

Samleark med svarene til Fra Funn Til Tiltak saken fra følgende personer:

1. Jørgen Sundby – Pasienter med autisme spekter lidelser
2. Annette Skogan og Catherine Christiansen – ADHD i førskolebarn (3-5 år)
3. Merete Øie – ADHD i barn/ungdom
4. Jan Stubberud – kognitiv rehabilitering av eksekutiv dysfunksjon
5. Hilde Bergersen, Anne-Kristine Schanke, Line Sophie Eide, Marianne Løvstad, Ingvil Laberg Holthe og Martin Martre. Sunnaas sykehus
6. Torill Ueland – psykose – nevrokognisjon
7. Anja Vaskinn – psykose – sosialkognisjon
8. Anita Pühr – bruk av nevropsykologisk kompetanse i NAV

Redaksjonen i Nevropsykologi har bedt Jan Egil Nordvik (leder av Regional Kompetansesenter for Rehabilitering – Sunnaas) til å formulere fem spørsmål relevant til utøvelse av arbeidet som dagens nevropsykolog. Spørsmålene blir stilt til eksperter i forskjellige fagområder.

1. Svar fra Jørgen Sundby, pasienter med autisme spekter lidelser.

1. Et hovedmål med nevropsykologiske utredninger vil for pasientene ofte være å bedre forstå hvordan livet deres vil bli framover og hvordan de selv kan påvirke det i den retningen de ønsker. Samtidig vet vi i dag at en rekke andre faktorer er viktige for hvordan man til slutt mestrer livet sitt (støtte fra nettverk, resiliens, offentlige tilretteleggingsordninger). Hvordan jobber du med resultater fra nevropsykologiske undersøkelser for å integrere utredningsresultater i pasientens øvrige behandlingstilbud?

Svar: Jeg forsøker så langt det er mulig å integrere nevropsykologisk testundersøkelse med annen informasjon. Uten å lese sakspapirer og snakke med folk, -få vite hvem pasienten er, - hvordan de lever og hva slags relasjoner de inngår i, er det vanskelig å tolke resultatene i en større sammenheng. Det er viktig å få klarhet i hva som er de mest reelle problemstillingene i pasientens liv. Dette stemmer ikke alltid overens med de formelle problemstillinger i henvisning.

2. Ideelt sett skal utredning føre til spesifikke behandlingstiltak. Hvordan opplever du nevropsykologers kompetanse om ulike behandlingstiltak?

Svar: Det er nok ennå mangelfullt, og det er ofte et stykke vei fra testresultater til spesifikk behandling. Samtidig skjer det mye på kognitiv rehabiliteringsfeltet for tida, og det er en økende bevissthet og kunnskap om at våre utredninger bør lede fram mot tiltak. Men tiltakene er ikke alltid spesifikke, men ofte mer generelle råd til skole, arbeid, trygd og livet for øvrig. Det viktige er at utredningen fører fram til anbefalinger som er konkrete, og som angår pasientens funksjon og livskvalitet.

3. De siste tiårene har det vokst fram fagområder som har et mye mer optimistisk syn på hjerneplasticitet og muligheten for å (gjenopp)trene kognitive funksjoner. Hvilke konsekvenser bør dette få for faget nevropsykologi?

Nevropsykologier bør forske mer på hva som kan gi trening og behandling av kognitive dysfunksjoner. Det er opplagt noe å hente her, særlig kanskje m.h.t. mer aktiv bruk av hjelpemidler, men også om intensiv trening kan bedre den dysfunksjon man sliter mest med. Samtidig er fokus på at samfunnet tilbyr verdige og gode livsbetingelser for kognitivt funksjonshemmede ennå viktigere. Mange av våre pasienter blir ikke «friske» gjennom trening, men trenger tilrettelegging på mange livsområder. Jeg har vært særlig opptatt av tiltak som fremmer sosial inkludering, at våre pasienter ikke faller utenfor det sosiale fellesskapet. Her er det mye upløyd mark.

4. Nevropsykologi er på mange måter et håndverk knyttet til testkompetanse og fortolkning av testresultater. Hvordan vil dette håndverket stå seg i møtet med stadig bedre databaserte tester og digitaliserte beslutningsstøtte systemer?

Databasert testing vil komme mer og mer, og vil også på sikt erstatte mange av testene vi bruker i dag. Om vi vil bruke bare databaserte tester i framtida, er foreløpig usikkert. Tester som skal predikere praktiske ferdigheter bør være praktiske.

Jeg ønsker også velkommen digitaliserte beslutningsstøttede systemer. Aktuariske metoder har stort fortrinn i å styre skjønnet vårt, så ikke våre tolkninger kommer helt på avveie. Samtidig bør det likevel være som på fly, det må være mulig for kapteinen å «overstyre» systemene når det trengs. Det er kompleks atferd vi skal predikere, og det neppe mulig å lage et aktuariske systemer med en slik presisjon at klinisk skjønn blir overflødig.

5. Hva ser du som de viktigste utviklingstrendene innen det nevropsykologisk feltet i dag?

Svar: Faget har utviklet seg enormt hva angår kunnskap om hjernen og klinisk nevropsykologisk forskning har også eksplodert. Dette har gitt oss legitimitet og kunnskap om hjerne-atferdsrelasjoner som vi ante lite om for få år siden. Vi kan mye oftere enn før lete etter relevant forskning om fenomener vi møter i klinikken. Samtidig må vi bevare ydmykhet om at det er flere forhold enn de biologiske som spiller inn i helheten, slik som emosjonelle,- kulturelle, -relasjonelle og sosiale.

Jeg er sterkt tilhenger av en bred bio-psyko-sosial modell som grunnlag for klinisk utøvelse av nevropsykologi. Vi må ikke bli reduksjonistiske på hjernens vegne. Nevropsykologiske undersøkelser gir viktig bidrag til forståelse av komplekse bio-psyk-sosiale vansker, men det finnes ofte også andre forklaringsmodeller enn de vi utreder.

Det er også viktig å være kritisk til den «diagnostiske inflasjon» som har funnet sted i atferdsfagene de senere år. «Saving normal» er viktig, at ikke små kognitive variasjoner automatisk tolkes som patologisk, men mer som uttrykk for normal variasjon. Sist, men ikke minst, er det viktig at faget også kartlegger og formidler pasientens ressurser. Sterke sider er det man gjerne både lever for og lever av, både vi og våre pasienter.

2. Anette Skogan og Catherine Christiansen – ADHD i førskolebarn (3-5 år)

1. Et hovedmål med nevropsykologiske utredninger vil for pasientene ofte være å bedre forstå hvordan livet deres vil bli framover og hvordan de selv kan påvirke det i den retningen de ønsker. Samtidig vet vi i dag at en rekke andre faktorer er viktige for hvordan man til slutt mestrer livet sitt (støtte fra nettverk, resiliens, offentlige tilretteleggingsordninger). Hvordan jobber du med resultater fra nevropsykologiske

undersøkelser for å integrere utredningsresultater i pasientens øvrige behandlingstilbud?

Førskolebarn, som oftest definert som aldersgruppen 3-5 år, er i rask utvikling på de fleste kognitive områder, og normalvariasjonen er betydelig. Dette begrenser testresultatenes prediktive verdi og har konsekvenser både for hvordan man tolker resultater og hvordan de vektlegges i diagnostiske vurderinger. For en del barn og deres foreldre blir dette den første bekræftelsen på at vanskene de opplever er reelle og gir utslag på mer objektive mål. Uavhengig av alder er en nevropsykologisk undersøkelse og tilbakemeldingen etterpå et viktig terapeutisk vindu, der en ny forståelse av mulige årsaker til vanskene kan påvirke den enkeltes forståelse av seg selv, av sin relasjon til andre - og særlig viktig i denne aldersgruppen- foreldrene og barnehage/skole sin oppfatning av hvordan problemer oppstår og kan håndteres. For de yngste barna er det spesielt viktig at intervensjon skjer på arenaene der barna tilbringer sin hverdag, og vi er opptatt av å utnytte mulighetene som ligger i samarbeid med de som har tett, daglig kontakt med barnet. Dette gjelder ikke bare utforming og gjennomføring av tiltak, men også evaluering og tilpasning av disse etterhvert som barnet blir eldre og møter andre krav på andre arenaer. Vi vet mye om hvordan en underliggende vanske kan komme til uttrykk på ulike utviklingsnivåer – og kan sette i gang tiltak ikke bare for aktuell fungering, men også for det som vil komme. For eksempel kan vi bistå barn med å etablere gode vaner tidlig; helt enkle strategier for innlæring av ny informasjon eller for strukturering av dagen kan forebygge vansker som vanligvis dukker opp som et problem først lenger opp i alder.

