et hensiktsmessig atføringsopplegg. Har ikke nevropsykologen denne kompetansen selv, bør det tilrås henvisning til relevant institusjon (ved hjerneskader for eksempel til Aetat senter for yrkesrettet atføring – nevroteamet).

VARIGHETSVILKÅRET STÅR SENTRALT

De aktuelle ytelser etter folketrygdloven bygger på kravet om varighet av en sykdom, skade eller lyte. Tilstander som kan bedres over tid, enten av seg selv eller etter behandling, gir ikke rett til for eksempel uførepensjon. Dette innebærer at nevropsykologen bør ha et våkent blikk på varigheten av en tilstand. En tilstand regnes som varig om den sannsynligvis vil bestå i om lag 7 år.

Kan nevropsykologen gå god for at et testresultat fremkommet under testing på et gitt tidspunkt også vil stå seg ved retesting? De fleste nevropsykologer har nok registrert at andre resultater kan fremkomme ved retesting. Dette gjør at tvilstilfeller må diskuteres særskilt grundig i en rapport. Testenes pålitelighet og faren for simulering bør diskuteres. Særlig det siste kan være en fallgrube ved tester knyttet til trygderettigheter,- det kan ligge en stor økonomisk gevinst ved å gjøre det dårlig hos nevropsykologen.

Det er også påkrevd å vurdere testresultatene opp mot antatt årsak. Foreligger det opplysninger om et sikkert hodetraume i sykehistorien, er sammenhengen med testutfall større - og dermed av sikrere varig karakter enn ved en tvilsom årsakssammenheng (flere mulige samvirkende faktorer). Spesielt viktig er det å diskutere faktorer som kan tale for at et testfunn skyldes midlertidige forhold, som for eksempel psykiske eller sosiale forhold som evt. kan påvirkes ved behandling. Ved slik tvil er varighetskravet usikkert, og dermed også de trygdemessige rettighetene. En psykolograpport i en uføresak som trek-

ker konklusjoner om varighet på et usikkert grunnlag bør ikke bli lagt til grunn for tilståelse av varige trygdeytelser. Her må den enkelte nevropsykolog være sitt faglige og trygderettslige ansvar bevisst.

PSYKOLOG SOM SAKKYNDIG

En nevropsykolog bør ikke fremstå som pasientens "advokat" i en trygdesammenheng. Det ligger i dette at psykologen skal opptre objektivt og begrunne sitt syn på psykologfaglig grunnlag. Rollen som uavhengig sakkyndig er viktig å ivareta. Tidvis ses psykologerklæringer der pasientens oppfattelse av sin egen situasjon gis tilslutning uten at det foreligger sannsynlighetsovervekt for at dette er rett konklusjon faglig sett. Det er heller ikke sikkert at dette er den beste løsning for pasientens fremtid, kanskje unntatt økonomisk.

NEVROPSYKOLOG ELLER ARBEIDSPSYKOLOG?

En bred nevropsykologisk undersøkelse gir i tillegg til en intellektuell funksjonsbeskrivelse et godt grunnlag for å si noe om personlighetsmessige og/eller psykiske faktorer som har betydning for evnen til å kunne klare en skole- eller arbeidssituasjon.

Det er et inntrykk av at arbeidspsykologien i de senere årene i altfor liten grad tester pasienter, og bygger sine konklusjoner på saksdokumenter og opplysninger fra pasienter ut fra en kort samtale. Dette bidrar for lite til å klargjøre sentrale problemstillinger i en komplisert trygdesak. Nevropsykologien synes å ha overtatt behovet for tester av funksjonsnivå. Trygderetten har i flere kjennelser tilrådd nevropsykologisk undersøkelse fremfor å henvise til Aetat arbeidsrådgivning (arbeidspsykolog). Dette gjelder ikke bare ved hjerneskader, men også der generell ressurskartlegging anses viktig for å få belyst en sak i forhold til vilkårene i folketrygdloven. Det ligger store utfordringer både for arbeids- og nevropsykologien fremover til å levere et "produkt" som best mulig tilfredsstiller trygde- og aetats behov.

Bør foreldre til barn med ADHD få et tilpasset foreldreveiledningsprogram ?

Eva Steinbakk og Anne-Stine Høvo Meltzer



Det siste tiåret har vi sett en økt oppmerksomhet og bekymring i forhold til barn med diagnosen Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). Barn med atferds- og/eller oppmerksomhetsvansker utgjorde i 2001 hele 36 % av henvisningene til Folloklinikken barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikk (BUP). Forskning viser at komorbiditet mellom ADHD og atferdsforstyrrelser er høy, og der man finner flere tilstandsbilder parallelt, øker barnets risiko for å utvikle alvorlig psykopatologi inn i voksen alder (Cantwell, 1996). Den store MTA-studien av behandlingstilbudet til denne klientgruppen har konkludert med at i tillegg til medisiner bør ADHD-barna, deres foreldre og lærere få et tilpasset barnas individuelle problembilde og behov (MTA cooperative Group, 1999; Jensen m.fl. 2001).

Vi ble opptatt av at veiledning ikke bare burde være tilpasset barnas behov – den skulle også tilpasses foreldrenes behov. På vår egen arbeidsplass, Folloklinikken BUP, har vi de siste fem år hatt en økende interesse for å utvikle gode rutiner for utredning og behandling av barn med ADHD. Arbeidet tok utgangspunkt i en blanding av frustrasjon over at vi arbeidet usystematisk med denne gruppen barn og en voksende kunnskap om problematikken gjennom blant annet internasjonale studier

som tydelig konkluderte med implikasjoner for klinisk praksis (Cantwell 1996; MTA, 1999).

Vi mente det var flere grunner til at foreldrene til barn med ADHD hadde behov for en spesifikk form for veiledning: Deres oppdrageroppgaver var vanskeligere enn gjennomsnittet. De beskrev hjemmesituasjoner preget av kjefting og problemer med rutiner og sinneutbrudd både hos seg selv og barnet. I tråd med lidelsens arvelighet, slet mange av foreldrene med impulsivitet, dårlig struktur og hissig temperament. Dette medførte problemer med å være konsekvente, strukturerte, forutsigbare og tydelige oppdragere. Foreldrene hadde også det felles at de savnet et nettverk. Ofte var de gradvis blitt sosialt isolerte på grunn av barnas atferd.

Klientgruppen var så stor og ressurskrevende at det på klinikknivå var viktig å dokumentere hvilke ressurser den krevde, samt prioritere hva vi skulle gjøre og hva andre skulle gjøre. Det ble viktig for oss å finne et tilbud som var faglig godt nok og som ikke krevde for mye ressurser. Samtidig ville vi at disse familiene skulle raskt tilbake til førstelinjen etter veiledning hos oss slik at de unngikk å bli ”evighets-saker”.

En intern kartlegging viste at de forskjellige terapeuter/yrkesgrupper på BUP behandlet disse familiene ulikt, ofte med bakgrunn i hvilke metodiske tilnærminger

de hadde mest kunnskap om og erfaring med. Mange rapporterte at de ble sittende med veiledningsoppgaver som strakk seg over svært lang tid hvor de følte liten framgang. Arbeidet var preget av at foreldrene hovedsakelig tok kontakt hver gang det skjedde noe akutt i saken (brannsløking), slik at arbeidet ble uforutsigbart og ujevnt. Noen rapporterte at foreldrene til barna med ADHD syntes å ha de samme problemene som barna selv: De kom for sent, glemte avtaler, holdt ikke strukturen i arbeidet og syntes å ha problemer med å overføre det de arbeidet med i timene til dagliglivet. Vi som jobbet mest med denne problematikken begynte etter hvert å snakke om at foreldrene burde få møte hverandre. De hadde mye til felles, og det ville trolig være mer effektivt å veilede dem i gruppe siden de hadde så like problemstillinger. Vi syntes ikke ovennevnte praksis i avdelingen var god nok, og startet letingen etter en veiledningsform som hadde dokumentert effekt i forholdt til akkurat denne problematikken.

Høsten 2001 startet vi foreldreveiledning i grupper etter Russel Barkleys manual (Barkley 1997). Veiledningen skulle gi økt kunnskap og ferdigheter tilpasset foreldrenes vanskelige oppdrageroppgave. Det var også ønskelig å skape et klima der gruppe-medlemmene kunne gi og motta støtte fra hverandre. 3 grupper med til sammen 24



foreldre møttes ukentlig 2 timer hver gang, til sammen 9 ganger. Sentrale temaer som ble gjennomgått var hvordan atferd dannes og opprettholdes, kunnskap om samspill og interaksjonsmønstre, styrking av barns selvfølelse, metoder for å gi gode beskjeder til barn med ADHD, belønningssystemer for å styrke ønsket atferd, time-out meto- dikk for å stanse uønsket atferd, hvordan lede barnet på en klar måte i det offentlige rom og i forhold til skole. Ved å gi foreldrene denne "kurspakken" mente vi også at vi kvalitetssikret den veiledning som ble gitt på vår BUP slik at alle foreldre fikk et faglig godt nok tilbud. Vi brukte egne spørreskjemaer samt skjemaer/lister definert i manualen ved start og slutt for å evaluere denne måten å veilede på.

Resultatene var overveldende positive. I hjemmene hadde man fått en klar reduksjon av antall konfliktsituasjoner og hissig- heten i konfliktene var også redusert. Det å få til rutinesituasjoner var blitt meget lettere. Foreldrene var i forkant og håndterte effektivt situasjoner som tidligere førte til store krangler med barnet. Når de nå hadde konflikter var det en endring i beskrivelsen av disse, hvor deres egne reaksjoner i hovedsak ble drøftet framfor barnets "umulighet". Foreldrene la i stor grad bort beskrivelsene av å være dårlige oppdragere og iførte seg i stedet rollen som en ansvarlig forelder med en vanskelig opp- drageroppgave.

