



VEILEDER

I KLINISK NEUROPSYKOLOGI

– prinsipper for utøvelse av klinisk
nevropsykologisk virksomhet

3. utgave, 2024

INNHOOLD

FORORD	4
INTRODUKSJON	5
Klinisk nevropsykologi	5
Hva er en spesialist i nevropsykologi?	5
Nevropsykologens rolle	5
Hvor arbeider nevropsykologer?	6
FAGETIKK	6
DEN NEVROPSYKOLOGISKE UTREDNINGEN	7
Innhold i henvisningen	7
Informasjon om utredningen	8
Innhenting av bakgrunnsopplysninger	8
Klinisk førstegangsintervju og anamneseopptak	9
Gjennomføring av utredningen	9
Valg av utredningsmetoder	10
Kvalitative observasjoner	10
Bruk av psykometrisk testtekniker	10
Orienterende nevropsykologisk undersøkelse	11
Retesting	12
Tilbakemelding etter nevropsykologisk utredning	12
VALIDITET VED NEVROPSYKOLOGISKE UTREDNINGER	13
Testbarhet	13
Rus- og medikamentinntak	14
Ledsagere i undersøkelsesrommet	14
Symptomvaliditet og testresultaters validitet	15
Økologisk validitet	16
DEN NEVROPSYKOLOGISKE RAPPORTEN	16
Henvisning og problemstilling	17
Bakgrunnsinformasjon	17
Metodebeskrivelse	17
Normgrunnlag for nevropsykologiske tester	18
Resultatfremstilling	18
Vurdering og konklusjon	20
Anbefaling av videre tiltak og oppfølging	21

OPPBEVARING AV NEVROPSYKOLOGISKE JOURNALDATA	21
NEVROPSYKOLOGENS ROLLE I BEHANDLING	22
NEVROPSYKOLOGISK VURDERING GJENNOM LIVSLØPET	23
Særlige hensyn ved nevropsykologisk utredning av barn	23
Særlige hensyn ved utredning av eldre	25
UTREDNING AV PERSONER MED FUNKSJONS- OG SANSENEDESETTELSE ELLER SANSETAP	26
NEVROPSYKOLOGISK UNDERSØKELSE I KULTURELLE MINORITETSGRUPPER	27
NEVROPSYKOLOGISK UNDERSØKELSE I SAMISK KONTEKST	28
VURDERING AV SAMTYKKEKOMPETANSE	30
VURDERING AV ARBEIDSEVNE	31
VURDERING AV HELSEKRAVENE FOR FØRERKORT OG ANDRE SERTIFIKATER	31
SAKKYNDIGHETSARBEID	33
TELENEVROPSYKOLOGI OG NETTBASERTE UTREDNINGSLØSNINGER	34
KUNSTIG INTELLIGENS I NEVROPSYKOLOGISK PRAKSIS	36
REFERANSER	37
VEDLEGG 1:	
Lovverk, reglement, veiledere og linker til relevant informasjon med betydning for nevropsykologers virksomhet	
VEDLEGG 2:	
Oversikt over bakgrunnsopplysninger det kan være relevant å innhente for en nevropsykologisk utredning	
VEDLEGG 3:	
Kvalitative betegnelser til normalfordelte skåre	

FORORD

I takt med at vi har fått økt kunnskap om hjernen og effekten av sykdom og skade som kan ramme den, har klinisk nevropsykologi som psykologisk spesialitet gjennomgått en betydelig vekst. Antallet norske nevropsykologer øker, og relevansen av klinisk nevropsykologi anerkjennes på stadig flere arenaer innen helsefaglig virksomhet.

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

Første utgave av veilederen kom i 2001 og var ført i pennen av Grete Bryhn og Nils-Inge Landrø.

Andre utgave av veilederen kom ut i 2015 og var utarbeidet av følgende arbeidsgruppe: Marianne Løvsstad (leder), Knut Dalen, Jens Egeland, Roar Glefjell, Heine Hagenberg, Arne Gramstad, Kristian Køhn, Nils-Inge Landrø, Stian Maroni, Jørgen Sundby, Torill Ueland, Anne Grethe Urnes, Bjørg Øygarden.

Revisjonsarbeidet for tredje utgave er gjennomført i perioden januar 2022–juni 2024 av følgende arbeidsgruppe: Stian Stangeland Maroni (leder), Ingerline Kvitvik Aune, Marta Gorecka, Arne Gramstad, Tor Ivar Hansen, Marianne Løvsstad, Annette Holth Skogan, Kristian Sørensen og Katrin Tiller. Sámi psykologasearvi (Samisk psykologforening) har ved leder Dagmar Patricia Steffan bidratt der samiske kontekster og hensyn er nevnt.

Gruppen har arbeidet ut fra mandat gitt av styret i Norsk Nevropsykologisk Forening (NNF).

Veilederen er tilrådd av styret i NNF i styremøte avholdt 04.06.2024

Trondheim, 04.06.2024

INTRODUKSJON

KLINISK NEVROPSYKOLOGI

Klinisk nevropsykologi baserer seg på kunnskap både om normal hjerneutvikling og hjernefunksjon, og om virkningen av ulike forstyrrelser, skader og sykdommer som påvirker den. Klinisk nevropsykologi er «*en anvendt vitenskap som studerer betydningen av både avvikende og normal hjernefunksjon for et bredt spekter av kognitive, emosjonelle, og atferdsmessige funksjoner*» (American Academy of Clinical Neuropsychology, 2007, s. 209–231). Klinisk nevropsykologi omhandler utredning av forholdet mellom hjerne og atferd, men legger også betydelig vekt på rådgivning og klinisk intervensjon. Klinisk nevropsykologisk praksis fordrer derfor spisskompetanse knyttet til hjerneorganiske forhold i kombinasjon med bred allmennpsykologisk forståelse.

HVA ER EN SPESIALIST I NEVROPSYKOLOGI?

Nevropsykologi er en klinisk spesialitet for psykologer i Norge. En spesialist i nevropsykologi er en autorisert psykolog, oftest med fullført profesjonsstudium i psykologi. Ansvarlig godkjenningsmyndighet for autorisasjon er Helsedirektoratet (yrkeskvalifikasjonsdirektivet (2005/36/EF)). Utenlandsk utdanning eller kvalifikasjoner fra EU/EØS vurderes og godkjennes eventuelt som ekvivalent av Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (fra 1. januar 2023). Kvalifikasjoner som vurderes likestilt med den norske spesialistutdanningen i nevropsykologi, må vurderes og anbefales av fagutvalget for nevropsykologi i Norsk Psykologforening.

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

NEVROPSYKOLOGENS ROLLE

God forvaltning av rollen som nevropsykolog krever at man i tillegg til spesifikk kunnskap om hjerne-atferd-sammenhenger, psykometri og fortolkning av testresultater evner å trekke veksel på den generalistkompetansen man har som psykolog. Nevropsykologer vil ofte utøve yrket i skjæringspunktet mellom en rekke tilgrensende fagområder. Dette krever at nevropsykologen kombinerer oppdatert kunnskap og beste praksis fra tilgrensende nevrofag og andre psykologiske spesialiteter og fordypningsfelt.

Nevropsykologer vil vanligvis ha utredning, behandling og oppfølging av pasienter som sine hovedoppgaver. Mens utredning av utviklingsforstyrrelser og ervervede hjerneskader pleide

å utgjøre hovedandelen av våre kliniske problemstillinger, benyttes nevropsykologens kunnskap nå i økende grad også ved utredning og behandling av psykiske lidelser hos barn, unge og voksne. Mennesker med lærevansker og kognitive vansker har større risiko for å utvikle langvarige og tilbakevendende psykiske lidelser. Nevropsykologer i spesialisthelsetjenesten er derfor avgjørende for bred og helhetlig forståelse av pasientenes behandlingsbehov, tilpasning av terapiform og videre utarbeidelse av hjelpetiltak.

I takt med utvidelse av rolle og arbeidsområder bør den nevropsykologiske kompetansen synliggjøres på en måte som gjør den tilgjengelig og nyttig i samarbeid med annet helsepersonell. Å delta aktivt på flere arenaer (f.eks. konsultasjon, rådgiving av psykologer og andre faggrupper, forskning/undervisning eller adm./faglig ledelse) kan øke fagets utnyttelsesgrad og relevans. En utvidet rolleforståelse og bred rolleutøvelse med god formidling av nevropsykologisk fagkunnskap vil bidra til økt kjennskap til og anvendelse av faget, og bidra til informerte kliniske avgjørelser og kvalitetssikring av de tjenestene pasientene mottar i helsevesenet.

HVOR ARBEIDER NEVROPSYKOLOGER?