2. Ideelt sett skal utredning føre til spesifikke behandlingstiltak. Hvordan opplever du nevropsykologers kompetanse om ulike behandlingstiltak?

Kanskje er det slik at nevropsykologer kan mer om behandling og gode tiltak enn vi tror? Det å oversette resultater fra en nevropsykologisk utredning til konkrete tiltak krever at man kobler sammen informasjon om individets spesifikke kognitive ferdigheter med det man vet om barnets vansker slik de utspiller seg på ulike arenaer og hvilke andre ressurser som finnes i barnet selv og i nettverket - i tillegg til en god porsjon med kreativ problemløsning. Det er vår erfaring at terskelen for å begi seg ut på dette kan være høyere når man er relativt ny i faget og kanskje også når man jobber sammen med dyktige spesialpedagoger, som bruker mange av de samme begrepene og ofte tar et stort ansvar mht tiltaksformulering. Når det gjelder førskolebarn med ADHD-lignende vansker ligger det en klar utfordring i det å skille mellom forbigående vansker og det som kan være tidlige symptomer på ADHD. En vente-og- se holdning har for en del barn betydd tapte muligheter. En betydelig andel av de barna som får diagnosen ADHD i 8-9 års alder har rukket å opparbeide seg mange negative erfaringer både faglig og sosialt, som kommer i tillegg til og potensielt kan forsterke de underliggende vanskene. Vi må på banen tidligere og tenke forebygging; for eksempel kan mange tiltak og tilrettelegginger som hjelper barn med ADHD-lignende vansker gjennomføres på klassenivå og komme hele gruppen til gode- uavhengig av utgangspunkt/ forutsetninger.

3. De siste tiårene har det vokst fram fagområder som har et mye mer optimistisk syn på hjerneplasticitet og muligheten for å (gjenopp)trene kognitive funksjoner. Hvilke konsekvenser bør dette få for faget nevropsykologi?

Nevropsykologer har et særskilt ansvar for å følge med og bidra med vår fagkunnskap når nye ideer og verktøy diskuteres, som man mener kan brukes til å trene kognitive funksjoner. Dette krever trening i, og anledning til, å bruke faglitteraturen til å hente ut relevant, pålitelig og oppdatert informasjon. Faget vårt har mye å tjene på en bedre

integrering av forskning i klinikk og at klinisk kompetanse i større grad trekkes inn i utforming av forskningsprosjekter og formidling av funn. I klinikk er det direkte og indirekte pasientarbeid som telles, ikke aktiviteter som dette, og på den annen side ser vi at klinisk relevans lett kan komme i bakgrunnen når forskning skal begrunnes og kommuniseres. Norske nevropsykologer har gjennom sin utdanning og mulighetene som ligger i god tilgang på systematisert kunnskap (herunder flere nasjonale registre med helseopplysninger) et spesielt godt utgangspunkt for å kunne bidra med ny, klinisk relevant kunnskap. På bakgrunn av det vi vet om hjernens plastisitet i tidlig barnealder har anvendelse av ny kunnskap på dette feltet en betydelig potensiell helsegevinst, noe vi tror og håper vil resultere i økt innsats for de yngste, både i forskning og klinikk. Videre forskning på ikke-medikamentell, tidlig intervensjon ved mistanke om ADHD er ett av flere aktive forskningsfelt, der vi er i posisjon til å bidra i årene som kommer.

4. Nevropsykologi er på mange måter et håndverk knyttet til testkompetanse og fortolkning av testresultater. Hvordan vil dette håndverket stå seg i møtet med stadig bedre databaserte tester og digitaliserte beslutningsstøtte systemer?

Økt tilfang av databaserte testverktøy og digitale hjelpemidler har bidratt positivt i vår arbeidshverdag ved å forenkle noen av de mest tidkrevende arbeidsoperasjonene i forbindelse med en utredning, som for eksempel skåring av protokoller og det å relatere råskårer til et normmateriale. Vurdering av testers egnethet, tolkning av resultater og vurdering av disses betydning i det enkelte tilfelle er imidlertid oppgaver som etter vår mening ikke kan eller bør løses digitalt. Vi har som faggruppe et spesielt ansvar for å synliggjøre at testprestasjoner alene ikke er tilstrekkelig grunnlag for å beskrive funksjon; nevropsykologisk kompetanse må til for å sette testresultatene i sammenheng med anamnestisk informasjon, komparentopplysninger, observasjoner fra testsituasjon, kvalitative aspekt ved testprestasjoner og egenskaper ved selve testene. Dette settes på spissen ved utredning av de yngste barna, der man må forvente at resultatene i særlig grad kan være påvirket av tilfeldige, ytre faktorer i tillegg til betydelig grad av normalvariasjon. Uten kunnskapen som trengs for å vurdere resultatenes gyldighet står man i fare for at digitaliserte tolkningsystemer blir en falsk trygghet. Økt tilgang på databaserte tester og digitalisert tolkningsstøtte gir andre faggrupper som ikke nødvendigvis har denne kunnskapen en mer direkte vei inn til utredningsarbeid, og her blir en konstruktiv dialog viktig.

5. Hva ser du som de viktigste utviklingstrendene innen det nevropsykologiske feltet i dag?

I løpet av de siste tiårene har nevropsykologien som fagfelt beveget seg bort fra et hovedfokus på diagnostikk av hjerneskade, i retning av mer dynamiske funksjonsbeskrivelser som skal møte andre og skjerpede krav til både presisjon og økologisk validitet. Relevansen nevropsykologisk kunnskap har, for pasienters hverdag og for behandling, blir på den måten tydeligere for de som skal bruke den - noe som igjen fasiliterer samarbeid. Nye og spennende muligheter ligger også i kombinasjon av tradisjonelle nevropsykologiske tester, funksjonell billedteknologi som for eksempel fMRI, og gode atferdsbeskrivelser. Begreper og kunnskap fra kognitiv psykologi, nevropsykologi, sosialpsykologi og psykiatri settes i økende grad i sammenheng med hverandre og gir helt nye muligheter for kunnskapsutveksling og -utvikling både i forskning og klinisk arbeid. Etterhvert som man har sett at de etablerte diagnosesystemene ikke nødvendigvis gir oss de kategoriene som er mest hensiktsmessige for forskning på forløpere til ulike nevrou utviklingstilstander har nevropsykologiske forståelsesmodeller fått en mer sentral rolle. Alt dette er høyaktuelle tema for oss som arbeider med nevropsykologi i et utviklingsperspektiv, og som vi tror kan gi ny og viktig

kunnskap blant annet om hva det er som skiller tidlige tegn på psykopatologi fra normalvariasjon. Det er vårt inntrykk at potensialet som ligger i tidlig intervensjon og forebygging har blitt tydelig for stadig flere, og som nevropsykologer på barnefeltet gleder vi oss til fortsettelsen!

3. Svar fra Merete Glenne Øie i forhold til nevropsykologisk undersøkelse av barn/unge med ADHD

1. Et hovedmål med nevropsykologiske utredninger vil for pasientene ofte være å bedre forstå hvordan livet deres vil bli framover og hvordan de selv kan påvirke det i den retningen de ønsker. Samtidig vet vi i dag at en rekke andre faktorer er viktige for hvordan man til slutt mestrer livet sitt (støtte fra nettverk, resiliens, offentlige tilretteleggingsordninger). Hvordan jobber du med resultater fra nevropsykologiske undersøkelser for å integrere utredningsresultater i pasientens øvrige behandlingstilbud?