Skjemaet for konflikter og grad av hissig- het viste en signifikant reduksjon i løpet av kurset. Fra å ha gjennomsnittlig 95 konflikter med barna sine i løpet av en 14 dagersperiode, ble konfliktene halvert i de fleste hjemmene. Det var stor spredning innad i gruppen. Hissigheten i konfliktene gikk også ned, noe vi oppfattet i gruppe- samtalene. Foreldre som tidligere hadde fortalt at eget raseri kunne få dem til å være svært urimelige i sin straff, slå eller brøle til barna, var glade for at de nye strategiene som ble innøvd ga dem mer kontroll over eget temperament samtidig som barnet ble stoppet effektivt.

Barnas symptomer på ADHD og atferds- problemer viste også en signifikant nedgang

i løpet av kurset. Alle barna fikk imidlertid også medisinsk utprøving/behandling, så det var ikke mulig å skille veiledningseffekt fra medisineffekt. Med tanke på at kombi- nert behandling er anerkjent som det beste tilbudet til disse familiene var dette heller ikke viktig for oss.

Foreldrenes opplevelse av å få veiledning i gruppe med andre ble evaluert som svært positiv. 90,9 % rapporterte at de lærte ting på kurset som de ikke kunne før de star- tet. 100 % mente formen, hvor det var et fast program for hver gang, var en fordel. Foreldrene ga klare tilbakemeldinger om at veiledningsformen var spesielt godt tilpasset foreldre til barn med ADHD. De oppga at formens klare struktur ga dem hjelp til å holde fokus og hindret at samtalen "gled ut".

Vår vurdering er at de foreldrene som har gjennomført foreldrekurs etter Barkleys manual på en systematisk måte lærer en rekke nyttige "verktøy" eller teknikker for hvordan de på en god måte kan møte barnets atferd. Det som imidlertid er desto viktigere er at de også lærer hvordan barns atferd læres og opprettholdes. Denne kunnskapen kan generaliseres til framtidige situasjoner når kurset er ferdig.

I tillegg til ny kunnskap får foreldrene mu- lighet til å bli kjent med andre i samme situasjon som dem selv over en lengre periode. I evalueringsskjemaene fortalte foreldrene at det var godt å få støtte av noen som forsto hvor vanskelig det kunne være å oppdra et barn med ADHD. Ingen mente at det å være i gruppe hadde hindret dem i å ta opp vanskelige temaer og stort sett alle var fornøyd med sin egen innsats i gruppen. Den humor og selvironi som oppstod i gruppene ga lav terskel for å dele både mot- og medgang med hveran- dre. Alle gruppene vi ledet valgte å holde kontakt med hverandre etter kursenes avslutning og alle foreldrene mente grup- peveiledning var et tilbud andre foreldre til ADHD barn burde få.

Vårt eget inntrykk var overensstemmende med foreldrenes. Vi syntes gruppenes for-

eldrekompetanse økte dramatisk gjennom kursene. I starten av kurset var foreldrene opptatt av hvilke problemer barna hadde og hvor vanskelig det var. På slutten av kurset var foreldrene opptatt av hvordan de som foreldre skulle opptre for å legge til rette for barnet og for å gi barnet tydelige konsekvenser. Fokus i gruppene skiftet fra å være preget av problemorientering rundt barna til en konstruktiv deling av hvordan foreldrenes egne intervensjoner ga barnet muligheter til å fungere bedre. Det å lede gruppene var kjempegøy! Vi så tydelig at arbeidet brakte gode resultater og gledet oss med foreldrene over deres framgang. For BUP fikk vi en veiledningsform som effektivt ga foreldre til barn med ADHD den hjelpen de selv vurderte de hadde behov for.

REFERANSER

Barkley, R. (1997). *Defiant Children: A Clinician's Manual for Assessment and Parent Training*. New York

Cantwell, Dennis P. (1996). Attention Deficit Disorder: A Review of the Past 10 Years. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, (8), 978-987.

Jensen, P.S., Hinshaw S.P., Kraemer H.C. et al. (2001). ADHD Comorbidity Findings From the MTA Study: Comparing Comorbid Subgroups. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 147-158.

MTA Cooperative Group (1999). A 14-Month Randoimized Clinical Trial of Treatment Strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1073-1086.

Adresse. Eva Steinbakk og Anne-Stine Hovo Meltzer,
Folloklinikken, postboks 62, 1401 Ski,
Tlf: 64852000,
E-mail: bup@folloklinikken.no



ANNE-KRISTIN SOLBAKK

Siden august 2002 har jeg vært gjesteforsker ved Leiman Neurophysiology Laboratory ved University of California, Berkeley (UC Berkeley). Laboratoriet er underlagt Department of Psychology og ledes av Robert T. Knight. I laboratoriet arbeider personer med ulik faglig bakgrunn med til dels svært forskjellige problemstillinger. Fellesnevneren er at alle bruker psykologiske og/eller fysiologiske metoder for å studere hjernefunksjon.

Det er særlig studiet av funksjoner som reguleres av prefrontal korteks som har vært fokus for Knight's forskning. Han regnes for å være en autoritet innen dette området og har sammen med Donald T. Stuss nylig utgitt boken "Principles of Frontal Lobe Function". Knight er mest kjent for sine elektrofysiologiske studier av oppmerksomhetsfunksjon hos pasienter med frontale hjernesker og har særlig bidratt til å belyse den rolle dorsolaterale frontale områder spiller for oppmerksomhet. Pågående forskningsprosjekter i la-

boratoriet omhandler studier av prefrontal korteks' rolle i moduleringen av oppmerksomhet, arbeidsminne og andre eksekutive funksjoner. Effekter av normal aldring på hjernefunksjoner mediert av prefrontal korteks er et viktig satsningsområde. I den senere tid har forskningen også vært rettet mot den rolle orbitofrontal korteks spiller for nevralt kontroll av emosjoner. Forsøkspersonene er friske mennesker i ulike aldersgrupper og nevrologiske pasienter med MRI-definert skade i ulike områder av prefrontal korteks. Det benyttes flere metodiske innfallsvinkler, bl.a. nevropsykologiske tester, elektrofysiologiske teknikker (overflate- og intrakraniell EEG, samt ERP) og fMRI. Et av mine mål for oppholdet har vært å lære om fMRI.

I 2000 gikk UC Berkeley til innkjøp av en MRI skanner som utelukkende brukes i forskningssammenheng. Skanneren har en magnetisk feltstyrke på 4 Tesla (nesten 3 ganger styrken til en standard sykehus-skanner) og gir en spatial oppløsning på millimeternivå. I en standard MRI skanner blir magnetfeltet brukt til å skape detaljerte 3-dimensjonale bilder av hjernen. Funksjonell MRI går et skritt videre ved at en også kan registrere hjernens blodgjennomstrømning mens personen utfører en oppgave. Når nevroner aktiveres trenger de tilførsel av oksygenrikt blod og MRI skanneren registrerer forskjellen mellom oksygenert og deoksy-

genert hemoglobin da disse har ulike magnetiske egenskaper.

Selv om mye av fMRI forskningen dreier seg om å finne ut hvor (lokaliseringsstilnærming) aktivitet finner sted, dreier forskningen nå mer i retning av å studere hvordan hjernen fungerer. Det handler om å designe de rette eksperimentene og her spiller psykologene en viktig rolle. Mark D'Esposito som er leder av Functional Neuroimaging laboratoriet ved UC Berkeley har uttalt at "brain imaging got really clever when psychologists started to bring in their sophisticated methods". Forskerne er ikke lenger bare opptatt av å skanne hjernen, men utvikler eksperimenter som gjør det mulig å sammenligne ulike psykologiske modeller for hjernefunksjon. Videreutvikling av kognitiv teori, samt integrering av ulike metodiske innfallsvinkler, er nødvendig for videre fremskritt i studiet av kognitive funksjon.

Ved UC Berkeley foregår for tiden utprøving av samtidig registrering av ERP og fMRI. Ved å kombinere elektrofysiologi og fMRI håper man å kunne utnytte begge metodenes fremste fortrinn. Mens ERP muliggjør en segmentering av ulike kognitive prosesser med millisekunders tidsoppløsning, gir fMRI informasjon om hvilke nevralt nettverk som er involvert i de ulike kognitive prosessene. Det er imidlertid vanskelig å måle små elektriske signaler



i et kraftig magnetfelt og det arbeides med å finne løsninger som muliggjør samtidig registrering. Det første eksperimentet skal gjennomføres i løpet av våren 2003.

Etter en innføring i sikkerhetsmessige, metodiske og praktiske aspekter ved bruk av MRI er jeg nå i gang med et fMRI eksperiment. Studien har til formål å undersøke effekten av normal aldring på grunnleggende oppmerksomhetsfunksjoner som orientering og habituering. Unge og eldre friske forsøkspersoner utfører en visuell deteksjonsoppgave hvor nye, uventede stimuli presenteres tilfeldig i en serie av sjeldent forekommende målstimuli som personen skal avgi respons til og hyppig forekommende standard stimuli som skal ignoreres ("oddball" design). Vi registrerer såkalte BOLD ("blood oxygenation level dependent") signaler til de ulike stimulustyper ved hjelp av "event-related" fMRI. ERP, fMRI og lesjonsstudier indikerer at et funksjonelt nettverk som inkluderer prefrontal korteks, hippocampus og multimodal assosiasjonskorteks spiller en kritisk rolle for automatisk orientering til nye, uventede stimuli. Hos unge mennesker ses en rask habituering av aktivitet i disse områdene ved repetert eksponering for nye stimuli. ERP studier har vist redusert orienteringsrespons og

langsommere habituering hos eldre sammenlignet med unge mennesker. Funksjonell MRI vil kunne bidra til å klargjøre det nevralt grunnlaget for slike aldersbetingede endringer.