Nevropsykologer utøver sitt kliniske virke innenfor alle deler av helsevesenet der utredning og/eller behandling av hjerne-atferd-relasjoner kan være relevant: i somatisk helsevesen, på nevrologiske avdelinger, i rehabiliteringsinstitusjoner, i habiliteringstjenesten, innenfor psykisk helsevern for barn, unge og voksne, i tverrfaglig spesialisert behandling, som avtalespesialister i helseregionene, i barnevern, NAV og i privat virksomhet. Ettersom vi i dette dokumentet omtaler nevropsykologers rolle som tilbyder av helsetjenester, benyttes betegnelsen «pasient».

(For oversikt over lovverk, reglement og annet som regulerer nevropsykologers virksomhet, se Vedlegg 1.)

FAGETIKK

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

Nevropsykologer er forpliktet til å følge etiske retningslinjer for nordiske psykologer (EPNP) (Norsk Psykologforening, 2022). De etiske retningslinjene skal hjelpe nevropsykologen til å reflektere over komplekse problemstillinger og til å være forberedt på etiske dilemmaer som kan oppstå. De er organisert etter følgende fire hovedprinsipper:

- Respekt for klientens rettigheter og verdighet
- Kompetanse
- Ansvar
- Faglig integritet

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

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

DEN NEVROPSYKOLOGISKE UTREDNINGEN

NÅR ER NEVROPSYKOLOGISK UTREDNING AKTUELT?

Nevropsykologiske utredninger etterspørres i funksjons-, forløps- og/eller differensialdiagnostiske vurderinger. Funksjonsvurderinger blir gjort der det er kjent skade, sykdom eller funksjonsnedsettelse, og der konsekvensene av dette ønskes kartlagt. Forløpsvurderinger har til hensikt å fange opp endringer i funksjon/prestasjon over tid, f.eks. ved utvikling av en progressiv tilstand, rehabilitering etter skade/sykdom, for å følge barns utvikling, eller ved medikamentutprøving. Differensialdiagnostiske vurderinger kan bidra til avklaring av det relative bidraget fra psykisk lidelse, psykososiale belastninger og/eller somatisk sykdom eller skade, jf. den biopsykososiale modellen.

INNHold I HENVISNINGEN

Nevropsykologisk utredning utføres vanligvis med utgangspunkt i en henvisning fra psykolog eller lege og med en formulert problemstilling. Henvisningen bør gi nevropsykologen en klar forståelse av hvilke spørsmål man vil ha besvart gjennom utredningen, ettersom dette har konsekvenser for metodevalg, omfanget av vurderingen og fremskrivingen av konklusjoner, vurderinger og tiltak. Henvisningen bør inneholde en oppsummering av relevante bakgrunnsopplysninger, som utdrag fra journal med sykehistorie, tidligere gjennomførte undersøkelser og diagnoser samt tidligere og pågående behandling, inkludert mulige effekter/bivirkninger av denne. Andre opplysninger som kan følge en henvisning, er aktuell

oppvekst- og utviklingshistorie, utdannings- og yrkeshistorie, informasjon om rusbruk, sosial funksjon og fritidsaktiviteter. Hvis helsemessige forutsetninger for å inneha ulike sertifikater eller lisenser aktualiseres, bør dette nevnes. Henvisningen bør inneholde aktuelle kliniske betraktninger og begrunnelse for at nevropsykologisk utredning vurderes hensiktsmessig. Eventuelle begrensninger i henvisers kunnskap om nevropsykologisk utredning kan medføre at bestillingen er mangelfull eller ikke mulig å innfri. I slike tilfeller kan det være aktuelt å be henviser om å klargjøre eller supplere henvisningen, slik at relevante bakgrunnsopplysninger foreligger sammen med en klart formulert problemstilling. Pasienten (og foresatte eller pårørende ved utredning av barn eller personer uten samtykkekompetanse) skal være informert om henvisning og bakgrunnen for denne.

INFORMASJON OM UTREDNINGEN

Det må sikres at pasienten er informert om hvorfor han/hun er henvist til nevropsykologisk utredning, og om mulige konsekvenser av denne, herunder informasjon om psykologens taushetsplikt og opplysningsplikt. Ettersom resultater fra utredningen kan være forbundet med negative konsekvenser for pasienten, bør dette formidles på en måte som er tilpasset den enkelte pasients forståelsesevne og psykologiske sårbarhet. Pasienten skal i grove trekk informeres om hva testene er ment å måle, og hvordan utredningen gjennomføres i praksis. Ved utredning av barn må det spesielt tas hensyn til utviklingsnivå, og foresatte skal informeres. Det bør også informeres om hvordan tilbakemelding og utsendelse av rapport vil foregå. Med mindre meldeplikten anses utløst, skal pasienten samtykke til at rapporten oversendes til andre instanser enn henviser. Det bør innhentes samtykke, fortrinnsvis skriftlig, før innhenting av informasjon fra andre instanser i helsevesenet eller komparenter. Samtykke gitt muntlig skal journalføres. Dersom undersøkelsesrommet er utstyrt med observasjons- eller opptaksmuligheter, slik som enveisvindu, mikrofon og/eller kamera, skal pasienten informeres om dette.

INNHENTING AV BAKGRUNNSOPPLYSNINGER

Psykologen skal sikre at opplysninger som er nødvendige for å besvare henvisningen, er tilgjengelige. Innhenting av bakgrunnsinformasjon skal sikre en tilstrekkelig forståelse av aktuell funksjon og forløp basert på pasientens nåværende og tidligere situasjon. Hva som er nødvendige bakgrunnsopplysninger, vil variere ut fra målsettingen med utredningen, tilstanden som utredes, og situasjonen på undersøkelsestidspunktet. Komparentopplysninger er bakgrunnsopplysninger fra personer med særlig kjennskap til pasienten. Ved utredning av barn må komparentopplysninger innhentes, da oftest fra foresatte og andre involverte instanser. Eventuelle tidligere testresultater bør være tilgjengelige, slik at de kan drøftes i lys av aktuelle resultater. Innhenting av bakgrunnsopplysninger kan medføre justeringer av problemstilling og påvirke metodevalg slik at vurderinger, konklusjoner og forslag til tiltak blir mest mulig riktige og anvendbare.

KLINISK FØRSTEGANGSINTERVJU OG ANAMNESEOPPTAK

En nevropsykologisk undersøkelse av voksne begynner oftest med et klinisk intervju/ anamneseopptak. Dette er vanligvis psykologens første møte med pasienten og har flere viktige funksjoner. Intervjuet gir psykologen inntrykk av pasientens kognitive status i samtale, personlighet, kommunikasjonsferdigheter og sosial fungering. Samtalen er vesentlig for etablering av kontakt og tillit, begge forutsetninger for en valid nevropsykologisk undersøkelse. Psykologen får her mulighet til å vurdere faktorer som kan ha betydning for testprestasjoner, slik som sensori-motoriske vansker, tretthet, ruspåvirkning, bivirkninger av medisiner, motivasjon og emosjonell tilstand/stemningsleie. Pasientens egen opplevelse av sin situasjon står sentralt. I førstegangsintervjuet skal man sikre at pasienten er klar over bakgrunnen for henvisningen og rammene for utredningen. Hos barn eller personer med svært nedsatt kognitivt funksjonsnivå vil førstegangssamtale og anamneseopptak ofte gjennomføres med foresatte eller andre pårørende.

Aktuelle og tidligere kognitive vansker eller symptomer som kan knyttes til problemstillingen i henvisningen, skal kartlegges ved anamneseopptaket. Tidligere hjerneorganisk skade og/ eller sykdom som kan ha medført kognitive funksjonsvansker, er særlig viktig å kartlegge. Anamnesen bør inkludere spørsmål om tidlig utvikling, skolegang inkludert spesial-pedagogiske behov, yrkeshistorikk, søvn, ernæring, medisiner, forhold til stimulantia, økonomi og boforhold, relasjonelle forhold, sosialt nettverk og fritidsinteresser. Kartlegging av premorbid og aktuell fysisk funksjon, livsbelastninger, mestringsstil, tidligere behandlingstiltak og opplysninger om mulig arvelig belastning bør også inngå. Det vil ofte også være aktuelt å kartlegge eventuelle beskyttende faktorer og sårbarhetsfaktorer som f.eks. psykisk helse og fungering og andre forhold enn hjerneorganisk skade eller sykdom som kan tenkes å påvirke testresultatene.