SVAR: Det er viktig at nevropsykologen setter seg godt inn i barnet/ungdommens situasjon og hvilket behandlingstilbudet barnet/ungdommen har, og hva som evt har vært forsøkt tidligere. Det er viktig å vektlegge alle faktorer som kan påvirke barnets kognisjon. Det er like viktig å vektlegge kognitive ressurser som kognitive vansker. Det er viktig å understreke at testresultatene sier noe om hva barnet mestrer i en strukturert testsituasjon, og ikke nødvendigvis hvordan barnet vil prestere i andre situasjoner i hverdagen med mer stress og aktiverte følelser. Den nevropsykologiske rapporten bør ende ut i noen forslag til tiltak som kan forsøkes basert både på de kognitive styrkene og svakhetene. Det er viktig at resultatene og tiltakene formidles skriftlig og muntlig i et språk barnet/ungdommen selv, de pårørende og andre som skal hjelpe til forstår. Forslagene bør selvsagt tilpasses det livet barnet/ungdommen lever. Hvis det er andre som skal hjelpe barnet/ungdommen videre, kan de velge om og evt hvilke av tiltakene som de ønsker å bruke. Da mener jeg det er en hjelp hvis nevropsykologen har kommet med noen nyttige tilpassede forslag.

2. Ideelt sett skal utredning føre til spesifikke behandlingstiltak. Hvordan opplever du nevropsykologers kompetanse om ulike behandlingstiltak?

SVAR: Jeg har ikke selv lest mange nevropsykologiske vurderinger skrevet av andre, så det er ikke så lett for meg å vurdere andre nevropsykologers kompetanse. Jeg har imidlertid registret at noen mener at en nevropsykologisk rapport ikke skal ende ut i forslag til tiltak. Dette er jeg uenig i. Min erfaring er at hvis utredningen ikke spesifiserer noen forslag vdr tiltak for barnet/ungdommen, så blir ofte rapporten liggende i henvisers skuff og kommer ingen til nytte. Det er ikke en selvfølge at barnet/ungdommen, foreldre, lærere og andre har god kunnskap om hva forskjellige nevropsykologiske begreper betyr og hvordan de skal tilrettelegges for vansker.

3. De siste tiårene har det vokst fram fagområder som har et mye mer optimistisk syn på hjerneplasticitet og muligheten for å (gjenopp)trene kognitive funksjoner. Hvilke konsekvenser bør dette få for faget nevropsykologi?

SVAR: Det er viktig å formidle til barnet/ungdommen at hjernen er plastisk hele livet og selvsagt at det skjer mye kognitiv modning særlig i barne- og ungdomsår. Kognitiv stimulering som er utfordrende nok for barnet/ungdommens, men samtidig ikke er for vanskelig slik at barnet får mestringsopplevelser, er viktig. Flere spør også om muligheter når det gjelder arbeidsminnetrening ved ADHD, og det er viktig at nevropsykologer følger med på dette forskningsfeltet slik at vi gir oppdatert informasjon.

4. Nevropsykologi er på mange måter et håndverk knyttet til testkompetanse og fortolkning av testresultater. Hvordan vil dette håndverket stå seg i møtet med stadig bedre databaserte tester og digitaliserte beslutningsstøtte systemer?

SVAR: Flere nevropsykologer bruker i dag databaserte tester og databasert symptomregistrering. Dette kan være nyttige bidrag til utredningen. Når det gjelder den samlede fortolkningen av testresultatene for barn/unge med ADHD er alltid anamnestisk informasjon, symptom rapportering, vurdering av komorbiditet, informasjon fra skole, foreldre, tidligere utredninger, observasjon av barnet i testsituasjonen, barnets kontaktfunksjon og svar i en personlig samtale osv alltid viktig å integrere med de nevropsykologiske testresultatene. Jeg har ingen tro på at en slik samlet og integrert vurdering blir bedre av å digitaliseres.

5. Hva ser du som de viktigste utviklingstrendene innen det nevropsykologisk feltet i dag?

SVAR: Når det gjelder barn/ungdom med ADHD som jeg ble bedt om å uttale meg i forhold til, så tror jeg fremtidig kunnskap om hjernens plastisitet og mulige effekter på kognisjon av kognitiv trening, fysisk aktivitet, kosthold, medisiner, utviklingstraumer og tilknytningsvansker, andre typer traumer/alvorlig stress som for eksempel flyktninger kan oppleve, komorbiditet som rusmisbruk osv vil integreres mer i fortolkningen av testresultatene og i forslagene til tiltak som stilles på bakgrunn av utredningen. I tillegg tror jeg at kunnskapen om bruk av nevropsykologisk undersøkelse ved annen kulturell og språklig bakgrunn vil prege feltet i årene fremover.

4. Jan Stubberud, ph.d., Nevropsykologisk poliklinikk, Lovisenberg DPS, Lovisenberg Diakonale Sykehus

Hvordan knytte funn fra nevropsykologiske undersøkelser konkret til tiltak: praktisk integrasjon av rehabiliteringsstrategier i en klinisk kontekst

1. Et hovedmål med nevropsykologiske utredninger vil for pasientene ofte være å bedre forstå hvordan livet deres vil bli framover og hvordan de selv kan påvirke det i den retningen de ønsker. Samtidig vet vi i dag at en rekke andre faktorer er viktige for hvordan man til slutt mestrer livet sitt (støtte fra nettverk, resiliens, offentlige tilretteleggingsordninger). Hvordan jobber du med resultater fra nevropsykologiske undersøkelser for å integrere utredningsresultater i pasientens øvrige behandlingstilbud?

I en rehabiliteringskontekst (hjerneskade) vurderes ofte tverrfaglig vurdering og behandling som gullstandard for klinisk praksis. Utfordringen med en slik tverrfaglig tilnærming er å få det til å fungere slik at de ulike disiplinene komplimenterer hverandre. I tradisjonell hjerneskaderehabilitering har nevropsykologen en unik kompetanse i psykologfaglig

utredning, diagnostisering og behandling/rehabilitering av personer med antatt eller påvist hjerneorganisk sykdom, skade eller forstyrrelse, samt å forstå hvordan psykiske faktorer, personlighet, og kognitiv funksjon samvirker.

En nevropsykologisk undersøkelse (NP us.) består som kjent av ulike komponenter inkludert nevropsykologiske tester, intervju, samtaler med pasienten og/eller pårørende, og medisinsk informasjon og opplysninger fra lokale hjelpeinstanser. I tillegg benyttes ofte også strukturerte kartleggingsverktøy, som for eksempel egen- og komparentutfylte spørreskjema, (f.eks. psykisk symptombelastning, innsikt, mestringstro), eller strukturerte kliniske intervjuer. Det betyr at vurdering og konklusjon etter en NP us. er basert på ulike kilder med informasjon.

En sentral del av nevropsykologens arbeid er å bruke tilbakemeldingsamtalen vedrørende funn fra NP us. til pasienter, pårørende og øvrige som et behandlingsverktøy. En omfattende NP us. har ingen reell verdi dersom resultatene ikke blir formidlet til de personene det gjelder. Først når disse får hjelp til å forstå, fordøye, og ta i bruk denne informasjonen, vil undersøkelsen få den tiltenkte betydningen for pasientens situasjon. Etter mitt syn er et ikke jobben gjort før tilbakemelding er gitt.

Resultater fra NP us. kan med fordel formidles skriftlig og muntlig til pasient, henviser, samt andre aktører i pasientens øvrige behandlingstilbud for integrasjon av utredningsresultater i pasientens hverdag. Ved å ta utgangspunkt i ICF modellen, er man i posisjon til å formidle det viktige budskapet om at funksjon bare kan forstås når fokus for undersøkelsen går utover "impairment" nivå. Dette kan bidra til forståelse for at en person som har prøvd veldig hardt for å lykkes og lagt mye press på seg til mange ting, og hvis følelse av selvtillit er knyttet til faglige produktivitet og evne til å "klare alt", synes uforholdsmessig påvirket av hva som synes å være minimale endringer i kognitiv funksjon. Alternativt så kan en tilbakemelding forklare hvorfor en person med uttalt kognitiv svikt, men med et etablert sett av kompensierende strategier kan være i stand til å leve i samfunn med minimal støtte. Denne type tilbakemelding er særlig viktig når henviser, øvrig behandlingsapparat eller pårørende ikke er kjent med kognitive vansker, og problemstillinger knyttet til å fungere i hverdagen. Gitt den potensielle effekten, bør direkte tilbakemelding til pasienten være innrammet på en måte som er forståelig og terapeutisk. Et sentralt poeng er å huske at den som mottar informasjonen kan ha kognitive vansker som forstyrrer evnen til å forstå, huske og bearbeide informasjon, og hvordan resultatene vil påvirke hans/hennes daglige virke. Derfor er det viktig å involvere sentrale personer i pasientens liv i tilbakemeldingsøkten.