For den som ønsker mer informasjon om fMRI og bruken av denne teknikken i Norge vil jeg henvise til artikkelen "Lokalisering av hjerneaktivitet ved funksjonell MRI" av Thomsen, Erslund og Hugdahl som utkom i forrige nummer av "Nevropsykologi". På grunn av den økte interessen for fMRI, og etter hvert forhåpentligvis tilgjengeligheten, er det håp om at også flere nevropsykologer i Norge vil kunne benytte denne teknikken. Jeg vil gjerne nevne at vår kollega Maria Stylianou Korsnes har arbeidet med fMRI i snart 2 år ved Stanford University. Hun arbeider med problemstillinger knyttet til visuell implisitt hukommelse. Det har vært spennende å besøke henne ved Stanford og høre om fMRI prosjektene der.

Jeg har blitt godt mottatt og opplever at folk er imøtekommende. Miljøet i vårt laboratorium gjenspeiler den uformelle atmosfæren som råder ved UC Berkeley. Kommunikasjonsmessig er det kort avstand mellom studenter og lærere, og det er slett ikke uvanlig at professorer underviser i Hawaii-skjorte, shorts og sandaler. Dette ser på ingen måte ut til å påvirke kvaliteten på undervisning og

forskning i negativ retning.

Våren er for lengst kommet til Berkeley og det vet en solhungrig nordlending å sette pris på. Berkeley har en vakker campus med mange staselige bygninger som er omringet av flotte grøntområder. Nå som kamelia- og magnoliatrærne har tatt vådrakten på er det vanskelig ikke å la seg forføre.

Downtown Berkeley er også noe for seg selv. Restene fra hippie-tiden er fremdeles sterkt nærværende og man kan ikke unngå å bli fascinert av mangfoldet av folk, klesdrakter og levemåter. Mangfoldet gjenspeiles også på det gastronomiske området. Her er et uttall av kafeer og restauranter som serverer rimelig og god mat fra alle verdenshjørner. Berkeley ligger dessuten i kort avstand (ca 25 minutter med tog) fra San Francisco som er en av mine favorittbyer.

Når man trives går som regel tiden altfor fort og jeg innser at om kun få måneder er oppholdet mitt over. Det tegner til at jeg kommer til å vende tilbake til Norge med udelt positive erfaringer. Så langt har dette vært et lærerikt og spennende år. Jeg har fått nye venner og nye faglige kontakter som er uvurderlig når man jobber i et lite forskningsmiljø i Norge.

E-mail: solbakk@uclink.berkeley.edu



ERFARINGER FRA KReSS

SVEINUNG TORNÅS (PROSJEKTLEDER/ PSYKOLOG)

ANETTE HOLTH SKOGAN (PSYKOLOG)

”Liv som reddes skal også leves”
(sitat Nils Anton Svendsen, leder
Hovedsirkelen Danmark)

Mer enn seks års prosjektarbeid nærmer seg slutten. Prosjekt Kognitiv Rehabiliteringsenhet Sunnaas sykehus HF (KReSS) vil fra 2004 være en integrert del av Sunnaas, kanskje i form av et lærings- og mestringssenter for mennesker med ervervede hjerneskader? Sentralt i prosjektperioden har arbeidet med senforløpsrehabilitering og kompetansespredning stått. Rollen som (nevro)psykolog og anvendelsen av nevropsykologisk kunnskap og metode innenfor rammen av senforløpsrehabilitering har vært både utfordrende og spennende.

BAKGRUNN

KReSS har sin bakgrunn i det arbeidet som er gjort med mennesker med ervervet hjerneskade ved Sunnaas sykehus gjennom flere årtier. I siste halvdel av 1970-årene ble det startet en prosess med fokus på kognitiv funksjonssvikt hos hjerneslagpasientene. Over tid ble differensierte behandlingstilbud utviklet, også for pasienter med primært kognitive utfall. Det ble gjort erfaringer som tilsa at det var behov for et enda mer spesialisert tilbud for denne pasientgruppen, spesielt i senforløp. I 1993 startet ”Forprosjekt Kognitiv enhet” (KE) med nevropsykolog Jan Magne Krogstad som leder. I mandatet fra Sosial- og helsedepartementet inngikk blant annet å beskrive og avklare behovet for kognitiv rehabilitering i Norge, klargjøre tentativ effekt av behandling og fremme forslag til

organisering av slike behandlingstilbud.

På bakgrunn av forprosjektet ble det søkt midler til oppstart av Kognitiv rehabiliteringsenhet Sunnaas sykehus (KReSS). Prosjektet fikk følgende mandat:

1. Utprøving av modeller for senforløpsrehabilitering
2. Kompetansespredning
3. Utprøving av ny teknologi (telemedisin)

SENFORLØPSREHABILITERING

I Norge fantes begrenset erfaring når det gjelder metoder/programmer for behandling av kognitiv svikt i senforløpet. Behovet for denne type behandlingstilbud var godt beskrevet i internasjonal litteratur, i tillegg ble det problematisert gjennom to hovedoppgaver skrevet i tilknytning til forprosjektet. I perioden 1998-2001 utviklet, gjennomførte og evaluerte KReSS 2 forskjellige modeller for senforløpsrehabilitering. Til sammen deltok 51 personer. Arbeidet er beskrevet i detalj i publikasjonen: Gruppebasert senforløpsrehabilitering, KReSS 2001. Denne er gratis og kan bestilles hos KReSS. Det følgende er et kort sammendrag.

KUNNSKAP + INNSIKT + PRAKTISK UTPRØVING = BEDRET MESTRING - PRESENTASJON AV REHABILITERINGSTILBUDENE

Målgruppe for tilbudet var mennesker med diagnostisert ervervet hjerneskade og med kognitiv funksjonssvikt som hovedproblem. Man skulle være i arbeidsfør alder

(16 - 65 år) og selvhjulpen med hensyn til adl. Det ble lagt vekt på at det skulle ha gått minimum 1,5 år etter skade/sykdom slik at deltagerne hadde en viss erfaring med det å leve med hjerneskaden og konsekvensene av den.

Da endringer i kognitiv funksjoner og/eller reguleringsfunksjoner som regel har konsekvenser for mellommenneskelige forhold, så vi grupper som en egnet arbeidsform. Gjennom gruppen kunne man også skape en arena for erfaringsutveksling, støtte og utfordringer. Vi vurderte dessuten dette som en kostnadseffektiv behandlingstilbud.

Felles for de to modellene var følgende organisering; poliklinisk intervju, utarbeidelse av 3 konkrete målsetninger, felles samlinger på Sunnaas etter 3 måneder og etter ett år samt regelmessige gruppesamlinger etter oppholdsperioden. Før oppstart, etter 3 måneder og etter ett år gjennomgikk deltagerne en omfattende kartlegging sammen med en begrenset nevropsykologisk undersøkelse. I tillegg evaluerte de behandlingstilbudet.

Hver uke i oppholdsperioden var satt sammen av ulike former for aktivitet i gruppe:

Fysisk gruppe hadde som hovedformål å bidra til å opprettholde eller utvide deltagerens repertoar med hensyn til fysisk aktivitet.

Undervisningsgruppe skulle gi deltagerne en tilpasset innføring i en rekke relevante



emner som; hjernen, vanlige utfall, reguleringsfunksjoner, seksualitet, medisiner, kommunikasjon, lover og rettigheter med mer.

Erfaringsforum

hadde til hensikt å være en arena for å ta opp opplevelser og følelser knyttet til det å leve med en ervervet hjerneskade.

Nederlag men også opplevelse av mestring ble lagt mye vekt på.

Kognitiv gruppe skulle gi kunnskap om egne ressurser og funksjonsutfall med hensyn til kognitiv funksjon. Det ble lagt vekt på praktiske

øvelser, gruppearbeid og rollespill

Aktivitetsgruppe utfordret deltagerne til å lage et felles produkt. Oppgaven skulle velges og gjennomføres uten aktiv deltagelse fra behandlerne.

Utover gruppene hadde alle deltagere jevnlig møter med egen kontaktperson. Ved behov la man til rette for individuell behandling i tillegg. De fleste mennesker med en ervervet hjerneskade har i tiden etter skaden vært i kontakt med et stort antall hjelpere, hver med ansvar for sitt område. Den skadede har da ofte selv fått rollen som informasjonsbærer og koordinator. En slik rolle stiller store krav til kognitiv funksjon, krav som mange etter skaden får problemer med å møte. Kontaktpersonen fikk en slik koordinerende rolle. Utover dette arbeidet kontaktpersonen med oppfølging av den enkelte og de målsettinger vedkommende hadde.

Pårørende fikk tilbud om dagssamling med gruppen, oppfølging av kontaktperson hvis nødvendig og samtalegruppe på kveldstid. Lokale hjelpere og fagfolk fikk tilbud om et

deltagelsesnivå.

Det ble, ved bruk av standardiserte spørreskjema, åpne spørsmål og et utvalg nevropsykologiske tester, samlet inn et

meget omfattende datamateriale knyttet til den kliniske virksomheten i prosjektet. Deler av dette er tidligere presentert i ulike sammenhenger. Noen trender gjør seg gjeldende i dette materialet: Sammenlignet med før inntak opplevde et flertall ved ett års opp-



KReSS temaet: Fra venstre: Jan Magne Krogstad, Sveinung Tornås, Øyvind Brustad, Anette Holth Skogan, Åse-Lill Sønnevik, Anne Karine Dihle og Randi Lund

dagskurs. Videre arbeidet kontaktpersonen tett opp mot lokalt hjelpeapparat.