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

GJENNOMFØRING AV UTREDNINGEN

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

VALG AV UTREDNINGSMETODER

En full nevropsykologisk utredning omfatter bruk av et bredt spekter av funksjonstester med kjente og akseptable psykometriske og kliniske egenskaper. Vanligvis vil dette inkludere metoder for vurdering av sensori-motorisk og perseptuell funksjon, oppmerksomhet, psyko-motorisk tempo og mental effektivitet, verbal og visuell innlæring, lagrings- og gjenkallings-evne, språklig fungering, visuospatiale og visuokonstruktive ferdigheter, eksekutive funksjoner og generell intellektuell kapasitet (IQ). Ofte vil det være aktuelt med vurdering av psykisk helse og adaptiv funksjon, der særlig psykososiale ferdigheter og hverdagsferdigheter bør beskrives i sammenheng med forventninger til alder. Ved enkelte problemstillinger vil personlighetsvurderinger inngå. Dette gjøres ved bruk av strukturerte kartleggingsverktøy, som for eksempel spørreskjema eller strukturerte kliniske intervjuer som besvares av pasienten selv eller av komparent.

Valg av metoder, deres kompleksitet og omfanget av utredningen er nevropsykologens ansvar og tilpasses den aktuelle henvisningsgrunn, formålet med utredningen, pasient-gruppen og individuelle forhold. Funn som gjøres underveis, vil i noen tilfeller kreve endring i planlagt undersøkelsesprotokoll. Oppdaterte og internasjonalt aksepterte retningslinjer for testbruk vedtatt av International Test Commission (ITC) finnes i norsk oversettelse (NPF) i «ITCs retningslinjer for testbruk, norsk oversettelse».

(Se vedlegg 1 for lenke til nedlastning av ITCs retningslinjer for testbruk, norsk oversettelse.)

KVALITATIVE OBSERVASJONER

Nedtegnelsen av kvalitative observasjoner er en vesentlig del av utredningen. Typiske eksempler er manglende forståelse av testinstruksjoner, utålmodighet, impulsiv responsstil, variabel oppmerksomhet, redusert motivasjon, likegyldighet, prestasjonsangst, emosjonelle reaksjoner og trettbarhet. Observasjon av spontane mestringsstrategier og kompensering kan også gi viktig informasjon. Kvalitative observasjoner bør knyttes til spesifikke testresultater der dette er relevant. Når det gjelder utredning av barn, er det i tillegg nyttig med observasjoner av barnet i sitt kjente miljø, f.eks. barnehage/skole.

BRUK AV PSYKOMETRISK TESTTEKNIKER

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

Psykologen er faglig ansvarlig for det utredningsarbeidet som utføres. Ved bruk av psyko-metrisk hjelpepersonell / testtekniker skal psykologen alltid ha selvstendig kontakt med den aktuelle pasienten. Oftest vil dette være ved anamneseopptak eller innledende klinisk intervju. Det skal særskilte grunner til for ikke å møte pasienten før valg av metoder og planlegging av utredningens gjennomføring. Psykologen vil da klargjøre hensikten med utredningen og informere pasienten om hva som skal skje. Psykologen bør gjennomføre deler av utredningen selv og skal ha observert pasientens testatferd direkte, eventuelt indirekte via enveisvindu eller videostreaming med opptaksmulighet. Psykologen står ansvarlig for tolkning av resultater og rapportskriving. Hjelpepersonellet må gjennom test-forløpet ha mulighet til å konferere med ansvarlig psykolog, også når denne ikke observerer. Dette kan for eksempel være i tilfeller der det oppstår uforutsette situasjoner og endringer i testsituasjonen. Det kan eksempelvis oppstå endringer i pasientens motivasjon eller emosjonelle reaksjoner på testsituasjonen som vanskeliggjør fortsettelse og gjennomføring av undersøkelsen.

Relevante kvalitative observasjoner av atferd i testsituasjonen bør rapporteres skriftlig i et observasjonsnotat av testtekniker. Slike kvalitative observasjoner fra testsituasjonen bør gjengis i et beskrivende, ikke-fortolkende format, for å sikre at alternative fortolkninger forblir mulig. Ved bruk av hjelpepersonell er det viktig at disse er godt trent til å gjøre slike kvalitative observasjoner. Det er psykologens ansvar å sørge for at hjelpepersonell har nødvendig opplæring. Nevropsykologiske utredninger som i betydelig grad baserer seg på kliniske observasjoner, og der tester er gjennomført med avvik fra eller tilpasning av standardisert bruk, skal foretas av psykolog.

ORIENTERENDE NEVROPSYKOLOGISK UNDERSØKELSE

I noen sammenhenger vil det være hensiktsmessig med en kortere orienterende undersøkelse. Dette er vurderinger som i omfang er mer enn svært grove vurderinger som for eksempel Mini Mental Status-undersøkelse, men ikke så omfattende som en full nevro-psykologisk utredning. Orienterende undersøkelse kan være hensiktsmessig ved vurdering av om det foreligger indikasjon for viderehenvisning til mer omfattende nevropsykologisk utredning, ved behov for grov kartlegging tidlig i et forløp og i tilfeller der spesifikke kognitive funksjoner skal kartlegges eller monitoreres. Hvis en orienterende undersøkelse utføres av en ikke-spesialist, eller psykolog med annen spesialitet enn nevropsykologi, bør det utvises forsiktighet. Tilgang til konsultasjon eller veiledning fra spesialist i nevropsykologi eller annen psykolog med betydelig arbeidserfaring innenfor aktuelle kliniske vurderinger anbefales. Gevinsten ved gjennomføring av kortere orienterende nevropsykologiske undersøkelser må alltid avveies mot risiko for falske positive og falske negative resultater. Det er psykologen som vurderer om det er hensiktsmessig med orienterende undersøkelse utover et klinisk intervju, og hvilke metoder som i så fall er indisert. Det vil oftast være hensiktsmessig at en orienterende nevropsykologisk undersøkelse inneholder enkelte

mål på følgende funksjonsområder: evnenivå, persepsjon, motorikk, prosesseringshastighet/ mentalt tempo, selektiv oppmerksomhet / inhibisjon, mental fleksibilitet, innlæring og hukommelse samt verbal og nonverbal resonneringsevne. En vurdering av psykisk tilstand bør også inngå.

RETESTING

Det er ofte aktuelt at samme person gjennomgår flere nevropsykologiske undersøkelser. Det bør vurderes om parallelle versjoner av tidligere benyttede tester eller andre tester enn i foregående utredning skal benyttes. Hensikten med vurderingen, og forløpt tid siden forrige undersøkelse, vil legge føringer for løsning på denne utfordringen. Dersom en velger å benytte samme tester på nytt, må man vurdere om eventuelle endringer er knyttet til endret funksjon, retesting og/eller andre forhold. Som støtte i slike vurderinger kan det være aktuelt å bruke metoder som korregerer for forventet variasjon ved repeterte målinger / reliabilitet. Uansett bør problemstillingen vurderes i forbindelse med tolkning av resultater. Ved planlegging av førstegangsundersøkelse bør det vurderes om det kan bli behov for retesting, og det bør velges tester og testtidspunkt med tanke på dette. Eksempelvis kan man være forsiktig med å benytte mange eller for vanskelige metoder tidlig i forløpet etter f.eks. skade, som vil ha større nytteverdi på et senere tidspunkt.

TILBAKEMELDING ETTER NEVROPSYKOLOGISK UTREDNING

Pasienter som har gjennomgått en nevropsykologisk utredning, har krav på en tydelig og forståelig tilbakemelding i en egen samtale. Tilbakemeldingens format skal tilpasses pasientens alder og funksjonsnivå og skal omfatte psykologens tolkning av resultater, konklusjoner og videre anbefalinger. Tilbakemeldingen bør bære preg av dialog, der pasienten får mulighet til å stille spørsmål, få avklaringer ved behov og kommentere vurderingen som er gjort. Den som gir tilbakemelding, bør være den som har det faglige ansvaret for utredningen, og ikke tredjeperson. Ved utredning av barn bør deres foresatte samt skole og/eller andre sentrale instanser rundt barnet få en tilbakemelding som øker deres forutsetning for å kunne fylle sin rolle best mulig. Ved kognitiv svikt hos voksne kan en tredjeperson, f.eks. pårørende/foresatt/verge, med fordel ledsage pasienten ved tilbakemelding. Tilbakemelding bør tilbys over flere avtaler om nødvendig, med utgangspunkt i pasientens forutsetninger. Det kan også være aktuelt med skriftlig tilbakemelding uten fagspråk via en pasientorientering. Tredjepart, for eksempel behandlende lege, NAV, skole eller tverrfaglig team, kan ha behov for muntlig gjennomgang av utredningsfunn utover skriftlig rapport, da dette kan bidra til at pasientens behov møtes på en bedre måte i etterkant. Dette skal i tilfelle være klarert med pasienten eller hans/hennes foresatte (verge), og det skal vurderes hvilken informasjon som er nødvendig for at den aktuelle tredjepart skal kunne fylle sin rolle overfor pasienten.