Mens vurderingen er fokusert på pasienten, opplever ofte også pårørende et betydelig stress med å tilpasse seg endringene som har oppstått etter hjerneskade. Ved å gi tilbakemelding til familien får de mulighet til å validere sine oppfatninger av ting som påvirker pasientens funksjon, som vil kunne bidra til ytterligere innsikt som kan hjelpe det videre arbeidet. Tilbakemeldingsøkten kan også være en arena for diskusjon av problemstillinger som eksisterte før skaden, men som familien ikke har vært i stand til å ta opp tidligere.

2. Ideelt sett skal utredning føre til spesifikke behandlingstiltak. Hvordan opplever du nevropsykologers kompetanse om ulike behandlingstiltak?

Generelt opplever jeg at nevropsykologers kompetanse om spesifikke behandlingstiltak er god. Utfordringen er som oftest, etter mitt skjønn, knyttet til hvilke rammer og forutsetninger

den enkelte nevropsykolog har til i integrasjon og forvaltning av aktuell kompetanse. Et område for forbedring hos nevropsykologer vil nok være utforming og konkretisering av anbefalinger av tiltak og oppfølging i den nevropsykologiske rapporten.

Et av hovedformålene med dette nummeret av Nevropsykologi var å belyse hvordan resultater fra en NP us. kan brukes konkret til å forme tiltak. Den nevropsykologiske rapporten bør antyde på hvilke områder tiltak bør settes inn, hvilken type tiltak det dreier seg om, og hvilket omfang disse bør ha. Ofte vil det være hensiktsmessig å dele opp informasjon fra NP us. i kognitive domener; oppmerksomhet, hukommelse og eksekutive funksjoner er som regel mest relevant i NP us., og jeg vil her komme med konkrete eksempler som både jeg og andre kolleger har benyttet innenfor de 3 nevnte områdene.

Oppmerksomhet

Redusert oppmerksomhet kan ha negativ innvirkning på alle andre kognitive domener, og oppmerksomhetsproblemer er et vanlig etter hjerneskade. Ofte kan det være nyttig å bryte ned oppmerksomhet til komponenter som er forståelig for folk flest. Tabell 1 inneholder ofte brukte deler av oppmerksomhet. En liste over praktiske anbefalinger for oppmerksomhetssvikt som kan benyttes i tilbakemeldingssamtale/rapport er gitt i Tabell 2. Handouts med eksempler på kompenserende strategier kan også gis til pasienter i (Tabell 3).

Tabell 1. Oppmerksomhetskomponenter

Oppmerksomhetsdel	Kort beskrivelse	Funksjonelle vansker
Aktivering (arousal)	Grad av årvåkenhet	Problemer med aktivering kan forstyrre evnen til å respondere på miljøet rundt en
Vedvarende oppmerksomhet	Evne til å opprettholde oppmerksomheten over lengre tid	Problemer med vedvarende oppmerksomhet kan manifestere seg som økt distraherbarhet og tretthet (fatigue) over tid
Fokusert eller selektiv oppmerksomhet	Evne til å være oppmerksom på bestemte stimuli, og overse andre stimuli	Problemer med fokusert oppmerksomhet kan manifestere seg som distraherbarhet til både indre og ytre distraksjoner
Delt oppmerksomhet	Evne til å fokusere på mer enn en ting eller oppgave om gangen	Problemer med delt oppmerksomhet kan forstyrre evnen til å få til komplekse oppgaver (f.eks. matlaging eller bilkjøring)

Tabell 2. Strategier for bedre oppmerksomhet

Oppmerksomhetsdel	Eksempel på anbefaling
Aktivering (arousal)	- Unngå bruk av sederende medikamenter - Hyppige pauser og "powernaps" - Planlegg arbeid på tidspunkt når aktivering er høyest
Vedvarende oppmerksomhet	- Planlegg regelmessige pauser, og planlegg aktiviteter av kort varighet - Planlegg for redusert effektivitet, og legg inn mer tid til å fullføre oppgaver
Fokusert eller selektiv oppmerksomhet	- Gjør endringer i miljøet for å redusere distraktorer

	- Forbered pasienten på kommende distraksjoner/støy
Delt oppmerksomhet	- Skriftlige lister, og instruksjoner for å bryte ned oppgaver i delmål

Tabell 3. Oppmerksomhetsstrategier

1. Reduser distraksjoner
- Slå av TV, radio, pc, eller spill når du trenger å konsentrere deg, eller skal ha en samtale med noen - Bruk ørepropper om støy ikke kan unngås - Ha det ryddig rundt deg - Trekk for gardinene, eller lukk øynene om du må
2. Unngå avbrytelser
- Slå av ringelyden på telefonen når du prøver å få noe gjort - Bruk gjerne et "ikke forstyr" skilt på døren din (hjemme eller på jobb), og be andre om ikke å avbryte deg når du prøver å konsentrere deg om en oppgave
3. Unngå folkemengder
- Gjør unna handlingen når det ikke er så mange i butikken (f.eks. tidlig på morgen eller sent på kvelden) - Det kan være lettere å handle i små butikker og rolige gater - Ikke gjør noe som krever mye konsentrasjon når er i situasjoner med mange mennesker - Hold deg i "ytterkanten" i store forsamlinger
4. Pass på fatigue
- Få nok søvn - power naps er bra, så lenge det ikke forstyrrer nattesøvnen - Prøv å ikke presse deg selv - hvis du har vært vant til å presse deg selv hardt, kan denne vanen jobbe mot deg nå, og føre til frustrasjon og forvirring - Ta hyppige pauser - ta en pause så fort du begynner å føle deg overveldet
5. Få nok mosjon
- Trening er bra for hjernen din - Trening kan hjelpe til med å løse opp spenninger i kroppen, og bedre søvnkvaliteten
6. Be om hjelp
- Fortell de du stoler på om problemene dine (eller vis dem dette arket). Be dem om hjelp til å minne deg på disse strategiene

Hukommelse

Hukommelsesvansker er vanlig etter hjerneskade. En enkel og forståelig måte å jobbe med hukommelse med pasienter kan være å dele det opp i koding (hvordan informasjonen kommer inn i hukommelsen), lagring (hvordan informasjon blir lagret i hukommelsen), og gjenhenting (hvordan informasjon kommer ut av hukommelsen). Ofte kan det være nyttig å presentere, og gi pasient en oversikt over strategier basert på de tre typene hukommelsessvikt (Tabell 4 og 5).

Tabell 4. Hukommelsesstrategier for koding og lagring

1. Reduser distraksjoner rundt deg
2. Fokuser bare på én oppgave om gangen
3. Ha øyekontakt med personen som snakker til deg
4. Gjenta hva folk sier til deg

5. Still spørsmål hvis du ikke er sikker på hva som ble sagt
6. Ta notater om hva folk forteller deg
7. Bruk huskedagbok eller kalender
8. Bruk Post-it lapper og huskelister som hjelp til å huske
9. Bruk alarmer til å hjelpe deg med å huske å gjøre ting (f.eks. ta medisiner)
10. Lag et mentalt bilde av ting du skal huske
11. Når du skal lære noe nytt (f.eks. telefonnummer), gjenta det til deg selv flere ganger, deretter gjenta det flere ganger med lengre og lengre intervaller

Tabell 5. Hukommelsesstrategier for gjenhenting.