De to modellene skilte seg fra hverandre i enkelte henseende. I modell 1 var deltagerne innlagt ved Sunnaas sykehus HF i fem uker, med "fri" hver helg. I modell 2 bodde deltagerne hjemme under den 9 uker lange oppholdsperioden, og dagpendlet frem og tilbake til sykehuset. I den grad det var mulig forsøkte man å tilrettelegge oppholdene som minst mulig sykehuspreget. I modell 1 hadde man en oppfølgingsperiode på ett år, i modell 2 hadde man ingen slik oppfølging. I praksis viste det seg vanskelig å overlate all videre oppfølging til lokalt hjelpeapparat.

KUNNSKAP + INNSIKT + PRAKTISK UTPRØVING = BEDRET MESTRING - NOEN ERFARINGER

Som ligningen antyder sto bedret mestring av hverdagen sentralt som mål for disse rehabiliteringstilbudene. Sagt med andre ord arbeidet man primært på et aktivitets- og

følgning økt tilfredshet med hverdagslivet, bedret kontakt med venner/andre og økt mestring av hverdagsaktiviteter. Man fant kun mindre, spesifikke endringer i positiv retning i kognitiv funksjon målt ved nevropsykologiske tester. Tilsvarende fant en for subjektive plager og symptomer.

Alle deltagerne ble bedt om å utarbeide egne, konkrete målsetninger for senforløpsrehabiliteringen. Blant deltagerne hadde flest målsetninger knyttet funksjonsbedringer. Eksempler på dette kan være hukommelse eller språk. I gjennomsnitt hadde deltagerne mer enn 6 års erfaring med å leve med konsekvensene etter skade/sykdom. Det ligger store behandlingsmessige utfordringer i det at så mange lang tid etter skade har forventninger om funksjonsbedring.

Andre mål var i hovedsak relatert til fritidsaktiviteter og venner, arbeid, mestre hverdagen og det å forstå mer av sykdom/

skade. To personer trakk seg fra tilbudet underveis, primært fordi det etter hvert viste seg at man hadde å gjøre med problemstillinger som i liten grad egnet seg for arbeid i grupper.

Et flertall av deltagerne som fullførte senforløpsrehabiliteringen nådde sine mål, mens en del opplevde at status var som før. Relativt sett nådde flest målene om å forstå mer av skade/sykdom (se tabell 1). Svært mange av de vi møtte opplevde at de var ”dumme”. Økt kunnskap om hjernen og vanlige følgevirkninger gav andre forklaringer på problemene de opplevde.

NEVROPSYKOLOGENS ROLLE

I et prosjekt med flere arbeidsområder enn ansatte og med arbeidsområder som i liten grad hører naturlig inn under bare en profesjon, utfordres også rollen som psykolog. Periodevis har vel mer korrekt tittel vært ”potet”. Det er vår erfaring at det til tider kan være en utfordring å ikke miste av syne det man som psykolog kan bidra med i denne formen for utviklingsarbeid. Samtidig har det gitt mulighet for å tilegne seg annen kunnskap og erfaring enn hva man ville fått ved å holde fast på mer tradisjonelt psykologarbeid.

Begge har vi bakgrunn fra nevropsykologisk arbeid innenfor mer tradisjonell primærrehabilitering av pasienter med ervervede hjerneskader på Sunnaas sykehus HF. I prosjektet har vi opplevd å kunne bruke nevropsykologisk perspektiv i en

enda videre forstand. Forholdet hjerne-atferd er like aktuelt, det har gått mange år siden skade eller sykdom og fokus er i større grad rettet mot hvordan en best mulig kan leve med en del av funksjonsutfallene. Den enkeltes sykdomshistorie, personlige ressurser, mestringsstil, omgivelsenes krav eller mangel på sådan, er blant forhold som bidrar til å øke kompleksiteten i forståelsen av forholdet hjerne-atferd i senforløp.

Nevropsykologiske utredninger har i prosjektets klinikk vært anvendt for å skaffe kunnskap om kognitiv svikt i senforløp og eventuell endring i funksjon som følge av rehabiliteringstiltak. Ved bruk av testresultater i tilbakemeldinger til deltagerne, har man også kunnet bruke disse som grunnlag for refleksjon rundt problemer i egen hverdag og mestring av disse. En del av deltagerne opplevde at nevropsykologiske testresultater brukt på dette viset kastet nytt lys over ting de har strevd med, men ikke forstått.

Utbyttet av vekselvirkningen mellom klinisk arbeid og kompetansespredning (kursvirksomhet/hefteproduksjon) har vært stort. Klinisk erfaring er en viktig forutsetning for å kunne sette teori inn i en større sammenheng. Samtidig nødvendiggjør stadige kurs og veiledning en systematisering av kliniske erfaringer. I ettertid har vi diskutert hvorvidt denne vekslingen mellom kurs og klinikk også indirekte påvirket deler av innholdet i det kliniske tilbudet.

Da den kliniske virksomheten kom i gang hadde man allerede avholdt en rekke kurs over flere år. Det er mulig at vektleggingen av kunnskap i klinikken indirekte også var et resultat av dette.

Langvarig samarbeid med deltagerne i deres lokalmiljø og på deres livsarenaer har vært lærerikt og spennende. Å arbeide utenfor ”sykehuset”, eksempelvis på en arbeidsplass hvor vi er de fremmede og ukjente, har gitt rom for mange refleksjoner rundt ”ekspertrollen”. Arbeide på brukerens livsarenaer øker også deres opplevelse av kompetanse og betydning; psykologen kan en del om kognitiv svikt, men lite om hvordan man arbeider som vaktmester, forfatter eller fiskeoppdretter... Vi har også fått lære mye om hvordan kognitiv svikt påvirker mestring av hverdagens oppgaver og fritidssysler, og hvordan både kollegaer og familier på forskjellig vis forholder seg til dette.

Avslutningsvis kjennes det derfor riktig å rette en stor takk til alle dere vi møtte, og som lot oss lære.

Link til oversikt over hefter og videoer utgitt av KReSS kan du finne på NNFs nettsider: www.nevropsyk.org

TABELL 1. DELTAGERNES MÅL OG GRAD AV MÅLOPPNÅELSE VED ETT ÅRS KONTROLL, N = 45

OMRÅDE	IKKE/ I LITEN GRAD	SOM FØR	TIL EN VISS GRAD/	TOTALT
			HELT	
Jobb	3	2	7	12
Utdanning	2	0	3	5
Funksjonsbedring	5	7	12	24
Mestre hverdagen	2	4	5	11
Forstå mer av sykdom/skade	1	3	6	10
Fungere sosialt/fritid og venner	3	5	6	14
Annet	1	1	3	5

RIGHT-LEFT DISCRIMINATION

IN ADULTS AND CHILDREN



SONJA HELGESEN OFTE

DISPUTERTE FOR DR. PSYCHOL-
GRADEN 6. SEPTEMBER 2002, VED
UNIVERSITETET I BERGEN.
NEVROPSYKOLOGI GRATULERER!

HUN BRINGER HER ET SAMMENDRAG
AV AVHANDLINGEN:

I vårt daglige liv er evnen til å skille mellom høyre og venstre viktig i mange sammenhenger, for eksempel når en skal gi og få retningsanvisninger og når en skal lese og skrive bokstaver. Individene har varierende evne til å skille mellom høyre og venstre. Spesielt vanskelig blir det når det visuelle stimulus må roteres mentalt før høyre og venstre kan avgjøres.

For å kunne studere høyre/venstre diskriminering i ulike grupper ble det utviklet en penn/papir test (Ofte & Hugdahl, 2002 a, b; Ofte, 2002 a, b). Testen bestod av strektegnede figurer. Skuldrene var markert med en sort trekant og hendene med hvite sirkler. Hodet på figurene var sort sett bakfra og hvitt forfra. Armene på figurene hadde forskjellige posisjoner i forhold til kroppen. De krysset enten ikke over midtlinjen av kroppen (16), en arm krysset over (16) eller begge armene krysset over midtlinjen (16). Denne testen ble kalt Bergen Right-Left Discrimination Test, Abstract version. Det ble også utviklet en test der figurene hadde enten et skjematisk tegnet ansikt eller hår for å markere forfra og bakfra. Hypotesen var at denne testen ville være mer tilpasset barn, men også mer tilpasset et "smeltedigel"-samfunn. Denne testen ble kalt Bergen Right-Left Discrimination Test, Concrete

version. Begge testene bestod av tre deler, en der figurene ble sett bakfra (48), en der figurene ble sett forfra (48) og en tredje del der figurene alternerte mellom bakfra og forfra perspektiv (48). Forsøkspersonenes oppgave var å sette et kryss i den høyre eller venstre hånden ifølge en instruksjon (H eller V) under figuren, og de hadde 90 sekunder pr. deltest til å løse så mange oppgaver som mulig.

Hypotesene som ble knyttet til testen var at når figurene ble sett bakfra, krevdes kun høyre/venstre diskriminering. Når figurene derimot ble sett forfra krevdes en kognitiv funksjon til for å løse oppgaven. Dette kunne for eksempel være mental rotasjon, eller en alternativ kognitiv strategi. Når så figurene ble sett i blanding ble ytterligere en belastning lagt på det kognitive systemet, nemlig det å skifte mellom to ulike strategier for å løse oppgavene. Dermed ville en kunne få frem en profil over prestasjonene på de tre deltestene. En hadde også en hypotese om at økende kompleksitet i kryssing av armene over midtlinjen ville innebære økende vanskegrad.