VALIDITET VED NEUROPSYKOLOGISKE UTREDNINGER

En rekke forhold som ikke er relatert til hensikten med utredningen, kan påvirke prestasjon på nevropsykologiske tester. Som del av klinisk førstegangsintervju er det vanlig at psykologen innhenter informasjon som har betydning for tolkning av testresultaters validitet. Dette omfatter informasjon om personlige og situasjonelle forhold som alder, utdanningsnivå, kultur, språk, motivasjon, dagsform, søvnmangel, fatigue, pågående medikasjon med potensiell effekt på kognitiv funksjon, endringer i slik medikasjon, aktuell somatisk sykdom og psykiske symptomer, rusbruk de siste ukene eller endringer i dette, og akutte psykososiale belastninger. Har pasienten begrenset fargesyn, korrigert syn eller nedsatt hørsel? Bruker pasienten briller eller høreapparat, så må disse anvendes. Det bør registreres om det er forhold som gjør at den aktuelle sykdomstilstanden som skal utredes, er atypisk nettopp på undersøkelsestidspunktet.

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

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

TESTBARHET

Mange forhold kan påvirke den enkelte pasients forutsetninger for å kunne gjennomgå en nevropsykologisk undersøkelse med standardiserte tester. Det kan være omfattende kognitiv funksjonsnedsettelse, tale- og motoriske vansker, sansetap, redusert motivasjon, rus- og/eller medikamentpåvirkning, søvnmangel, trettbarhet, kroniske smertetilstander, dårlig ernæringsstatus, lavt energinivå, alvorlig psykisk lidelse, redusert evne til realitetstesting, bevissthetsforstyrrelser eller demens.

I tilfeller der pasienten viser manglende forståelse av testinstruksjoner eller presterer svært svakt, kan modifisering av retningslinjene for testadministrasjon være aktuelt. Slike modifiseringer skal beskrives i rapporten. En bør da beskrive hvorfor tilpasningene er gjort, og hvordan eller i hvilken grad de kan tenkes å ha påvirket testresultatene. Fleksibel testing av yngre barn der tester må tilpasses barnets funksjonsnivå, krever erfaring og godt klinisk skjønn. Psykologer i spesialisering bør ha veiledning av spesialist ved tolkning og beskrivelse

av resultater. Ved åpenbar omfattende kognitiv dysfunksjon vil standardisert testing i noen tilfeller ikke være hensiktsmessig, og en vurdering vil i betydelig grad baseres på klinisk observasjon. Grunnlaget for vurderingen bør dokumenteres.

RUS- OG MEDIKAMENTINNTAK

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

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

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

LEDSAGERE I UNDERSØKELSESROMMET

Nevropsykologiske tester er i utgangspunktet standardisert under den forutsetning at kun to personer er til stede under testingen. Tilstedeværelse av familiemedlem, venn, omsorgs- og pleiepersonell, verge, tolk eller andre kan påvirke testresultatene. I hovedsak bør derfor psykolog og pasient være alene i testsituasjonen. Det er imidlertid situasjoner der unntak fra dette prinsippet er nødvendig og riktig. Det kan dreie seg om sikkerhetsmessige eller juridiske forhold ved kjente atferdsvansker/kriminalitet, eller situasjoner der emosjonelle eller kognitive forhold gjør det vanskelig å etablere en tillitsfull samarbeidsrelasjon mellom psykolog og pasient uten ledsager til stede. Sistnevnte kan særlig være aktuelt ved testing av barn. For å forebygge påvirkning i testsituasjonen må psykologen gi instruksjoner om hvordan vedkommende bør forholde seg. Mulige konsekvenser av eventuelle avvik fra standard testprosedyre må drøftes og tas hensyn til i fortolkning av resultatene fra utredningen. I testsituasjoner som forventes å bli krevende, bør filming vurderes for å drøfte resultater videre med kollega eller veileder før konklusjon. Ved filming må det innhentes skriftlig samtykke fra pasient, ev. foresatt.

SYMPTOMVALIDITET OG TESTRESULTATERS VALIDITET

I noen tilfeller vil det i løpet av en nevropsykologisk utredning forekomme prestasjoner som kan gi mistanke om aggraving (overdrivelse) av plager. Aggraving handler ikke nødvendigvis om hvorvidt en person er ærlig eller ikke, ettersom både bevisste og mindre bevisste forhold kan påvirke grad av innsats. Testresultaters pålitelighet kan videre variere innenfor ulike funksjonsområder hos samme person. Tegn til aggraving kan dreie seg om misforhold mellom testresultater og funksjon/skademekanisme eller testprofiler som er motstridende, usannsynlige eller inkonsistente ut fra kunnskap om hjerne-atferd-relasjoner. Pasientens motiver for å forsterke eller overdrive sine vansker kan være et ønske om å bli tatt på alvor, bli forstått eller få en rettferdig behandling. I noen tilfeller vil motivasjonen bak aggraving eller simulering være mer intendert, f.eks. i tilfeller der økonomiske insentiver og muligheten for tilegnelse av ulike former for trygde- eller erstatningsmessige rettigheter gjør seg gjeldende.

Det finnes formelle verktøy for å identifisere mangelfull innsats eller aggraving. Disse deles i to hovedgrupper. Den ene er hvor validitetsmål genereres ut fra ordinære kliniske tester, og som angir hvor ofte bestemte resultatkonfigurasjoner kan forventes å oppstå. Den andre gruppen er frittstående tester som er utviklet spesielt med tanke på å måle innsats. Disse bør om mulig administreres så tidlig som mulig i undersøkelsen. Uttalelser om aggraving bør være basert på konkrete observasjoner eller resultater. Ved mistanke eller klare indikasjoner på tester om at skårene ikke er valide, vil det i mange tilfeller være hensiktsmessig å ta dette opp med pasienten underveis i undersøkelsen. Pasienten får da en anledning til å justere sin testatferd. Noen ganger vil slike mistanker først oppstå et stykke ut i undersøkelsesforløpet, og testresultatene må da tolkes med nødvendige forbehold. Dersom prestasjonen fortsatt oppfattes å ikke være valid, etter samtale med pasienten om innsats og motivasjon, vil det ofte være uhensiktsmessig å fortsette utredning. I det sistnevnte tilfellet vil en unngå unødvendig bruk av tid og ressurser ved å avbryte undersøkelsen. Henviser skal i så fall informeres om problematikken. Uttalelser om simulering eller aggraving bør være basert på konkrete observasjoner eller resultater på validitetstester. Klinisk skjønn og fintfølelse må legges til grunn i slike situasjoner, da de utgjør en særlig faglig og etisk utfordring. Psykologer under spesialisering bør drøfte mistanke om ikke valide testprestasjoner med veileder eller en erfaren kollega så fort en slik mistanke oppstår.

Formell testing av symptomvaliditet er særlig aktuelt i sakkyndighetsvurderinger med erstatningspotensial, i rettspsykiatriske vurderinger, i situasjoner der økonomiske rettigheter er aktualisert, eller der det kommer frem et misforhold mellom testresultater og funksjon eller skademekanisme. Det er alltid viktig å være konkret både med tanke på forhold som kan svekke eller styrke validiteten. Når nevropsykologer får spørsmål om troverdigheten ved resultatene i retten, er det viktig at uttalelsen avgrenses til å gjelde den nevropsykologiske undersøkelsen, og ikke til troverdighet generelt.

ØKOLOGISK VALIDITET

Forhold ved testen diagnostiske sensitivitet og spesifisitet, dvs. både evnen til å fange opp underliggende patologi eller funksjonssvikt og robusthet mot feilaktig å indikere slik patologi/funksjonssvikt, må alltid vurderes. Funksjonsvurderinger, hvor utredningens hensikt er rådgivning som gjelder for eksempel arbeidsevne, skolefungering eller rehabilitering og prognose, reiser vesentlige spørsmål om metodenes økologiske validitet. Dette vil si i hvilken grad målinger av funksjon egner seg til å predikere funksjon på ulike livsarenaer. Testsituasjonen kan bidra til at kognitive vansker som gjør seg gjeldende i ustrukturerte og sammensatte hverdagssituasjoner, ikke avdekkes. Noen vil også kunne fungere bedre i kjente dagliglivsaktiviteter enn i en testsituasjon. I mange tilfeller vil det være nødvendig å inkludere validerte selvrapporteringsskjemaer og/eller andre mål på hverdagsfungering som en del av utredningen. Man skal som hovedregel innhente komparentopplysninger som kan kaste lys over hverdagsfungering. I tillegg kan en samtale med pasienten om eventuelle diskrepanser mellom skårer i testprofilen og beskrevet hverdagsfungering gi verdifull informasjon og styrke undersøkelsens validitet.