1. Bruk digitale påminnelser for å hjelpe hukommelsen din
2. Bruk huskedagbok eller kalender
3. Bruk en digital assistent (f.eks. mobil) som kan minne deg på ting
4. Legg notater eller huskelapper til deg selv på steder du ofte er/bruker
5. Etabler rutiner (f.eks. alltid legg nøklene på samme sted)
6. Gå samme vei tilbake for å huske hva du var i ferd med å gjøre

Eksekutiv funksjon

Bruk av feilfri læring for oppgave-spesifikke rutiner kan være nyttig for pasienter med eksekutiv dysfunksjon for mange hverdagsoppgaver (f.eks. påkledning, ta bussen, husarbeid, skrive og sende e-post). Det er 4 ting som er viktige for oppgavespesifikke rutiner:

1. Lag en oppgaveanalyse hvor oppgaven er delt inn i enkle og logiske sekvenserte trinn
2. Lag en sjekklister hvor hvert trinn i rutinen eksplisitt er beskrevet, slik at man kan vurdere når hvert trinn er fullført
3. Sørg for nok øving for hvert trinn gjennom feilfri læring
4. Sørg for at styrking av motivasjon til å lykkes er integrert i opplæringen.

Metakognitive strategier er også nyttige verktøy for eksekutive vansker, og er en evidensbasert tilnærming for pasienter med eksekutive vansker som har forutsetninger til det (dvs., lette/moderate eksekutive vansker). Goal Management Training (GMT) er en metakognitiv strategi som er godt egnet til handouts og øving hjemme. I GMT læres man en strategi som inneholder flere trinn (se Tabell 6). I mange tilfeller vil det også være hensiktsmessig å gi handouts med praktiske tips til pårørende også (Tabell 7).

Tabell 6. Stegene i Goal Management Training (GMT)

Goal Management Training
1. STOPP: Hva gjør jeg?
2. Klargjør: Definer hovedmålet
3. List opp: List opp stegene
4. Lær: Lær deg stegene
5. Sjekk: Fungerer det?

Tabell 7. Strategier for pårørende ved eksekutiv dysfunksjon

1. Etabler daglige rutiner
2. Prøv å tilrettelegg slik at det er forutsigbarhet i miljøet
3. Unngå tidspress - gi ekstra tid til å fullføre oppgaver

4. Ta i bruk påminnelser (alarmer, skilt, notater og kalendere) som hjelp til å huske ting
5. Prøv å koble atferd som naturlig forekommer sammen (f.eks. alltid ta medisiner til middag)
6. Ros personen når han/hun setter i gang, avslutter, eller viser god selvregulering
7. Hvis han/hun sier eller gjør noe upassende, korriger han/hun umiddelbart etter atferden
8. Når det skal læres noe nytt, bryt ned problemet/prosedyren i steg, og start med de grunnleggende før mer sammensatte/kompliserte steg
9. Bruk en systematisk og logisk problemløsningsstrategi (f.eks. GMT) – heng opp strategien på veggen, eller skriv det ned på et kort som man kan ha i lommeboken
10. Øv på ulike strategier - øvelse gjør mester
11. Sørg for at ha et tempo på ting som minimerer sjansen for utmattelse (fatigue)

3. De siste tiårene har det vokst fram fagområder som har et mye mer optimistisk syn på hjerneplasticitet og muligheten for å (gjenopp)trene kognitive funksjoner. Hvilke konsekvenser bør dette få for faget nevropsykologi?

Mitt inntrykk er at dette allerede har fått konsekvenser. Spesialistutdanningen i nevropsykologi har i større grad integrert kognitiv rehabilitering/trening som en del av undervisningen, og spesialister i nevropsykologi skal ha kunnskaper om i rehabilitering/tiltak ved kognitiv svikt, både i forhold til mer spesifikke rehabilitering-/treningstiltak og mer holistiske rehabiliteringsmetoder, samt kunnskap om behandling av angst, depresjon og andre psykiske lidelser som kan oppstå i tilknytning til hjerneorganisk sykdom og/eller skade. Fagutvalget i nevropsykologi anbefaler blant annet at man bør ha utført mer spesifikk behandling og/eller habilitering/rehabilitering i form av ytre (eks. huskedagbok, ukeplanlegger, mobiltelefon) eller indre kompenserende tiltak (eks. strategier som pasienten selv genererer for å oppnå bevisst kontroll over egne tanker, følelser og egen atferd). Etter endt spesialistutdanning skal nevropsykologen blant annet kunne konkretisere hvilke tiltak/rehabilitering/behandling som er å anbefale, kunne utøve slik behandling selv, eller være behjelpelig med å skaffe tilveie dette. Jeg synes også det påhviler et ansvar hos veiledere til å utfordre kandidater til å utforske mulighetene for kognitiv rehabilitering/trening. Alle som har jobbet med pasienter som opplever kognitiv svikt og deres pårørende, vet hvor mye det kan bety å hjelpe disse pasientene til å gjenvinne eller bedre kognitive funksjoner. Selv om anerkjennelsen av behovet for å bistå mennesker med kognitive vansker lenge har eksistert, er det vitenskapelige grunnlaget for dette arbeidet ganske ungt. Kognitiv rehabilitering er et relativt nytt fagfelt.

4. Nevropsykologi er på mange måter et håndverk knyttet til testkompetanse og fortolkning av testresultater. Hvordan vil dette håndverket stå seg i møtet med stadig bedre databaserte tester og digitaliserte beslutningsstøtte systemer?

Nevropsykologi har egentlig hatt et inkonsekvent forhold til teknologi. For eksempel har nevropsykologisk forskning dratt nytte av fremskritt i utviklingen av imaging teknikker. Utviklingen av CT og MR har spilt en betydelig rolle i å endre perspektiver om hjerne-atferd relasjoner. Tilsvarende har nye modelleringsprogrammer etablert ny metodikk for forskere som nå kan visualisere komplekse kognitive systemer, gjennom utvikling av kunstige nevrale nettverk. I en slags motsetning til dette har kliniske nevropsykologer fortsatt å bruke mer tradisjonelle metoder, og har kanskje ikke til nå fullt ut utnyttet potensialet som ny teknologi kan ha. Klinisk nevropsykologi har hovedsakelig fokusert på utvikling av pc baserte versjoner av tradisjonelle nevropsykologiske kartleggingsverktøy. Selv om antallet pc baserte tester

fortsetter å vokse, virker det å være en viss motstand fra nevropsykologer mot integrering av teknologi i klinikken, som for øvrig ikke et uvanlig fenomen i faget som helhet.

Det er kan være mange fordeler med å bruke automatisering til tradisjonelle nevropsykologiske tester. For eksempel er mange tradisjonelle tester tidsbaserte i vurderingen av oppmerksomhetsfunksjoner, konsentrasjon, og mental prosessering. Slik tidtaking kan imidlertid være upålitelig, fordi den kan bli påvirket av nevropsykologens årvåkenhet, humør og/eller bias. Pc baserte tester kan bidra til å redusere og fjerne feilvariansen som ligger hos nevropsykologen, som igjen kan bidra økt pålitelighet. Det har også blitt hevdet at forbedringen av pc-grafikken og interaksjonen kan stimulere til økt oppmerksomhet, sammenlignet med tradisjonelle papir og blyant tester, som igjen kan styrke validiteten. Databaserte tester kan også bidra til redusere sjansen for avvik på grunn av språkforskjeller. Til slutt, fordi scoring og datamanipulasjon kan utføres raskt og nøyaktig, gir det mer tid til å konsentrere seg om kvalitative aspekter ved testsituasjonen. I sum er mange ting som tyder på at pc-ens kapasitet og hurtighet, samt mulig tilgang til normative data, kan bidra til mer presisjon og effektivitet i en NP us.

5. Hva ser du som de viktigste utviklingstrendene innen det nevropsykologisk feltet i dag?

Nevropsykologi fortsetter å utvikle seg som fag. Mens vi fortsetter å spesialisere oss i å forstå samspillet mellom hjerne og atferd, har ny kunnskap om hjernen (fremskaffet gjennom imaging) utfordret oss til å utvide vår kompetanse, ikke bare i forhold til NP us., men også til å utvikle intervensjoner. Et eksempel på dette er det voksende feltet innen kognitiv rehabilitering, som jeg på mange måter vurderer som den viktigste utviklingstrenden vi har i feltet vårt, og som kommer til å prege faget vårt fremover. På samme måte kan det sees at nye teknologier også vil påvirke vår rolle. Hvorvidt feltet vil utvikle seg med denne endringen gjenstår å se.