Resultatene i den første artikkelen (N=322) viste at evnen til å skille mellom høyre og venstre bedret seg fra barndom (7-8 år), til tidlig ungdom

(12-13 år) og opp til ung voksen alder (18-22 år), mens den ble svekket i eldre voksen alder (>50). Dette funnet går imot teorier om høyre/venstre diskriminering, samt tidligere studier, der en har funnet at evnen til å skille mellom høyre og venstre er ferdigutviklet ved 10 års alder. Testbetingelsen der figurene alternerer i perspektiv var den vanskeligste spesielt når begge armene krysset over midtlinjen. En kjønnsforskjell kom kun frem i gruppen unge voksne, der menn var flinkere til å skille mellom høyre og venstre enn kvinner.

Den andre artikkelen (N=280) sammenlignet barn og unges evne til å skille mellom høyre og venstre, målt med både den abstrakte og den konkrete testen. Resultatene viste at de deltakerne i studien som fikk den konkrete utgaven av testen løste flere oppgaver rett i forhold til de som fikk den abstrakte utgaven. Derimot var der ingen forskjell på feilskårer mellom gruppene. De eldre barna løste flere oppgaver enn de yngre, og de løste signifikant færre oppgaver på deltesten med alternerende figurer. Feilskårene deres varierte ikke over deltestene. De yngre barna løste et likt antall oppgaver korrekt på tvers av deltestene. Imidlertid viste det seg at de på deltesten der figurene ble sett bakfra, hadde dobbelt så mange rette som feil svar, mens de på deltesten med figurene forfra hadde like mange feil som rette svar. Dette funnet er i samsvar med teorier om utviklingen av

høyre/venstre diskriminasjon hos barn. Det viste seg at guttene som fikk administrert den konkrete testen presterte signifikant bedre enn både guttene og jentene som fikk den abstrakte testen, samt jentene som fikk administrert den konkrete testen. En slik kjønnsforskjell i høyre/venstre diskriminering blant barn har forskningen tidligere ikke kunnet påvise.

Resultatene fra den første av studiene i artikkel tre (N=393) viste at venstrehendte menn hadde en spesielt god evne til å skille mellom høyre og venstre i forhold til høyrehendte menn og også i forhold til kvinner, både høyre- og venstrehendte. Funnene ble diskutert i forhold til kjønn, hendthet og lateralisering.

Resultatene fra den andre av studiene i artikkel tre (N=175) viste at studenter fra ulike fag presterte forskjellig m.h.t. til å kunne skille mellom høyre og venstre. Medisinerstudentene presterte bedre enn psykologistudentene både når det gjaldt figurenes orientering (bakfra, forfra, alternerende) og armposisjoner (ingen, en eller begge armene krysset over midtlinjen av kroppen). Sammenlignet med juss-studentene presterte medisinerstudentene på lik linje når det gjaldt deltesten med figurene sett bakfra, mens de presterte bedre på deltesten med figurene sett forfra og på to av tre armposisjoner på deltesten med figurer som alternerte mellom forfra og bakfra perspektiv. Funnene

ble diskutert i forhold til grad av trening, valg av studie og bruk av strategi i løsning av oppgavene.

Både for barn og voksne er det vanskeligst å skille mellom høyre og venstre når mange forhold må taes i betraktning samtidig. Tidligere forskning har vist at evnen til å skille mellom høyre og venstre i ulik grad er svekket ved Alzheimers sykdom, hos blinde, ved Gerstmanns syndrom, intrusive hjerne-skader, lærevansker, OCD, schizofreni og Turners syndrom.

I løpet av stipendperioden ble det også startet utvikling av en verbal høyre-venstretest. Den ble for første gang presentert ved hjelp av poster på International Neuropsychological Society's årskonferanse på Hawaii i februar i år. Oppmerksomheten den fikk var meget bra. Ytterligere data vil bli søkt publisert i internasjonalt tidsskrift.

Forskningen som er utført av Ofte kan få betydning ved utviklingen av nye tester for klinisk bruk for eksempel ved førerkortvurdering og barn med ulike former for lærevansker.

Referanser:

Ofte, S. H., & Hugdahl, K. (2002 a). Right-left discrimination in male and female, young and old subjects. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24, 1, 82-92.



Ofte, S. H., & Hugdahl, K. (2002 b). Right-left discrimination in younger and older children measured with two tests containing stimuli on different abstraction levels. *Perceptual and Motor Skills*, 94, 707-719.

Ofte, S. H. (2002 a). Right-left discrimination: Effects of handedness and educational background. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43, pp. 213 - 219.

Ofte, S. H. (2002 b). Right-left

discrimination in adults and children. Doctoral dissertation. Dept. of Biological and Medical Psychology, Div. of Cognitive Neuroscience, Faculty of Psychology, University

of Bergen, Norway.

E-mail Sonja.Ofte@statped.no

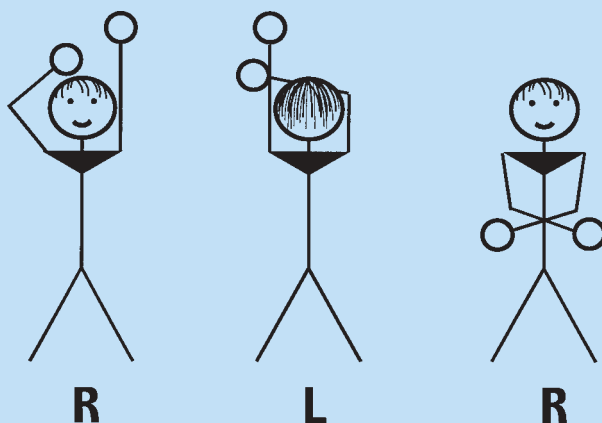
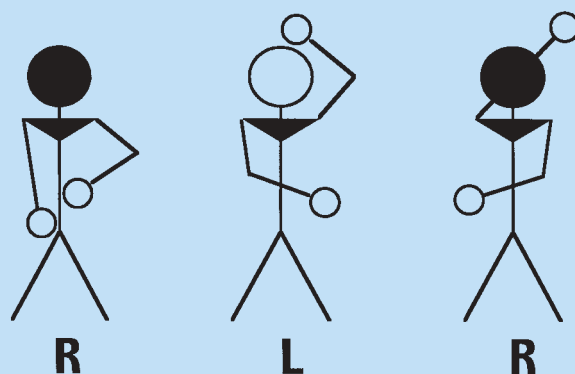




Foto: Anders Gade

KIRSTEN STABELL:

Nylig utkom *Child Neuropsychology* 2002, Vol. 8, No. 2 som temanummer om eksekutive funksjoner (EF). Dette er et vanskelig tema som trolig interesserer de fleste som arbeider innen klinisk nevropsykologi. Vicki Anderson står for en introduksjon om eksekutive funksjoner hos barn og er valgt til denne oppgaven på bakgrunn av hennes tidligere bidrag til artikler om temaet (f.eks. i *Developmental Neuropsychology* 2001, 20 (1): 385-406 og 2002, 22 (2): 501-531).

Temaheftet omfatter seks artikler. Disse omhandler: EF hos premature førskolebarn; EF assosiert med fokale frontale lesjoner hos barn (belyst ut fra Tower of London resultater); selektiv læring hos barn etter traumatisk hodeskade; EF profiler relatert til ulike ervervede og utviklingsmessige avvikstilstander hos barn (vurdert med Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF)); EF brist hos unge seksualforbrytere; samt en teoretisk interessant oversiktsartikkel av P. Anderson: Assessment and development of executive function (EF) during childhood (s. 71-82). Min anmeldelse konsentreres om sistnevnte artikkel.

Anderson presenterer begrepet eksekutiv funksjon som en paraply-betegnelse omfattende mange innbyrdes relaterte pros-

ser som til sammen er forutsetninger for målrettet, hensiktsmessig atferd. Hovedelementene i disse prosessene er: antesipasjon, målvalg, planlegging, igangsetting, selvregulering, fleksibilitet, oppmerksomhet og justering på basis av feedback.

EF antas å være nært knyttet til frontal – fortrinnsvis prefrontal – funksjon. En rekke klinisk-patologiske studier av utfall etter frontal hjerneskade har gitt opphav til denne antakelsen, og moderne funksjonell bildediagnostikk (PET og fMRI) støtter den ved å vise signifikant økning i metabolisme i prefrontal korteks under løsning av EF tester. Men, som Anderson meget riktig poengterer, beror prefrontal funksjon på et omfattende nettverk av afferente og efferente forbindelser med så vel parietale, temporale og occipitale neokortikale områder som med de limbiske strukturer og andre subkortikale områder. I overensstemmelse med dette er integriteten til prefrontal korteks en nødvendig, men ikke tilstrekkelig, betingelse for intakte EF funksjoner.

I og med at eksekutive funksjoner er mangeartede, er det åpenbart at eksekutiv dysfunksjon kan presentere seg på mange ulike måter. Dysfunksjon kan manifestere seg både ved kognitive avvik og ved avvikende emosjonell og atferdsmessig regulering. Kognitive og atferds-/personlighetsmessige avviksmanifestasjoner kan opptre dissosiert, og dette antas å bero på ulike prefrontale nettverkssystemer. Således assosieres kognitive funksjoner overveiende med dorsolaterale prefrontale områder, mens atferdsmessige svikt i EF i høyere grad relateres til orbital og ventromedial dysfunksjon.