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

DEN NEVROPSYKOLOGISKE RAPPORTEN

Det skal som hovedregel utformes en skriftlig rapport etter en nevropsykologisk utredning. Hovedformålet med rapporten er å gi faglige vurderinger som peker tilbake på den aktuelle problemstillingen, med størst mulig grad av relevans for pasientens aktuelle situasjon. Vanlige krav til helsepersonells erklæringer skal oppfylles (Helsepersonelloven § 15). En nevropsykologisk rapport bør ta utgangspunkt i følgende hovedinndelinger: 1) henvisning og problemstilling, 2) bakgrunnsinformasjon, med redegjørelse for informasjonskilder, 3) observasjoner og komparentopplysninger, 4) metodebeskrivelse, 5) resultatfremstilling, 6) vurdering og konklusjon, 7) anbefalinger og forslag til tiltak samt 8) en appendiks med testskårer som besørger mulighet for retesting og etterprøvbarhet. Generelt skal en nevropsykologisk rapport bære preg av transparens og etterprøvbarhet, der det klart fremgår hva som utgjør grunnlaget for de konklusjonene som trekkes. Resultater bør fremstilles med et presisjonsnivå som muliggjør etterprøving av tolkning og konklusjoner. Det bør gjennomgående være klart for den som leser, hva som er deskriptiv informasjon, og hva som utgjør psykologens egen syntese og fortolkning av funnene.

Avhengig av hvem som er mottaker av rapporten, og hva som er hensikten med utredningen, kan rapportens struktur og lengde variere. Særlig vil det være variasjon med tanke på hvor

omfattende rapporten skal være; for eksempel vil forkortede eller forenklede rapporter i en del tilfeller være hensiktsmessige. Spesielle rapporter (som sakkyndige vurderinger og spesialisterklæringer) kan ha særskilte krav til struktur og innhold. Det er viktig å sikre at rapportens hovedpoeng er konsise og kommer godt frem, noe som forutsetter kritisk gjennomgang av rapportens detaljnivå og omfang. Rapporten bør i den forbindelse også ha et sammendrag som skal være enkelt å forstå for pasienten.

HENVISNING OG PROBLEMSTILLING

Utgangspunktet for en nevropsykologisk utredning vil i de fleste tilfeller være en henvisning der man bes vurdere om det foreligger kognitiv dysfunksjon som kan ha ulike former for etiologi, som f.eks. medfødte avvik, utviklingsforstyrrelse, psykisk lidelse, hjerneorganisk sykdom eller skade. Rapporten bør angi hvem som er henviser, hvem som mottar kopi av rapporten, og hva som er problemstillinger. I enkelte tilfeller kan det være aktuelt å presisere ytterligere ved å oppgi hva resultatene ikke er egnet til å gi svar på.

BAKGRUNNSINFORMASJON

Relevant bakgrunnsinformasjon og anamnesticke opplysninger som er innhentet, angis i rapporten. Det bør fremgå hvor disse kommer fra, slik at det klart kan skilles mellom egenrapportering fra pasienten, komparentopplysninger og informasjon innhentet fra annet helsepersonell / journal. Bakgrunnsinformasjon som kan eksponere sider ved pasienten eller vedkommendes nærmeste på en måte som ikke tjener noe formål ut fra utredningens målsetting, bør ikke tas med i rapporten. I tilfeller hvor det ikke har vært mulig å innhente alle relevante opplysninger, bør det komme frem hvilke avgrensninger og forbehold dette medfører for konklusjonene.

METODEBESKRIVELSE

For å sikre etterprøvnbarhet og transparens i vurderingene skal det gis en oversikt over hvilke metoder som er benyttet i utredningen, og avveininger som er gjort med tanke på valg av metoder, bør komme frem. Dette kan f.eks. omhandle pasientens språkferdigheter, sansetap, sensorisk-motoriske begrensninger eller trettbarhet. Tester og øvrige kartleggingsinstrumenter skal navngis.

NORMGRUNNLAG FOR NEVROPSYKOLOGISKE TESTER

Resultater av nevropsykologiske tester vurderes oftest opp mot et normgrunnlag. I noen tilfeller vil det være usikkerhet knyttet til tolkningen av testresultater der normene ikke er norske og har usikker gyldighet i Norge, er av eldre dato, eller er basert på små og/eller selekterte utvalg. Man kan heller ikke uten videre sammenligne testresultater på tvers av

ulike normsett. Psykologen må kjenne til begrensninger i normgrunnlaget for de testene en bruker, og ta høyde for der det er nødvendig. I en nevropsykologisk rapport bør det kommenteres dersom det er særskilte utfordringer knyttet til normbruk, eller om man har brukt andre normsett enn det som betraktes som vanlig i fagmiljøet.

RESULTATFREMSTILLING

I en nevropsykologisk rapport vil resultatdelen i første rekke omfatte data fra nevropsykologiske tester og kliniske observasjoner. Resultatdelen holdes i en deskriptiv form, og den bør inneholde både en kvantitativ og kvalitativ fremstilling av resultater. Tabeller og visuelle fremstillinger av resultater på ulike funksjonsområder kan med fordel benyttes.

I den nevropsykologiske rapporten skal det på en tydelig og ensartet måte fremkomme hvordan kvalitative begreper relaterer seg til testskårenes plassering i en statistisk fordeling i normgruppen. En kvalitativ rapportering av testresultater uten klar referanse til kvantitative mål er derfor utilstrekkelig.

Det har vist seg å være stor variasjon mht. hvilke begreper norske nevropsykologer benytter for å beskrive testresultater relativt til normgruppens fordeling. Dette er problematisk fordi den deskriptive terminologien kan ha stor betydning for hvordan vi forstår og formidler testskårer. Det kan skape usikkerhet og forvirring i kommunikasjonen mellom nevropsykologer, og i formidlingen av testresultater til henviser og andre instanser. Det kan også skape en uønsket variasjon i hvordan vi gir tilbakemelding til pasienten. Det er derfor formålstjenlig at man etablerer en mest mulig ensartet bruk av terminologi. Utfordringer knyttet til dette temaet er adressert internasjonalt. I 2020 publiserte The American Academy of Clinical Neuropsychology resultatene fra et grundig og flerårig konsensusbasert arbeid (Guilmette et al. 2020), der man anbefaler en felles bruk av kvalitative begreper i beskrivelse av testresultaters plassering i en normalfordelingskurve. Det anbefales at norske nevropsykologer benytter samme inndeling, med tilhørende norske begreper som angitt nedenfor.

Resultatfremstilling og tolkning av resultatene skal holdes fra hverandre i den forstand at det er psykologens oppgave å avgjøre om testprestasjoner på et gitt område vurderes som klinisk betydningsfulle. Slike avgjørelser tas på grunnlag av informasjon om mønster i testskårer innenfor og på tvers av funksjonsområder, observasjoner og annen relevant informasjon om pasienten. Dette betyr eksempelvis at en skåre som befinner seg 1,5 SD under normgruppens gjennomsnitt, kan vurderes som uttrykk for kognitiv svikt hos én pasient, mens det for en annen ikke ansees som uttrykk for en funksjonsnedsettelse/kognitiv svikt som krever tiltak eller behandling.

Unntak fra den angitte inndelingen kan være nødvendig i en diagnostisk eller rettslig sammenheng, for eksempel der vurdering av IQ-skårer gjøres for å besvare spørsmål om intellektuell funksjonsnedsettelse.

Tabell 1: Kvalitative betegnelser knyttet til skårenes plassering på en normalfordelingskurve

Terminologi	Standard skåre	Prosentil	Terminologi
Svært høy skår	≥ 130	≥ 98	Svært høy skår
Over gjennomsnittlig skår	120–129	91–97	Over gjennomsnittlig skår
Høy gjennomsnittlig skår	110–119	75–90	Høy gjennomsnittlig skår
Gjennomsnittlig skår	90–109	25–74	Gjennomsnittlig skår
Lav gjennomsnittlig skår	80–89	9–24	Lav gjennomsnittlig skår
Under gjennomsnittlig skår	70–79	2–8	Under gjennomsnittlig skår
Svært lav skår	< 70	< 2	Svært lav skår

(Se grafisk illustrasjon; Figur 1 i Vedlegg 3)

Eksempel på kvalitative beskrivelser av ulike T-skårer:

T= 20: «Pasienten oppnådde en svært lav skår på test som måler ...»
T= 35: «Pasienten oppnådde en under gjennomsnittlig skår på test som måler ...»
T= 40: «Pasienten oppnådde en lav gjennomsnittlig skår på test som måler ...»
T= 50: «Pasienten oppnådde en gjennomsnittlig skår på test som måler ...»
T= 60: «Pasienten oppnådde en høy gjennomsnittlig skår på test som måler ...»
T= 65: «Pasienten oppnådde en over gjennomsnittlig skår på test som måler ...»
T= 80: «Pasienten oppnådde en svært høy skår på test som måler ...»