Ny teknologi har potensiale til å påvirke hvordan vi yter omsorg, utfører nevropsykologiske vurderinger, og gjennomfører intervensjoner. Jeg tror at man vil se en større integrering av informasjonsteknologi i feltet vårt, som for eksempel internett eller annen telemedisinsk teknologi. Telemedisin kan for eksempel nå ut til personer som bor i mindre sentrale strøk, eller personer med bevegelsesvansker som det ellers er vanskelig å nå gjennom et standard tilbud. Virtual reality (VR) teknologi kan også bidra til ny metodikk for å gjennomføre kognitive evalueringer, samt utvikle nevropsykologiske intervensjoner. På samme måte kan bruk av videokonferanse eller VR levert via internett gi nye muligheter for å gjennomføre intervensjoner i hjemmet, på jobben eller i en annen funksjonell relevant setting, som kan styrke forutsetninger for generalisering. Utviklingen av nye teknologier fortsetter å vokse til tross for aksept eller skepsis fra nevropsykologer. Valget med å integrere disse teknologiene i klinikk og forskning vil avgjøre om disse endringene blir sett på som utfordringer eller muligheter.

5. Hilde Bergersen, Anne-Kristine Schanke, Line Sophie Eide, Marianne Løvstad, Ingvil Laberg Holthe og Martin Martre. Sunnaas sykehus.

1. Et hovedmål med nevropsykologiske utredninger vil for pasientene ofte være å bedre forstå hvordan livet deres vil bli framover og hvordan de selv kan

påvirke det i den retningen de ønsker. Samtidig vet vi i dag at en rekke andre faktorer er viktige for hvordan man til slutt mestrer livet sitt (støtte fra nettverk resiliens, offentlige tilretteleggingsordninger). Hvordan jobber du med resultater fra nevropsykologiske undersøkelser for å integrere utredningsresultater i pasientens øvrige behandlingstilbud?

Svar: Sunnaas sykehus HF har mange behandlingsprogrammer og dermed flere svar på spørsmålet. Mange pasienter som kommer til primærrehabilitering etter hjerneskader, har omfattende hjerneskader i tidlig fase. Psykologen vil utrede pasienten nevropsykologisk og formidle resultatene til pasient, i den grad dette er aktuelt, pårørende og det tverrfaglige team. Sammen med pasienter, når dette er mulig, lages timeplan og målplan for oppholdet. Målplanen gir en oversikt over prioriterte mål og delmål og hvordan vi skal arbeide mot disse, dvs. hvilke behandlingstiltak som er aktuelle og hvilke yrkesgrupper som skal være delaktige i disse. Ved utskrivelse samarbeides det med lokale instanser om den videre oppfølging. Senere opphold der pasientens funksjon kan være betydelig bedret er også aktuelt. Også for pasienter som kommer til kognitiv sensaserehabilitering er målplanen nøkkelen i rehabilitering, og denne danner grunnlaget for behandlingsplanen. Den nevropsykologiske utredningen, enten den gjøres på nytt eller bygger på tidligere undersøkelser, gir informasjon om pasientens forutsetninger for å nyttiggjøre seg de ulike tiltakene som igangsettes for å realisere pasientens mål.

Den nevropsykologiske utredningen avdekker både utfall og bevarte ressurser. Disse ressursene kan bygges på for å kompensere for utfall. Om en pasient eksempelvis har nedsatt verbal innlæringsevne, men god visuell hukommelse, er det aktuelt å trene visualiseringsstrategier.

For en del av pasientene vil differensialdiagnostiske vurderinger ha betydning for videre behandling. Dette kan gjelde pasienter som angir subjektive kognitive plager, men som har andre hoveddiagnoser enn hjerneskade. I tillegg til den nevropsykologiske undersøkelse kan da et bredt spekter av psykologiske tilstandsmål bli anvendt, og den nevropsykologiske utredningen inngår i en bred forståelse av pasientens situasjon og behov.

Sunnaas sykehus HF mottar også mange pasienter som kommer til yrkesvurdering eller førerkortvurderinger. Siktemålet med oppholdet er å gi en vurdering av yrkespotensial og om de fyller helsekravene for bilkjøring, og trening er da underordnet.

2. Ideelt sett skal utredning føre til spesifikke behandlingstiltak. Hvordan opplever du nevropsykologers kompetanse om ulike behandlingstiltak?

Svar: Psykologmiljøet ved Sunnaas sykehus HF består av et stort antall forskere og klinikere som samarbeider, og er oppdaterte innen evidensbasert behandling for et bredt spekter av hjerneskadepasienter. Både intervensjonsstudier og annen forskning på hjerneskadepopulasjonen pågår. Som ved all anvendelse av ny kunnskap, består utfordringen i å «oversette» empiri til den kliniske hverdag og forankre dette både organisatorisk og behandlingsmessig i den enkelte sak. Vi står i dag overfor ny empiri der man trolig må prioritere strengere mellom en holistisk tilnærming og mer spesifikk og intensiv trening.

Ved primærrehabilitering etter hjerneslag og traumatiske hjerneskader er mengdetrening på konkrete aktiviteter/oppgaver ofte riktig å prioritere. Å finne riktig balanse mellom aktivitet og hvile og å lære pasient og pårørende å tenke

på dette i pasientens videre liv er nødvendig. Man bør fokusere på de utfall som har størst betydning for dagliglivsfunksjon. Noen yrkesgrupper vil ha mer spisskompetanse på spesialisert trening enn andre, eksempelvis logopedier for språkvansker, der andre yrkesgrupper kan støtte opp.

3. De siste tiårene har det vokst fram fagområder som har et mye mer optimistisk syn på hjerneplasticitet og muligheten for å (gjenopp)trene kognitive funksjoner. Hvilke konsekvenser bør dette få for faget nevropsykologi?

Svar: Det bør fokuseres på forskning med mål om å se sammenheng mellom evidensbaserte behandlingstiltak og bedring/utkomme. Dokumentert virksomme tiltak bør nedfelles i flere av sykehusets behandlingsprogrammer som omhandler hjerneskader, og dette arbeidet pågår. Nevropsykologer som arbeider innen rehabilitering må holde seg oppdaterte på evidensbasert praksis når det gjelder kognitiv trening og forholde seg til internasjonale retningslinjer og empiri. Vi som jobber i feltet bør bidra med forskning og systematisk evaluere de tiltakene vi igangsetter for våre pasienter.

4. Nevropsykologi er på mange måter et håndverk knyttet til testkompetanse og fortolkning av testresultater. Hvordan vil dette håndverket stå seg i møtet med stadig bedre databaserte tester og digitaliserte beslutningsstøtte systemer?

Svar: For at testingen skal hjelpe mennesker med kognitive utfall til bedre å forstå seg selv og eventuelt å tilpasse seg sine endrede kognitive forutsetninger, er det nødvendig at pasienten får tilpasset informasjon. En erfaren kliniker vil lettere enn en datamaskin kunne velge og eventuelt tilpasse utredningsmetode og også lettere kunne gi kontinuerlig tilbakemelding til og drøfte med pasienten på en empatisk måte og tilpasset pasientens nivå m.h.t. generell kognitiv funksjon, kulturell bakgrunn og språkforståelse. En erfaren kliniker vil også bedre kunne gi en helhetlig og sammensatt tolkning av atferd, emosjoner og ulike testresultater enn en kun databasert løsning. For kognitivt bedre fungerende pasienter kan bruk av datatekniske hjelpemidler for utredning og trening være aktuelt.

5. Hva ser du som de viktigste utviklingstrendene innen det nevropsykologisk feltet i dag?

Svar: At kunnskapen om og interessen for hjerne og nevropsykologi generelt øker innen både helsevesen og i befolkningen. Dette bidrar til å minske fordommer mot hjerneskade og diskriminering av mennesker med kognitiv svikt. Dette er viktig, da de psykososiale konsekvensene er betydelige. Det bør gjøres flere multisenterstudier på systematisk trening som omsettes til guidelines for klinikere.