Anderson understreker betydningen av å forstå EF i et utviklingsperspektiv. Utviklingsmodeller for EF er fortrinnsvis utledet fra faktoranalyser basert på resultater på tester som anses følsomme for prefrontal funksjon, og ulike studier har vært samstemmende i at tre til fire faktorer gir en meningsfull gruppering av egenskaper som



inngår i EF. Anderson presenterer en modell med fire distinkte (men interagerende) domener: (1) oppmerksomhetskontroll, (2) informasjonsbearbeiding, (3) kognitiv fleksibilitet og (4) målvalg. De karakteristika som han beskriver for disse domenene kan tjene som hjelp til valg av undersøkelsesmetoder og tolkning av resultatene. Han poengterer viktigheten av kvalitativ vurdering av testprestasjoner i tillegg til den kvantitative og betydningen av å supplere testing med spørreskjemaer som utdyper atferdsobservasjoner i ulike hverdagsammenhenger. Her anbefaler han spørreskjemaet The Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF). Samsvaret mellom BRIEF og resultater på veletablerte EF tester er moderat, og dette tilsier at testing og atferdsbeskrivelse supplerer hverandre og til sammen øker undersøkelsens "økologiske validitet". Anderson poengterer videre at tilsynekomsten og utviklingstakten varierer for ulike aspekter ved EF, inntil utviklingskurven for alle fire domener i den foreslåtte modellen flater ut nær 12 års alderen. Dette gir utfordringer når det gjelder å utarbeide tester som er valide på tvers av utviklingsstadier. Dessverre mangler vi longitudinelle undersøkelser av nevrologisk intakte barn, som ville være viktige for å klarlegge forventelig utviklingsforløp.

Konkrete forslag til sammensetning av EF batterier for barn på ulike alderstrinn inngår ikke i artikkelen. Men referanselisten rommer mange bidrag til inspirasjon.

HELEN HAANES

Norsk oversettelse av NEPSY er nå fullført. Kirsten Møller-Pedersen ved forskningsavdelingen ved Nic Waals Institutt har initiert og ledet oversettelsesarbeidet i samarbeid med nevropsykologiske miljøer ved SSBU, kvinne-barn klinikken, Ullevål Universitetssykehus og Barnehabiliteringsavdelingen, Universitetssykehuset i Akershus. Nevropsykologi tok et telefonintervju med henne for å få en presentasjon av testen.

Kirsten forteller at hun har sin psykologutdannelse fra Danmark, hvor Luriatradisjonen står sterkt og samarbeidet de første årene av sin psykologkarriere med Anne-Lise Christensen ved Kommunehospitalet i Århus. Da hun i -82 begynte som psykolog ved Nic Waals Institutt ble hun slått av den manglende sammenhengen mellom barnepsykiatrien og barnenevropsykologien. Hun var i ferd med å søke midler med sikte på utvikling av en barneversjon av Lurias nevropsykologiske undersøkelse sammen med Aud Fossen, da det kom henne for øre at Marit Korkmann allerede var i gang med å utvikle en slik test, NEPS beregnet på barn fra 4-8 år. NEPS og de senere oppdaterte versjonene, NEPSY, har siden utgjort Kirstens grunnverktøy ved nevropsykologiske utredninger og hun beskriver forholdet til denne formen for nevropsykologisk undersøkelse

som ”gammel kjærlighet”.

Den siste versjonen av NEPSY ble presentert i -98 i USA og i -00 kom den svenske utgaven, med svenske normer basert på et representativt utvalg barn fra mange deler av Sverige. Dette testbatteriet har en aldersspredning på 3 til 12:11 år. At NEPSY er normert i Sverige, Finland og USA innebærer at den har stor internasjonal kommunikasjonsverdi, noe som gjør den godt egnet som forskningsmessig verktøy.

NEPSY er et omfattende nevropsykologisk undersøkelsesinstrument som dekker barnets viktigste nevrokognitive funksjoner. Den er delt inn i fem funksjonsområder med en rekke deltester innen hvert område som belyser forskjellige aspekter av funksjonen. Som andre nevropsykologiske undersøkelsesmetoder bør den alltid brukes i sammenheng med en evnevurdering. Barbara Olsnes har nylig gitt en utførlig redegjørelse for den svenske versjonen i TNPF, nr 10, 2002.

Kirsten Møller-Pedersen beskriver testen som et godt klinisk instrument som muliggjør både kvalitativ og kvantitativ vurdering. Den innbefatter vurdering av bl.a. språkfunksjoner som tidligere har vært en mangel ved barnenevropsykologiske undersøkelser. Den er lekpreget og relativt kulturuavhengig.

Funksjonsundersøkelsene ligger nært opp til hverdagslivet, noe som forenkler kommunikasjon videre til foreldre, førskolelærer og lærer. Dette betyr at de viktige voksne rundt barnet får en økt mulighet til målrettet tilrettelegging for barnet m.h.p. styrking av svake nevropsykologiske funksjoner. Hos mindre barn vil dette innebære å stimulere til spesifikk lekpreget trening for å sikre best mulig aktivering av de tilsvarende hjerneområder mens disse er i en modningsprosess. Når den cerebrale modningen er et overstått stadium gjelder det derimot i høyere grad å hjelpe barnet/ungdommen til å lage gode omveisstrategier. Tørrtrening i skolen er da bortkastet i forhold til nevrokognitiv utvikling og vil kunne gi barnet en enda dårlig selvfølelse, understreker hun.

Kirsten Møller-Pedersen presiserer at bruk av NEPSY krever en del erfaring, både generell viten om hjernes funksjon, erfaring med nevropsykologisk undersøkelse av barn og erfaring med selve testen. Det planlegges innføringskurs i begynnelsen av mai med Marit Korkmann og et oppfølgingskurs vedrørende tolkning til høsten. Kursene arrangeres av Assessio Norge som også forhandler NEPSY.

I forrige nummer av Nevropsykologi orienterte jeg om et prosjekt som for tiden gjennomføres i Bergen og Sund kommune. Hovedformålet med undersøkelsen er å bidra til økt kunnskap om barns mentale helse og utvikling i Norge i dag.

Undersøkelsens første fase, der foreldre og klasseforstandere ble bedt om å besvare et spørreskjema, er nå avsluttet. Foreldre som ga sitt samtykke til å delta, ga samtidig samtykke til at barnas lærer kunne fylle ut et skjema med et nummer som identifiserte barnet. I tillegg ble lærerne bedt om å fylle ut skjema også for de andre barna, men da i anonym form. På denne måten kunne vi få en bortfallsanalyse. Første fase av undersøkelsen er nå

gjennomført, og dataene er registrert i en database. Her går det fram at over 99% av lærerskjemaene er levert inn. For i overkant av 70% av barna har vi fått samtykke om deltagelse fra foreldrene. Dette betyr at vi har svar på spørreskjemaet fra både lærere og foreldre når det gjelder omkring 7000 barn.

Vi er nå i ferd med å få en første oversikt over svarfordelingen, og i løpet av de neste ukene vil vi ha valgt ut barn som skal inkluderes i undersøkelsens andre fase. Her vil foresatte til om lag 1500 barn bli intervjuet i følge et strukturert intervju (DAWBA). Dette vil både være barn der spørreskjemaet tyder på at barnet har problemer, og barn der svarene

ikke gir en slik mistanke. Omkring 20 intervjuere er klar til å ta på seg denne oppgaven etter at de har gjennomført kurs og treningsøkter. Møtesteder på bydelens helsestasjoner og ved universitetet er klarert, og logistikken for innkalling og gjennomføring planlagt. Jeg regner derfor med at jeg i neste nummer av Nevropsykologi kan overbringe spennende resultater fra undersøkelsen.

Mer informasjon om prosjektet kan finnes på prosjektets hjemmeside: www.uib.no.

På vegne av prosjektgruppen
Astri J. Lundervold



INS - MØTE HAWAII - 03

Snapshots frå Thirty-First Annual International Neuropsychological Society Conference, Honolulu, Hawaii, 5-8 februar.



FOTO: NINA BERG OG KNUT DALEN

TEKST: KNUT DALEN



Frå ein av postersesjonane. "Finn flest nordmenn" kan jo også vere ei oppgåve her.



Det gjeld å følgje med tida. Skulderveska til Edith Kaplan har vore med på mange INS-kongressar.



Leslie J. Gonzalez Rothi held sin Presidential Address: "Use-Dependent Learning and Neural Plasticity: A Revision of the Pessimism Surrounding Neurorehabilitation."

På den europeiske INS-kongressen i Innsbruck i 1990 slo europasekretæren for INS fast at Norge var det landet i verda som hadde flest nevropsykologar pr. capita. Han bygde dette på INS sin medlemsstatistikk. Utan å ha rekna på dette, ser det ut til at vi framleis har forspranget når det gjeld talet på nevropsykologar i høve til folketalet. Av dei 1200 deltakarane på INS-kongressen på Hawaii i februar i år, var det rundt 20 frå Norge. Mange av desse hadde faglege eller administrative bidrag på kongressen.

Vi er såleis framleis svært synlege i den internasjonale nevropsykologien.

Kva er det som gjer kongressane til INS så interessante? Det er ikkje tilstrekkeleg at ein av og til legg kongressen til eit geografisk område som klimatisk er eit godt alternativ til den norske vinteren.

Kongressar på meir eller mindre eksotiske stader finst det mange av. Det faglege programmet har mykje å seie. Det finst

smalspora kongressar som går meir i djupna på eitt avgrensa område. Programmet på INS sine kongressar er svært variert. Det er såleis svært tiltalende for den som ønskjer å halde seg oppdatert innanfor breidda i nevropsykologien. Om ein arbeider klinisk, med forskning, og ikkje minst med undervisning eller rettleiing, er dette ein fin måte å oppdatere seg faglege på.