Tabell 2: Kvalitative betegnelser knyttet til testresultaters plassering ved en ikke-normalfordelt spredning av skårer

Prosentil*	Kvalitativ betegnelse
>24	Upåfallende skår
9-24	Lav gjennomsnittlig skår
2-8	Under gjennomsnittlig skår
<2	Svært lav skår

* Merk at noen tester har inverterte skårer med mht. hva som kjennetegner et hhv. godt/svakt resultat.

* Merk at noen tester oppgir en grenseverdi der en skår over denne beskrives som en *upåfallende* skår, mens en skår under grenseverdien regnes som en *påfallende* skår. På validitetstester beskrives en skår under grenseverdi som *påfallende* i resultatdelen.

Tallgrunnlaget for den kvalitative beskrivelsen av testresultater skal foreligge. For å unngå for detaljrike og lite leservennlige resultatseksjoner kan råskårer og standardiserte skårer dokumenteres på egne oversiktsark og legges ved rapporten.

Det bemerkes at man i resultatdelen omtaler skårer på enkelttester. Det er først i vurderingsdelen av en rapport at man konkluderer med tanke på pasientens funksjonsnivå innenfor kognitive domener, noe som er resultat av en faglig totalvurdering. Beskrivelse av skårer, og fortolkning med hensyn til prestasjonsnivå, bør altså alltid holdes fra hverandre, og sistnevnte bør alltid settes i kontekst.

I tillegg til normative tolkninger av testresultater gjøres også ipsative vurderinger, dvs. å se pasientens nevropsykologiske funksjonsprofil opp mot kunnskap om premorbid funksjon (IQ/holdtester, utdanningsnivå, skoleprestasjoner og yrkeshistorie), og drøfting av eventuelle svake testprestasjoner relativt til antatt premorbid funksjon. Relative styrker og svakheter som kommer frem i testprofilen, inngår i ipsative vurderinger og bør kommenteres.

VURDERING OG KONKLUSJON

Psykologen skal presentere en helhetlig vurdering og konklusjon som reflekterer den aktuelle henvisningsgrunnen/problemstillingen. Denne delen av rapporten vil ha størst betydning for mottaker, og den bør derfor holdes i et allment tilgjengelig språk. Det skal presenteres en overordnet oppsummering av resultater, med en tydelig konklusjon. Det bør gjøres en vurdering av utredningens validitet. Differensialdiagnostiske betraktninger som er gjort, bør komme frem. Eventuell usikkerhet knyttet til konklusjoner skal drøftes. Ved behov gjøres en vurdering av prognose og behov for revurdering. Man bør generelt være varsom med å patologisere milde avvik fra forventede prestasjoner, og pasientens ressurser og sterke sider bør komme frem. For barn kan tidlig intervensjon redusere risiko og skjevutvikling og hindre sekundær problematikk. Derfor bør terskelen for å påpeke og beskrive mulig svikt, samt anbefale tiltak, være noe lavere ved utredning av barn.

ANBEFALING AV VIDERE TILTAK OG OPPFØLGING

Den nevropsykologiske utredningen og rapporten danner ofte basis for planlegging av tiltak/behandling. Resultater inngår i en helhetlig vurdering av pasientens vansker og ressurser, en forståelse av den medisinske og psykososiale situasjonen pasienten

befinner seg i, samt psykologiske forhold i fortid eller nåtid som innvirker på pasientens situasjon.

Den nevropsykologiske rapporten og tilbakemeldingssamtaler bør presisere hvilke områder tiltak bør settes inn på, hvilken type tiltak det dreier seg om, og hvilket omfang disse bør ha. Rapporten kan også vise til nettsteder, hefter og annen litteratur hvor det gis tips og råd vedrørende tilrettelegging for kognitive vansker. Forslag til tiltak må tilpasses den enkelte pasients situasjon og legge vekt på pasientens ressurser og sterke sider, samt pasientens egen motivasjon og vurdering av sin situasjon. Ofte vil det være aktuelt med generell rådgivning til pasienter og familien om hvordan kognitive vansker kan innvirke på forholdet til familie, skole, arbeid og venner, og med anbefalinger om hvilke ressurser som bør settes inn. Det er ofte aktuelt å beskrive behov for oppfølging fra andre instanser. I flere sammenhenger bør det med bakgrunn i den nevropsykologiske funksjonsprofilen skisseres forslag til tiltak og tilpasninger som kan komme pasienten til gode i sammenheng med arbeidsliv, lærings- og utdannings-situasjoner samt sosial fungering. Foreslåtte tiltak må være realistiske og gjennomførbare i den livskonteksten pasienten befinner seg i. Oppramsing av tiltak som ikke er realiserbare med tanke på pasientens forutsetninger og tilgjengelige rettmessige behandlingstilbud, bør unngås. I tilfeller der en nevropsykologisk utredning avdekker behov for videre utredning eller behandling i helsevesenet, skal psykologen bidra til at pasienten blir viderehenvist til aktuelle instanser.

Psykologer har meldeplikt med hensyn til om de nødvendige forutsetninger for å inneha førerkort og flere andre typer sertifikater og lisenser er oppfylt (se s. 23 og vedlegg 1). Psykologer har meldeplikt til barnevernet (se s. 19 og vedlegg 1), samt meldeplikt for institusjon gjennom vergemålsloven (se s. 19 og vedlegg 1).

OPPBEVARING AV NEVROPSYKOLOGISKE JOURNALDATA

Det er en trend i retning av økende åpenhet om og brukermedvirkning i helsepersonells arbeid og vurderinger. Dette er en positiv utvikling som bidrar til kvalitetssikring av utredningen og til at pasienten får et eierforhold til sin helsehjelp. Økt åpenhet medfører imidlertid noen utfordringer ved oppbevaring av noen typer rådata. Testprotokollen, som inneholder pasientens faktiske utførelse av tester og ofte også kopi av testmaterialet, betegnes som rådata. Råskårer er disse rådataene i skåret form. Materiale inneholdende råskårer og standardiserte skårer skal tas vare på. Oversikt over skårer bør som nevnt inngå i rapporten. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har i brev til NPF av 5/3-2015 avklart at rådata er en del av pasientjournalen, men at det ikke er noe i veien for at rådata ligger lagret adskilt fra testskårer og psykolograpport. Å ta vare på rådata kan være nyttig ved senere retesting eller for å gjøre ytterligere analyser av testatferd i lys av ny informasjon. HOD anbefaler at man ved krav om innsyn i journal sender pasienten kopi av testresultater og testrapport, og at man gir et tilbud om en muntlig gjennomgang av rådata med en forklaring på hvorfor

man har kommet til det testresultatet som ligger i pasientens hovedjournal. Begrunnelsen for ikke å lagre rådata i hovedjournal eller sende det ut rutinemessig er at tester kan kontamineres hvis testen er kjent eksempelvis forut for en retesting. Forbeholdet om at rådata ikke rutinemessig sendes pasient ved krav om innsyn i journal, men at det åpnes opp for en muntlig gjennomgang, ivaretar kravet om transparens (vurderingsgrunnlaget formidles) og repliserbarhet (vurderingene er basert på data som også andre ville skåret likt).

NEVROPSYKOLOGENS ROLLE I BEHANDLING

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

Kognitiv rehabilitering er en interaktiv prosess mellom pasienter og helsepersonell med det siktemål å bedre eller avhjelpe konsekvensene av kognitive vansker, og der det arbeides både med emosjonelle og psykososiale forhold og med kognitiv funksjon. Kognitiv rehabilitering kan inkludere psykoterapeutiske intervensjoner, holistiske tverrfaglige behandlingsprogrammer og spesifikke intervensjoner rettet mot kognitive funksjoner som hukommelse, oppmerksomhet, eksekutive funksjoner, kommunikasjon og sosial kognisjon. Kontinuerlig evaluering av behandlingseffekt og justering av behandlingstiltak underveis bør inngå. I de tilfeller der det er relevant, påhviler det psykologen å tilby pasienter med kognitive vansker behandling, klargjøre hvor slik behandling kan være tilgjengelig, og så langt som mulig bidra til mest mulig realistiske forventninger til effekt. For mange personer som lever med kronisk kognitiv svikt, vil behandlingstiltak ofte være rettet mot å opprettholde og/eller bedre psykisk funksjon, deltakelse i hverdagsliv, sosial funksjon og livskvalitet. Involvering av pårørende er avgjørende i slik behandling.

NEVROPSYKOLOGISK VURDERING GJENNOM LIVSLØPET

SÆRLIGE HENSYN VED NEVROPSYKOLOGISK UTREDNING AV BARN

Nevropsykologisk vurdering av barn forutsetter kjennskap til barnets utviklingsbetingelser og utviklingshistorie. Det er nødvendig med tverrfaglig samarbeid der informasjon fra flere kilder (PPT, BUP, skole, førstelinjetjeneste i bydel/kommune, helsestasjon, barnehage,

barnevern) og ulike metoder innpasses til en helhetlig forståelse, der testresultatene fra den nevropsykologiske undersøkelsen utgjør en sentral del.