6. TORILL UELAND – psykose - nevrokognisjon

1. Et hovedmål med nevropsykologiske utredninger vil for pasientene ofte være å bedre forstå hvordan livet deres vil bli framover og hvordan de selv kan påvirke det i den retningen de ønsker. Samtidig vet vi i dag at en rekke andre faktorer er viktige for hvordan man til slutt mestrer livet sitt (støtte fra nettverk, resiliens, offentlige tilretteleggingsordninger). Hvordan jobber du med resultater fra nevropsykologiske undersøkelser for å integrere utredningsresultater i pasientens øvrige behandlingstilbud?

Jeg jobber i et forskningsprosjekt for personer med psykotiske lidelser der så å si alle som inkluderes i prosjektet går gjennom en nevropsykologisk utredning. Denne munner ut i en rapport som sendes til behandler dersom deltakeren godkjenner det. I tillegg til en funksjonsbeskrivelse inneholder de fleste rapportene konkrete forslag til tiltak basert på funnene. Tilbakemeldingene fra behandlere er at dette er veldig nyttig og en viktig grunn til at pasienter henvises til prosjektet.

I min egen forskning har jeg i flere studier implementert kognitiv trening for denne pasientgruppen. Et viktig element i studiene har vært nettopp det å integrere utredningsresultatene i pasientens behandlings- og rehabiliteringstilbud. Den nevropsykologiske utredningen danner utgangspunktet for treningen. Vi starter med en tilbakemeldingssamtale der vi går gjennom resultatene, diskuterer hvordan dette stemmer med opplevelsen i hverdagen og kommer på bakgrunn av det frem til pasientens personlige mål for den kognitive treningen. Målsetningen er alltid knyttet til funksjonsvansker pasienten opplever i hverdagen som følge av kognitive vansker. Pasientene mottar deretter databasert kognitiv trening 2 ganger i uken i til sammen 30 til 40 timer avhengig av prosjekt. I tillegg jobber vi aktivt i timene med strategier for overføring mellom trening og hverdagsarenaer som jobb eller skole. Vi har også fokussamtaler der deltaker og relevante aktører deltar sammen med oss som driver den kognitive treningen. Det kan for eksempel være pasientens behandler og/eller lærer for pasienter som går på skole, eventuelt arbeidskonsulent for pasienter som er i arbeidsrehabilitering, eventuelt pårørende der det er aktuelt. Målsetningen med fokussamtalene er å formidle hva som er deltakerens kognitive ressurser og vansker og hvordan vi jobber med å bedre kognitiv funksjon i hverdagen gjennom den kognitive treningen. Vi snakker også om hvordan de ulike partene kan bidra til tilrettelegging i hverdagen/på jobb/på skolen/i terapien på en måte som er tilpasset den enkelte deltakers behov.

2. Ideelt sett skal utredning føre til spesifikke behandlingstiltak. Hvordan opplever du nevropsykologers kompetanse om ulike behandlingstiltak?

I hvilken grad tiltak foreslås vil selvfølgelig være avhengig av pasientgruppen og problemstillingen. For pasientgruppen jeg jobber med brukes nevropsykologiske utredninger primært for å kartlegge funksjon og i mindre grad differensialdiagnostisk. Da bør det også være en selvfølge at rapporten inneholder forslag til spesifikke behandlings- og tilretteleggingstiltak. Om dette alltid gjøres er jeg ikke sikker på. Selv om nevropsykologer generelt sett nok er flinke til å foreslå behandlingstiltak for andre grupper tror jeg noen ganger det skorter på det ved utredning av personer med psykoselidelser. Jeg har møtt mange klinikere som synes nevropsykologiske rapporter både er vanskelige å forstå og lite anvendelige nettopp fordi dette mangler. Forhåpentligvis er dette i endring. Økt kunnskap om sammenhengen mellom kognitiv funksjon og hverdagsfunksjon ved psykoselidelser har ikke bare medført økt etterspørsel etter nevropsykologiske utredninger, men også et større fokus på tilrettelegging og behandlingstiltak for å bedre funksjon hos denne gruppen.

3. De siste tiårene har det vokst fram fagområder som har et mye mer optimistisk syn på hjerneplasticitet og muligheten for å (gjenopp)trene kognitive funksjoner. Hvilke konsekvenser bør dette få for faget nevropsykologi?

En naturlig konsekvens er at det får større plass. Jeg mener at systematisk kognitiv rehabilitering/trening bør være et tilbud flere pasientgrupper skal få. Det er åpenbart allerede

høy kompetanse på dette blant de som jobber med pasientgrupper der kognitiv rehabilitering har en lang tradisjon, som for eksempel ved ervervede hjerneskader. Men jeg tror mange nevropsykologer trenger mer kompetanse og erfaring med denne typen behandling. Skal flere pasienter få et slikt tilbud er det også åpenbart at det må bygges ut. For det er viktig å understreke at det i alle fall fra mitt perspektiv handler om mer enn å kjøpe in databasert programvare og noen PCer og sette i gang. Det er ikke alle som nødvendigvis vil være enig i det men jeg mener kognitiv trening/rehabilitering krever spesialkompetanse og opplæring, i alle fall hvis det skal ha noen overføringsverdi til funksjon i hverdagen. For å få til det kreves det aktiv jobbing og spesifikke tiltak.

4. Nevropsykologi er på mange måter et håndverk knyttet til testkompetanse og fortolkning av testresultater. Hvordan vil dette håndverket stå seg i møtet med stadig bedre databaserte tester og digitaliserte beslutningsstøtte systemer?

Jeg gjorde et kjapt nettsøk og fant et foredrag med tittelen “Computerized neuropsychological assessment: the good, the bad and the ugly”. Det oppsummerer det godt. Databaserte tester har mange fordeler, de er enkle og administrere og skåre, testinstruksjoner holdes konstante, og utredningen er billigere. Men mange av testene har også lav reliabilitet og validitet og kan lett misbrukes av personer uten kompetanse. Og ikke minst, tolkning av resultater i en større sammenheng krever nevropsykologisk kompetanse. Så svaret på spørsmålet er at ja jeg tror nevropsykologi som håndverk vil stå seg. Det fordrer imidlertid at vi ikke blir stående i bakgrunnen men prøver å være med på å styre utviklingen ved å stille krav til testutviklere (reliabilitet, validitet etc) og kvalitetssikre de testene vi bruker. I USA kom det Amerikanske akademiet for klinisk nevropsykologi og det Nasjonale akademiet for nevropsykologi i 2012 med det de kaller en «joint position paper « der setter en felles standard for krav til databaserte tester. Ingen dum ide.

5. Hva ser du som de viktigste utviklingstrendene innen det nevropsykologisk feltet i dag?

Ved siden av det som alt er nevnt, kognitiv trening og digitalisering av tester, tror jeg digitalisering av kognitive treningsprogrammer og implementering via applikasjoner på nettbrett og smarttelefoner er en viktig og unngåelig trend. Men det kan fort bevege seg bort fra det (nevropsykologi) faglig funderte til det rent kommersielle. Her er det viktig å formidle hva som er evidensbasert, understreke betydningen av å kvalitetssikre rammene rundt treningen og ha realistiske forventninger til hvilken effekt man kan oppnå. Jeg tror også metodeutvikling innen det sosial kognitive domenet er noe vi vil se mer av.

7. Anja Vaskinn, psykose - sosialkognisjon

1. Et hovedmål med nevropsykologiske utredninger vil for pasientene ofte være å bedre forstå hvordan livet deres vil bli framover og hvordan de selv kan påvirke det i den retningen de ønsker. Samtidig vet vi i dag at en rekke andre faktorer er viktige for hvordan man til slutt mestrer livet sitt (støtte fra nettverk, resiliens, offentlige tilretteleggingsordninger). Hvordan jobber du med resultater fra nevropsykologiske undersøkelser for å integrere utredningsresultater i pasientens øvrige behandlingstilbud?