"Norske nevropsykologar av det runde bord": Hallgrim Kløve, Knut Waterloo, Arve Asbjørnsen, Stein Dyrnes og Nina Berg.



Hallgrim Kløve granskar Jarl Risberg sin poster "A New Tomographic Technique for Absolute Measurements of White and Gray Matter Blood Flow".



GRETE BRYHN

ADRESSE:

*Sjefpsykolog Grete Bryhn,
Nevropsykiatrisk avd., A-hus,
1474 Nordbyhagen
E-mail:gbry@ahus.no*

NEUROPSYKOLOGISKA UTREDNINGAR AV BARN MED NEUROPSYKIATRISKA FUNKTIONSAVVIKELSER

Høsten 2001 tok Sveriges Neuro-psykologers Förening initiativ til et nordisk samarbeid om en veileder i barnenevropsykologi. Ansvar for dette arbeidet ble gitt til Agneta Nydén, som innkalte nordiske kolleger til et første arbeidsmøte i Gøteborg i januar 2001. Veilederen er ment å skulle være en støtte i arbeidet med nevropsykologiske utredninger av barn med vansker der både hjerneorganiske og psykososiale forhold antas å spille en rolle for utformingen av symptom-bildet. Behovet for en slik veileder har man også hatt i Danmark og Norge, og Agneta Nydén tok derfor kontakt med kolleger i disse landene slik at man kunne samarbeide om en felles veileder. Dette er grunnen til at den er skrevet

på dansk, svensk og norsk. Vi har hatt to møter i Gøteborg, for øvrig har samarbeidet foregått via e-mail. Følgende nevropsykologer har deltatt: Agneta Nydén og Birgitta Böhm, Sverige, Jytte Lunding og Hanne Engelbrecht Jessen, Danmark, Geir Øgrim og Grete Bryhn, Norge. Samarbeidet har vært interessant, og vi har kommet frem til et felles produkt som, til tross for en noe ulik faglig orientering på enkelte områder i de forskjellige land, gir et grunnlag for utredninger av nevropsykiatriske funksjonsavvik vi alle kan stå inne for. Veilederen skal trykkes opp og selges av Psykologiförlaget, og vil få en pris på ca. 150.- svenske kr. Den vil bli tilgjengelig i løpet av året.



Nettsider

OPPDATERING AV NETTSIDENE.

SVERRE ANDRESEN

Vi har i lengre tid arbeidet med å utvikle nettsidene. Hittil har ikke våre medlemmer merket noe til det, men bak kulissene har det vært hektisk aktivitet. Vi har skiftet nettleverandør, og har tatt i bruk dynamisk sidegenerering og knyttet database-funksjonalitet til vårt nettsted. Ny teknologi er tatt i bruk og systemene har gjennomgått prøvekjøring for å forsikre at sikkerheten blir ivaretatt på forsvarlig vis. Målet med oppdateringen er å gjøre nettstedet mer fleksibelt og interaktivt. Medlemmene skal nå få mulighet til å bidra direkte med egen informasjon til nettsidene og sidene skal bli hurtigere å oppdatere. Vi kan nå øke informasjonstilfanget på nettsidene betydelig i forhold til tidligere.

I første omgang har vi opprettet et eget adgangsregulert område på websidene som er forbeholdt medlemmene og som vil inneholde foreningsintern informasjon. I den forbindelse vil hvert medlem bli tildelt et personlig brukernavn og passord.

På dette lukkede medlemsområdet vil man i først omgang finne foreningens medlemsliste med oversikt

over medlemmenes adresse, arbeidssted, epostadresser etc. som man kan ha bruk for for å kontakte kolleger. Medlemsregisteret vårt er nå lagt inn i en nett-tilknyttet og adgangsbeskyttet database hvor medlemmene med sitt personlige passord vil få adgang til å melde adresseendringer, nye epostadresser m.v. direkte. Etter hvert vil det også bli mulig for medlemmene å presentere seg ved f. eks. å legge ut informasjon om hvor man arbeider, om man kan tilby veiledning, om man tar i mot henvisninger for undersøkelse og behandling og spesielle interesseområder. Man vil også kunne presentere aktuelle prosjekter som man arbeider med og som det vil kunne være interessant for andre medlemmer å vite om. Vi håper at dette vil stimulere til kontakt og øket informasjonsutveksling mellom medlemmene. Medlemmene vil også få anledning til selv å legge inn internett-pekere til interessante nettsteder med egne omtaler eller legge inn meldinger om arrangementer som kurs, kongresser eller møter på en egen "kalender-side". Vi vurderer også om vi kan lage en egen diskusjonsside hvor medlemmene selv kan skrive innlegg på nettsidene og hvor man vil kunne sende kommentarer og spørsmål til disse innleggene. Kanskje kan dette utvikle seg til å bli et fruktbart diskusjonsforum for foreningen.

For øvrig vil medlemsidene bli brukt til å legge ut intern faglig informasjon som ikke egner seg for publisering på det helt åpne nettet. For eksempel kan man tenke seg å lage oversikter over tester/spørreskjema, datamateriale man har samlet inn på ulike tester etc. og som kan være av interesse å dele med kolleger. Kanskje kan dette utvikle seg til å bli en "norm-database" for norske nevropsykologer.

Mulighetene er mange og det blir opp til våre medlemmer å se hvordan vi kan utnytte den nye funksjonaliteten som nå introduseres på våre nettsider.

Vi kommer til å kontakte medlemmene med informasjon om hvordan de kan registrere seg på medlemsidene. I den forbindelse er det nyttig for oss å kunne bruke epost. Vi har i dag oversikt over epost-adresser for ca. 2/3 av medlemsmassen. Vi vil be om at de som ikke tidligere har sendt oss sine epost-adresser, gjør dette ved å kontakte webmaster@nevropsyk.org.

Vi vil informere om utviklingen på våre nettsider og på vår epost-konferanse. Følg med på <http://www.nevropsyk.org> og på vår epost-konferanse NNF-bulletin@yahoogroups.com.

En avdelingsoverlege ved et Oslo sykehus jeg samarbeider med ringte og spurte om jeg kunne veilede ergoterapeutene ved hans avdeling i å gjøre kognitive utredninger. Jeg spurte ham om han ville jeg skulle lære dem å fungere som nevropsykologer. Han bekreftet at han ønsket noe i den retning. Da jeg spurte ham om han lot sykepleierne ved hans avdeling stille diagnoser på grunnlag av for eksempel blodtryksmålinger de gjorde, tok han til en viss grad poenget. Det er åpenbart en sviktende forståelse i deler av det medisinske fagmiljøet for hvilken omfattende fagkunnskap nevropsykologer bygger sine vurderinger på. Dette har konsekvenser som gir grunn til bekymring.

Undertegnede har i nær 10 år jobbet som selvstendig praktiserende nevropsykolog med driftstilskudd fra Akershus fylkeskommune. I denne perioden har jeg hatt fast samarbeidsavtale med to sykehus og jevnlig samarbeid med ytterligere ett sykehus i fylkene Oslo og Akershus. Ved ingen av sykehusene har man hatt ansatt nevropsykolog, tross åpenbart stort behov for slike tjenester. Jeg har i denne perioden registrert en økende erkjennelse av at utredning av kognitiv funksjon ved en rekke tilstander er viktig og behovet er betydelig større enn jeg selv og andre nevropsykologer sykehusene har hatt arbeidsavtaler med har kunnet dekke. Dette

har imidlertid ikke ført til ansettelse av nevropsykolog ved noen av de aktuelle sykehusavdelingene. I mangel av tilstrekkelig tilgang på nevropsykologisk kompetanse har jeg i løpet av denne perioden registrert en økende bruk av sykehusenes ansatte ergoterapeuter til ”kognitive screeningundersøkelser”. Dette er undersøkelser basert på tester som er mangelfullt normerte, eller ikke normerte overhodet, der konklusjoner vedrørende kognitiv funksjon trekkes av fagpersonell som ikke har nevropsykologisk kompetanse. Det later ikke til at legene som rekvirerer disse undersøkelsene og siterer konklusjonene i sine journaler, er klar over på hvilket sviktende grunnlag konklusjonene er trukket. Jeg ser stadig i forbindelse med nevropsykologisk undersøkelse av pasienter som tidligere har vært ”screenet” av ergoterapeut urovekkende eksempler på grov ”feildiagnostikk”. Ofte beskrives utfall i funksjoner som ved nevropsykologisk undersøkelse viser seg å være normale samtidig som nevropsykologisk undersøkelse avdekker utfall i helt andre funksjoner, som ergoterapeut har beskrevet som normale. Dette er alvorlig.

Praksis i norsk helsevesen baserer seg på vitenskapelig utprøvde metoder. Det har både juridiske og etiske implikasjoner når en faggruppe uttaler

seg om diagnostiske problemstillinger på sviktende faglig grunnlag.

Hvorfor har så ikke de nevnte sykehusene ansatt nevropsykologer. Det kan være mange årsaker til dette, hvor økonomi trekkes frem som en vesentlig faktor fra ledelsens side. Mens leger som jobber i poliklinikk generer inntekter til sykehuset via poliklinikk takster, er det ikke tilsvarende takster for polikliniske utredninger utført av psykolog i somatisk avdeling. Dette innebærer at psykologer er dyre å ha ansatt. Jeg mener det er svært viktig at det tas initiativ fra NNF overfor Norsk Psykologforening for å forsøke å endre på dette. Det er også presserende at den medisinske profesjonen gjøres oppmerksom på at nevrokognitiv funksjonsdiagnostikk må gjøres av fagpersonell med nevropsykologisk kompetanse.