Når barn henvises til nevropsykologisk utredning, vil man, uavhengig av henvisningsgrunn, alltid undersøke en kognitiv fungering som er i utvikling. Dette krever inngående kunnskap om hjernens utvikling spesielt og utviklingsmessige milepæler generelt. I tillegg vet man at normalvariasjonen hos barn er større enn hos voksne, noe som kan gjøre det vanskelig å vurdere grad av utfall. Henvisningsgrunn er ofte utviklingsforstyrrelse, men det kan også være ervervet skade. For å sikre en fullgod forståelse både av barnets naturlige funksjonsnivå i et normalt utviklingsperspektiv og eventuelle utfall anbefales det en bred utredning. Dette kan få frem en funksjonsprofil der både sterke og svake funksjonsområder tydeliggjøres, og dermed gi grunnlag for anbefalinger av både forebyggende og kompenserende tiltak.

For å legge til rette for en god nevropsykologisk utredning av barn og unge vil det ofte være nødvendig å bruke mer tid på å etablere rammer som gir trygghet og motivasjon. Barn trenger å forberedes på hva som skal skje, og hva de skal gjøre. Det anbefales å gi foresatte konkret informasjon på forhånd om hvordan de kan informere barnet. Man bør også samtale med barnet om dette når det kommer til utredning. Særlig yngre eller engstelige barn vil ha behov for at man tar seg tid til å etablere en god samarbeidsallianse. En kort observasjon av barn i aktivitet og/eller samspill kan gi viktig informasjon om hvordan test-situasjonen best kan tilrettelegges. Det kan i tillegg være aktuelt med observasjoner av barnet i sitt kjente miljø, f.eks. barnehage/skole. Ved bruk av tolk bør barnet få anledning til å bli trygg på vedkommende.

For barn kan det være behov for at foresatte er til stede i rommet under testingen/utredningen. Man må da gjøre det klart at de er der som passive observatører, gjerne plassert slik at de ikke kan ha øyekontakt med barna. Slik tilstedeværelse kan trygge både barnet og foreldrene og styrke arbeidsalliansen med begge. Når det gjelder eldre barn, kan det forstyrre barnet å ha foreldrene til stede, slik at en alltid må vurdere hva som gir den mest optimale situasjonen. En bør legge til rette for enesamtale med barnet. En del barn, og særlig de yngste, vil trenge hyppige pauser og kanskje små belønninger for å gjennomføre utredningen på en måte som får frem deres best mulige funksjon. Ved bruk av belønning er det viktig at det gjøres på en måte som i minst mulig grad påvirker barnets responser. Det må være tydelig for barnet at det belønnes for innsats, ikke konkrete responser eller gode prestasjoner.

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

Ved tolkning av resultater fra nevropsykologisk undersøkelse av barn må en ta særlig hensyn til kunnskap om hjernens utvikling, sårbarhet og plastisitet. Man bør være varsom med å vektlegge eldre resultater, da barn både kan vokse ut av funksjonsvansker og inn i nye vansker etter hvert som hjernens funksjoner forventes utviklet, og det stilles krav til mestring av mer komplekse funksjoner. Med bakgrunn i dette vil en nevropsykologisk vurdering av barn gi et tidsbestemt tilstandsbilde der en bør være forsiktig med å predikere forløp, men ha søkelys på tilrettelegging og tiltak ut fra aktuell funksjonsprofil. I mange tilfeller vil det derfor være relevant med gjentatte utredninger. Utviklingsperspektivet gjør det spesielt viktig at man gir forslag til aktuelle tilpassede tiltak som best mulig kan stimulere hjernens utvikling, ut fra kunnskap om effekt av intervensjoner og ut fra en helhetlig vurdering av ressurser og barnets livssituasjon. Muntlig informasjon om resultater fra utredningen og mulige tiltak bør gis til foreldre og pasienten samt til relevante instanser som skole, barnehage, helsestasjon og skolehelsetjenesten, barnevern, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), fastlege og ev. andre. Søsken og andre nærstående, som besteforeldre, kan også med fordel få informasjon. Over tid vil nye personer og instanser få ansvar for oppfølging av barnet/ungdommen. I rapporten bør en derfor understreke viktigheten av at informasjon fra utredningen følger barnet gjennom overganger (barnehage-skole, barnetrinn-ungdomsskole).

Barn under 12 år bør motta en særlig tilpasset tilbakemelding med vekt på hva som gikk bra, og antydningssvis problematisering av hva som var utfordrende. Spesielt med de yngre barna er det nødvendig å relatere beskrivelser av kognitive ressurser og vansker til opplevelser og situasjoner som de kan kjenne seg igjen i. Barn over 12 år bør gis en mer omfattende tilbakemelding som omhandler hovedtrekkene som vil stå i rapporten. Med forbehold om funksjonsnivå bør eldre barn inviteres til aktivt å ta del i drøfting av videre tiltak. Hvis barn over 16 år ønsker det, skal de få egen tilbakemelding uten foreldre til stede. Kopi av utredningsrapporter sendes vanligvis foreldre for barn under 18 år, men fra 16 års alder kan barnet kreve at rapporter unndras foreldrene. Tilbakemeldingen skal stimulere barnets selvrefleksjon, gi kunnskap om egne styrker og vansker og understøtte barnets forståelse for og samarbeid rundt aktuelle tiltak.

Helsepersonell har gjennom § 33 «Opplysningsplikt til barnevernet» oppmerksomhetsplikt i første ledd og opplysningsplikt til barnevernet i tilfeller der det kommer frem mistanke om alvorlig omsorgssvikt og alvorlige atferdsvansker. Man skal være varsom med å uttale seg om omsorgsevne uten at dette er observert eller vurdert spesifikt. I saker hvor det er delt foreldreansvar, har begge foreldre krav på samme informasjon om utredningen. (Se lenker i vedlegg 1; Opplysningsplikt til barnevernet § 33 og pasientrettighetsloven § 3-4).

SÆRLIGE HENSYN VED UTREDNING AV ELDRE

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

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

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

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

UTREDNING AV PERSONER MED FUNKSJONS- OG SANSE-NEDSETTELSELLER ELLER SANSETAP

Dersom man skal undersøke kognitiv funksjon hos pasienter med omfattende medfødte eller ervervede mentale, perseptuelle eller fysiske funksjonsnedsettelser, er det viktig å velge metoder som er tilpasset kommunikasjonsevne og funksjonsnivå. Utredning av pasienter med særlig store kommunikasjonsvansker og sansemotoriske forstyrrelser bør utføres av nevropsykologer med relevant erfaring og kompetanse.

Ved nevropsykologisk utredning av tegnspråklige pasienter må man være klar over at forhold som bruk av tolk, tilpasning av tester eller testadministrasjon og manglende normgrunnlag vil ha betydning for tolkning av resultatene.

Personer med medfødte kombinerte sansemotoriske forstyrrelser og store kommunikasjon utfordringer kan feilvurderes som «ikke-testbare». Særskilte differensialdiagnostiske vurderinger av fysiologiske og psykologiske faktorer bør alltid inngå ved manglende tilgjengelighet i undersøkelsen («compliance»).

Kognitiv utredning av personer med sansetap/sanseforstyrrelser skal ta utgangspunkt i standardiserte testbetingelser. Deretter følger en individbasert systematisk tilpasning. Tekniske hjelpemidler og optimalisering av fysiske testbetingelser vil ofte være nødvendig (lyd og lysforhold). Utredning av taktil kognisjon bør vurderes.

Medfødt og tidlig ervervet funksjonsnedsettelse av hørsel, syn og motorikk påvirker omverdensforståelsen og kan ofte innebære atypisk kommunikasjon og lav lesbarhet. Konstruktiv og effektiv samhandling vil være avhengig av god kjennskap til personens erfaringer og uttrykksmåte. Ledsagere i undersøkelsessituasjonen samt behov for videoanalyse bør derfor vurderes.

Døve kan regnes som en språklig og kulturell minoritet. Noen personer har i tillegg en dobbel minoritet, som f.eks. en annen etnisk minoritetsbakgrunn i tillegg til at de er døve. Særskilt kunnskap om «døvekultur», konvensjonelt tegnspråk og forekomsten av sosiolekter, taktilt tegnspråk, haptisk kommunikasjon og tospråklighet (talespråk og tegnspråk) bør derfor sikres.

(Se lenker i vedlegg 1; Cheng, Q. et al. (2019), Hall, W.C. (2017), Psychological assessment of individuals with deafblindness (NVC, 2020) og Regional retningslinje for diagnostisk utredning av barn og unge med spørsmål om utviklingshemming (RHABU; OUS, 2023)).