Nå er jeg spesialist i klinisk voksenpsykologi, og det er derfor naturlig for meg å bruke nevropsykologiske og sosialkognitive testresultater som et av flere elementer når jeg utformer behandlingsplaner for personer med schizofreni. Jeg anser psykoedukasjon som en viktig del

av psykosebehandling. Her inngår informasjon om hvilken betydning det kan ha hvis man sliter med å tolke andres menneskers følelser og intensjoner, eller har nevropsykologiske vansker. Dette er viktige prediktorer for hverdagsfunksjon. Faktisk er sosial kognisjon en av de viktigste bestemte faktorene for hvordan personer med schizofreni mestrer livet. Dette er det viktig å informere om. Når jeg foretar utredninger for andre og ikke selv har behandlingsansvaret, forsøker jeg å peke på hvordan kunnskap om sosialkognitive vansker kan brukes i forskjellig type behandling, både miljøterapi og individualterapi. Eksempelvis kan theory of mind-vansker gjøre det vanskelig å plukke opp metaforer, humor og andre mer subtile aspekter ved språklig kommunikasjon. Hvis slike spesifikke vansker er tilstede, er det greit for individualbehandler å ta det med seg inn i psykoterapitimen.

2. Ideelt sett skal utredning føre til spesifikke behandlingstiltak. Hvordan opplever du nevropsykologers kompetanse om ulike behandlingstiltak?

Et spesifikt behandlingstiltak for sosialkognitive vansker er sosialkognitiv trening. Jeg opplever nok at nevropsykologer har kunnskap om kognitiv trening, som på flere måter er et utgangspunkt for sosialkognitiv trening, men at kunnskapen om både sosialkognitive vansker og hvordan man som nevropsykolog kan forholde seg til det som mindre. All den tid det er ytterst få sosialkognitive tester på markedet, er ikke det så rart. Når det gjelder sosialkognitiv trening, brukes det her i landet, såvidt meg bekjent, kun i meget begrenset omfang utenom den forskningen jeg selv er involvert i.

3. De siste tiårene har det vokst fram fagområder som har et mye mer optimistisk syn på hjerneplasticitet og muligheten for å (gjenopp)trene kognitive funksjoner. Hvilke konsekvenser bør dette få for faget nevropsykologi?

Jeg har et håp om at kognitive og sosialkognitive treningsprogrammer kan bli et verktøy for de fleste nevropsykologer, i tillegg til testene våre.

4. Nevropsykologi er på mange måter et håndverk knyttet til testkompetanse og fortolkning av testresultater. Hvordan vil dette håndverket stå seg i møtet med stadig bedre databaserte tester og digitaliserte beslutningsstøtte systemer?

Godt, tror jeg. Dyktige fagpersoner trengs uansett, ikke minst hvis jeg får det som jeg vil ved at kognitiv og sosialkognitiv treningskompetanse blir en naturlig del av norske nevropsykologers verktøykasse.

5. Hva ser du som de viktigste utviklingstrendene innen det nevropsykologisk feltet i dag?

Jeg merker helt klart en økende interesse for sosial kognisjon. Det gjelder både nevropsykologer og andre psykologer, psykiatere og nevrologer, og ikke bare de som jobber med psykose. Sosial kognisjon er sentralt ved en rekke tilstander i psykisk helsefeltet, med også ved nevrologiske tilstander. Feltet har bare såvidt begynt å lukte på sosial kognisjon. Jeg ser sosial kognisjon som en naturlig del av nevropsykologien – selv om det altså er noe annet enn og ikke kan reduseres til nevropsykologi!

8. Anita Pühr – nevropsykolog som har jobbet i NAV

1. Et hovedmål med nevropsykologiske utredninger vil for pasientene ofte være å bedre forstå hvordan livet deres vil bli framover og hvordan de selv kan påvirke det i den

retningen de ønsker. Samtidig vet vi i dag at en rekke andre faktorer er viktige for hvordan man til slutt mestrer livet sitt (støtte fra nettverk, resiliens, offentlige tilretteleggingsordninger). Hvordan jobber du med resultater fra nevropsykologiske undersøkelser for å integrere utredningsresultater i pasientens øvrige behandlingstilbud?

Gjennom den endelige rapporten, samt i møte/samtale med personer involvert i rehabiliteringsprosessen (saksbehandler ved NAV lokalt, kommunen, tiltaksarrangører, ansatte ved arbeidsmarkedsbedrifter, m.m.), beskriver jeg ikke bare type og omfang av kognitiv svikt, men også betydningen av testfunn for arbeidsdeltagelse og fungering i privatliv, med et 24-timers perspektiv hvor arbeidssituasjon påvirker privatliv og motsatt. Jeg beskriver så langt som mulig konkrete anbefalinger (andre instanser som bør involveres, kompensierende strategier for kognitive vansker og fatigue, hensiktsmessige arbeidsrettede tiltak, fysisk/sosial tilrettelegging, m.m.) med et språk som er forståelige for både pasienten selv, pårørende og andre faggrupper. I tillegg åpner jeg for muligheten for å ta kontakt senere i rehabiliteringsprosessen dersom det skulle være behov for ytterligere anbefalinger og justeringer i for eksempel tilrettelegging/tiltak. Dette da vi vet at rehabiliteringsprosessen kan strekke seg over flere år.

2. Ideelt sett skal utredning føre til spesifikke behandlingstiltak. Hvordan opplever du nevropsykologers kompetanse om ulike behandlingstiltak?

Variierende. Ofte fokuseres det kun på å avdekke og rapportere type og omfang av kognitiv svikt, uten å relatere dette til implikasjoner for fungering på ulike livsarenaer eller hvilke konkrete tiltak som bør settes i gang (og hvilke etater som bør inn og hvordan). Dette har nok ikke bare med den enkeltes kompetanse om behandlingstiltak å gjøre, men også hvilket mandat man har når man gjennomfører en nevropsykologisk undersøkelse.

3. De siste tiårene har det vokst fram fagområder som har et mye mer optimistisk syn på hjerneplasticitet og muligheten for å (gjenopp)trene kognitive funksjoner. Hvilke konsekvenser bør dette få for faget nevropsykologi?

Det er absolutt grunn til å være optimistisk mtp plasticitet og muligheten for trene opp kognitive funksjoner. Når det gjelder kognitiv trening ved hjelp av databaserte programmer, synes det likevel fortsatt å være en del som står igjen før man har grunnlag til å hevde at dette er et hensiktsmessig rehabiliteringstiltak, blant annet pga vansker med å vise til overførbarhet til det virkelige liv og til hva slags effekt det har over lengre tid, ettersom studier typisk måler effekten kun kort tid (noen få måneder) etter intervensjonen. Databaserte programmer kan imidlertid være et godt supplement til andre kognitive rehabiliteringstiltak (eks kompensierende strategier, arbeidstrening, innsiktsarbeid), hvor personen blir bedre kjent med utfallene sine og kan få en opplevelse av mestring, bedring/fremgang og motivasjon, hvilket også er avgjørende for om man lykkes med rehabiliteringen.

- 4 Nevropsykologi er på mange måter et håndverk knyttet til testkompetanse og fortolkning av testresultater. Hvordan vil dette håndverket stå seg i møtet med stadig bedre databaserte tester og digitaliserte beslutningsstøtte systemer?

Forhåpentligvis vil metoder som anvendes innen kognitiv nevrotenskap etter hvert kunne benyttes mer av nevropsykologer, da dette potensielt vil kunne bedre vurderinger om kognitiv funksjon hos den enkelte pasient. Dette vil likevel ikke fullt og helt kunne erstatte den

«menneskelige» siden ved en utredning, for eksempel nevropsykologens kliniske observasjoner under testing, eller ved undersøkelse av (varme) eksekutive funksjoner, hvor det sosiale/menneskelige elementet i konteksten spiller sterkt inn (jf. Databasert WCST vs manuell).

5. Hva ser du som de viktigste utviklingstrendene innen det nevropsykologisk feltet i dag?

Innflytelse fra kognitiv nevrovitenskap og økt fokus på rehabiliteringstiltak.