Helem Haanes

Det vil også i år arrangeres et kurs i forbindelse med årets årsmøte. I år vil kurset omhandle nevropsykologisk kartlegging og karakterisering av barn med språkvansker. Ansvarlig for programmet er i år Astri Lundervold og Marit Nygård.

Vi har vært så heldige å få James Stevensen til å holde en workshop med tittelen: "Language impairment in children: Genetic origins and associated disabilities". I tillegg har prof. Trimble, som er invitert til årsmøtet for Norsk Nevropsykiatrisk forening, sagt seg villig til å holde en forelesning om epilepsi og språkfunksjon. I og med at ikke alle forelesere til de andre temaene har bekreftet sin deltakelse, velger jeg å vente med å offentliggjøre andre navn til påmeldingsskjemaet blir sendt ut i neste nummer av Nevropsykologi.

TORS DAG 6/11

11.00 – 11.15: Innledning

11.15 – 12.00: Epilepsy and language function (prof. Trimble)

12.00 – 12.15: Pause

12.15 – 13.00: Hjernens utvikling

13.00 – 14.00: LUNSJ

14.00 – 14.45: Kartlegging og karakteristika ved språkvansker i småbarnsalderen

14.45 – 15.00: Pause

15.00 – 15.30: Kartlegging og karakteristika ved språkvansker i førskole og skolealder

15.30 – 15.45: Pause

15.45 – 16.30: Kognitiv funksjon hos barn med språkvansker

16.30 – 16.45: Pause

16.45 – 17.30: Kognitiv funksjon hos barn med språkvansker

17.30 – 18.00: Diskusjon

18.00 – 18.15: Pause

18.15 – 19.00: Selektiv mutisme hos barn

FREDAG 7/11

Language impairment in children: Genetic and associated disabilities (prof. J. Stevensen)

09.00 – 09.45: Genetics and language impairment

09.45 – 10.00: Discussion

10.00 – 10.45: Genetics and reading disability

10.45 – 11.00: Discussion

11.00 – 11.15: Break

11.15 – 12.00: The relationship between language impairment and reading disability

12.00 – 12.15: Discussion

12.15 – 13.00: A developmental perspective on the relationship between language impairment and behaviour/emotional problems

13.00 – 13.15: Discussion

13.15 – 14.15: LUNSJ

14.15 – 14.45: Barn i Bergen. En kartlegging av mental helse og utvikling

14.45 – 15.00: Pause

15.00 – 15.45: Sosiale vansker og språksvikt hos barn

15.45 – 16.00: Pause

16.00 – 16.45: Språkvansker ved ulike barnepsykiatriske diagnoser

16.45 – 17.00: Diskusjon, oppsummering og evaluering

17.00 – 17.15: Pause

17.15 – 18.00: Årsmøte i Norsk Nevropsykologisk forening

19.00: Årsmøtemiddag

Som tidligere vil det bli anledning å delta på hele kurset, som søkes godkjent som fritt spesialistkurs, eller bare på årsmøtekurset fredag. Som dere ser vil vi i år ha årsmøte fredag ettermiddag, og årets begivenhet avsluttes med en middag der vi satser på god mat og underholdning.

Endelig program og påmeldingsskjema vedlegges neste nummer av Nevropsykologi. Noter derfor tidspunkt og meld deg på så snart du mottar neste nummer.

Astri J. Lundervold

Workshopen arrangeres av Norsk Forum for Nevropsykiatri. Ansvarlig for programmet er Kenneth Hugdahl og Astri Lundervold.

Ønsker du å melde deg på, vil du finne påmeldingsskjema på Norsk nevropsykologisk forenings hjemmeside, <http://www.nevropsyk.org/> i april/mai 2003. Deltakerantallet blir begrenset, så hvis du arbeider med problemstillinger der funksjonell hjerneavbildning er av sentral interesse, følg med på hjemmesiden og meld deg på i tide.

TORS DAG, 14. AUGUST 2003 CHAIRMAN: Kenneth Hugdahl

09.00 – 09.15	Velkommen. Introduksjon funksjonell hjerneavbildning Kenneth Hugdahl, Bergen
09.15 – 10.00	BOLD fMRI og nevrokognitiv funksjon Tormod Thomsen, Bergen
10.00 – 10.30	KAFFEPAUSE
10.30 – 11.15	BOLD fMRI ved psykiatriske lidelser Anders Lund, Bergen
11.15 – 12.00	BOLD fMRI ved preoperativ utredning Olav Haraldseth, Trondheim/Atle Bjørnerud, Oslo
12.00 – 13.00	LUNSJ
13.00 – 13.45	Voxel-based MR morphometry (VBM): Anvendelse i psykiatrien Gesche Neckelmann, Bergen
13.45 – 14.30	MR-spektroskopi Ursula Sonnenwald, Trondheim
14.30 – 15.00	KAFFEPAUSE
15.00 – 15.45	PET ved nevropsykiatriske tilstander Frode Willoch, Oslo

FREDAG, 15. AUGUST 2003 CHAIRMAN: NILS ERIK GILHUS

09.30 – 10.15	SPECT ved nevropsykiatriske tilstander Frode Willoch, Oslo
10.15 – 10.45	KAFFEPAUSE
10.45 – 11.30	Perfusjon/diffusjons-MR – basale og kliniske aspekter Olav Haraldseth, Trondheim/Atle Bjørnerud, Oslo
11.30 – 13.00	LUNSJ
13.00 – 13.45	Diffusjon tensor imaging: Anvendelse i psykiatrien Arvid Lundervold, Bergen
13.45 – 14.30	Samregistrering EEG og MR
14.30 – 15.00	KAFFEPAUSE
15.00 – 15.45	ERP ved kliniske undersøkelser Ivar Reinvang, Oslo
15.45 – 16.30	Veien videre. Avsluttende paneldebatt Dag Årslund, Stavanger og foredragsholderne

Jeg vil minne om at Årsmøtet i Norsk Forum for Nevropsykiatri også i år vil arrangeres i forkant av nevropsykologenes årsmøte. Datoen er 6. og 7. november, og jeg kan røpe at det blir et spennende program. Innhold og påmeldingsskjema vil presenteres i våre tidsskrift på et noe senere tidspunkt.

Astri Lundervold

ADHD 2003

EUROPEAN CONFERENCE ON ADHD AND COMORBIDITIES IN ADULTS, CHALLENGES IN CLINICAL PRACTICE, 27. - 29. AUGUST 2003 IN OSLO

ARRANGØRER:

Nasjonal kompetanseenhet for AD/HD,
Tourettes syndrom og Narkolepsi.
ADHD foreningen
Sakkyndig team for hyperkinetisk
forstyrrelse/ADHD, Ullevål sykehus

OVENNEVNTTE KONFERANSE bør
interessere lesere av "Nevropsykologi".
Dette blir altså den første europeiske
konferanse om ADHD og komorbide

tilstander hos voksne. Konferansen vil
bli søkt godkjent som spesialistkurs
for psykologer (fritt spesialkurs og
vedlikeholdskurs). Det legges opp til
en blanding av plenumsforedrag og
parallellsesjoner på dag 2 og 3. Dag 2
setter hovedfokus på diagnostisering og
kartlegging. Dette hovedtemaet tas også
med inn i de fire parallellsesjonene som
er gitt overskriftene:

- 1) Personlighetsforstyrrelser og psykoser
- 2) Rus og kriminalitet
- 3) Affektive forstyrrelser og
- 4) Nevropsykiatriske tilstander
(Childhood developmental disorders).

På dag 3 settes fokus på behandling og
tiltak: "Different treatment strategies
in ADHD and comorbidities". Den
samme inndelingen som på dag 2
følges på parallellsesjonene. Innen

hver av de fire "søylene" tar vi sikte
på å få dekket følgende perspektiver:
"Medication – Different therapeutic
strategies – Adjustments in workplace
and education – Other strategies".

Vi har fått bindende avtaler med flere
internasjonalt kjente navn, bl.a.:

Xavier Castellanos
Christoffer Gillberg
Martha Denckla
Nora Volkow

På konferansens hjemmeside
www.adultadhd.no vil du finne mer
informasjon om program og påmelding
etter hvert. Deadline for posters &
papers er satt til 01.05.

Geir Øgrim

MEDLEMSAVGIFT TIL NNF FOR 2002.

En del medlemmer har ennå ikke
betalt fjorårets medlemsavgift. De vil
få en påminnelse sammen med giro
for kontingent 2003, som legges ved
denne utgaven av Nevropsykologi.

Det er vel ikke deg?



NEUROPSYKOLOGI

MEDLEMSBULLETIN FOR NORSK NEUROPSYKOLOGISK FORENING

Norsk Nevropsykologisk Forening
Nevropsykologisk poliklinikk, UiB

Jonas Lies vei 91
5009 Bergen

Tlf. sekretariat: 55 58 62 00
e-mail: Berit.hilt@psych.uib.no
Kontonr. for medlemskontigent: 5080.05.11345



STYRET I NORSK NEUROPSYKOLOGISK FORENING 2003

Leder: Ivar Reinvang

Adresse: Psykologisk Institutt, UiO

Tlf: 22 84 51 37

e-mail: ivar.reinvang@psykiatri.no

Nestleder: Knut Hestad

Faste medlemmer:

Sverre Andresen

Grethe Bryhn

Helen Haanes

Varamedlemmer:

Marit Nygaard

Jan Høyersten

Nils Inge Landrø

Astri Lundervold

Stein Andersson