NEVROPSYKOLOGISK UNDERSØKELSE I KULTURELLE MINORITETSGRUPPER

Pasienter som ikke kan testes på en valid måte med standardiserte nevropsykologiske tester, eller pasientgrupper der normative data er mangelfulle, medfører særlige faglige og etiske utfordringer. Dette kan for eksempel være individer med spesielt lavt utdanningsnivå, eller individer med funksjonsnedsettelse som redusert eller tapt sansefunksjon, eller betydelig motorisk funksjonsnedsettelse eller personer med annen kulturell, etnisk eller språklig bakgrunn.

Utredning av personer som tilhører ulike minoritetsgrupper, stiller særlige krav til psykologens etiske bevissthet og kunnskap om begrensninger ved egen kompetanse, samt respekt for pasientens integritet og autonomi. Noen kolleger har opparbeidet seg erfaring med kryss-kulturell nevropsykologi. Det vil i noen tilfeller være hensiktsmessig å konsultere disse, eventuelt henvise dit. Man må ta høyde for at en rekke personlige faktorer (manglende utdanning og analfabetisme, fortrolighet med testsituasjonen, språklige og kulturelle forskjeller), og ytre faktorer (botid i Norge, migrasjonshistorie), kan ha betydning for utredningen. Kommunikasjon med pasienter fra minoritetsgrupper krever særskilte forberedelser. Dersom pasienten har begrensede norskferdigheter, bør det benyttes profesjonell tolk, fortrinnsvis på pasientens førstespråk, og man må være kjent med hvordan tolk benyttes forsvarlig. Testutvalg ved bruk av tolk vil avhenge av pasientens bakgrunn, og av om tolken kan administrere enkelte tester. Man må sette av god tid til å forberede tolken på testsituasjonen. Psykologen må vurdere om telefontolk er tilstrekkelig, eller om tolken bør være fysisk til stede. Når man har gjennomført nevropsykologisk testing med tolk, skal dette komme frem tydelig i rapporten, sammen med en oversikt over hvilke tester man har benyttet tolk på, og på hvilken måte tolken ble benyttet.

Ofte kan man etter undersøkelsen gi et generelt bilde av pasientens kognitive funksjon, men i mindre grad uttale seg om evneprofil eller om resultatene er stabile. Man bør vurdere nøye om svake resultater representerer kognitiv svikt eller andre forhold. Man bør generelt velge de beste metodene og normene som er tilgjengelig, og benytte metoder og tester som er utviklet for vurdering av flerkulturelle, i kombinasjon med andre relevante tester. Man bør utvise stor varsomhet ved tolkning av tester som er åpenbart kultur- og/eller språksensitive, og resultatene bør ofte forstås kvalitativt og pragmatisk, fremfor å benytte standardiserte tolkningsstrategier brukt på majoritetspopulasjonen. Ved rapportskriving og tilbakemelding må man understreke eventuelle begrensninger ved utredningen og de forbehold som må tas med hensyn til resultatenes validitet.

NEVROPSYKOLOGISK UNDERSØKELSE I SAMISK KONTEKST

Samer er Norges urfolk med rettigheter knyttet til dette forankret i Grunnloven § 108, og flere andre tilknyttede lover. Det forventes at *psykologer har kunnskap om, og forståelse for, samers rettigheter og samenes status som urfolk* (sitat forskrift om psykologutd. § 16g). Man kan lese mer om urfolksrettigheter i ILO-konvensjonen 169, og FNs erklæring om urfolksrettigheter.

Samisk og norsk er likestilte språk, der samisk utgjør en språkgruppe med ti forskjellige språk, hvorav kun tre har offisiell språkstatus i Norge. Disse tilhører den finsk-ugriske språkgruppen. Samiske språk er rike i naturbetegnelser, og Sápmi strekker seg over fire land: Norge, Sverige, Finland og Russland.

Misjonering og fornorskningsspolitikk har over flere århundrer bidratt til at samiske språk og kunnskaper generelt har gått tapt. Denne assimileringen har berørt alle samfunnsstrukturer, menneskers relasjoner til naturen, stedsnavn, egennavn og samisk vitenskap. En konsekvens av fornorskningen er at enkelte har varierende kunnskap i både samisk og norsk. Det vil samtidig være en klar overforenkling å redusere samisk tilhørighet til samisk språk. Språket er et aspekt i samisk kultur. Innad i samiske samfunn finner man et stort mangfold.

Psykologisk kunnskap har blitt brukt til å legitimere assimilering, eksempelvis gjennom evnetestenes innflytelse og defineringsmakt. Evnetesting er derfor fortsatt et sårbart tema for mange samer. For mange samer har assimileringsspolitikken også medført internatliv og norsk skolegang, uavhengig av morsmål. Som en konsekvens av denne politikken lever mange samer fortsatt med traumer med opphav i opplevelser av diskriminering og trakassering. Tapte utdanningsmuligheter og funksjonell analfabetisme er ikke uvanlig, og mange eldre samer har hatt manglende tilgang til formell skolegang. Selv med lovfestede rettigheter til undervisning i og på samisk tillater forholdene ikke alltid at dette etterleveres i praksis. Dette berører alle generasjoner og særlig mennesker som lever med funksjonshemninger. De samiske språkene er i en viktig revitaliseringsfase, og urfolksperspektivet betraktes som en ressurs.

Det finnes lite forskning på hvordan nevropsykologiske tester oppfører seg i samisk kontekst. Få tester har samisk normering eller valideringer. Tester som er utarbeidet i samisk kontekst, er enda sjeldnere. Erfaringer i samiske kontekster støtter at språklige, kulturelle og historiske forhold kan ha betydning i alle steg av en nevropsykologisk utredningsprosess. Viktige spørsmål som man som psykolog bør reflektere over, handler om kontekst (sted/lokaler brukt til undersøkelsen), språkvalg (NB: tolk er en rettighet), valg av tester, drøfting om i hvilken grad disse kan påvirkes av kulturell kontekst, og til sist om hvordan man skal tolke testresultatene med utgangspunkt i disse forholdene.

Kulturelle og språklige forhold kan innvirke på verbale tester. Disse forskjellene handler for eksempel om ord, grammatikk og samtalestruktur. Mange ord lar seg ikke oversette fra

norsk til samisk og omvendt. Dette gjelder også forholdsvis alminnelig brukte ord i verbale tester. Frekvensen av bestemte ord er ofte også ulik på norsk og samisk. Nevropsykologiske tester er ofte bygd opp med økende vanskelighetsgrad. Språklige forskjeller kan påvirke løsningsfrekvensen. Stoppkriterier kan dermed få dramatiske utfall på tester i alle aldre. Derfor kan det ofte lønne seg å fortsette testen etter at stoppkriteriet er nådd. Samisk har grammatiske strukturer og kasus som norsk ignorerer. Eksempler på dette er stadieveksling, varierte verbavledning eller ord som f.eks. «nei», som er et verb som bøyes i entall, total og flertall.

Majoritetssamfunnets tester vil som regel ikke fange opp språklige nyanser og styrker i det samiske språket selv om en har tolk til stede. Det er også store forskjeller innad i samiske samfunn med hensyn til språklige forhold: Noen har mistet eller ikke fått mulighet til å lære sitt morsmål, andre har ikke lært å skrive morsmålet på grunn av fornorskning, og en del er tospråklige. Det samiske alfabetet skiller seg fra det norske, og det er variasjon mellom samiske språk, noe som har betydning for enkelte tester. Man bør være oppmerksom på at nevropsykologiske tester måler kunnskaper og ferdigheter som ikke nødvendigvis er sentrale i samisk kontekst, selv om de er oversatt. Ved samisk som førstespråk, og der norskferdighetene i tillegg er svake, anbefales bruk av tolk. I rapporten må betydningen av kulturelle og språklige forhold for resultater og tolkningen av disse drøftes.

Refleksjon over kulturelle forskjeller er like relevant for nonverbale tester. Angående orientering mht. tid og sted har samisk andre stedsbetegnelser. Himmelfetninger på samisk kan være relative og ikke absolutte. Samiske kalendere har flere ulike systemer. Det finnes to ulike tellemåter, og steds- og personnavn er ulike på norsk og samisk. Slekt og tilhørighet er også viktige orienteringsfaktorer.

Oppsummeringsmessig så er det ved utredning av personer med samisk bakgrunn viktig å ta i betraktning det historiske bakteppet for samenes opplevelser med majoritetssamfunnet. En må undersøke hvorvidt norsk eller samisk er deres førstespråk, hvilket samisk språk personen benytter, samt utdanningshistorie (varighet og type). Det vil være stor variasjon blant personer med samisk bakgrunn med hensyn til i hvilken grad og på hvilken måte de opplever og utøver tilhørighet i henholdsvis samisk kultur og det norske majoritetssamfunnet. Dette bør kartlegges i samtale, i et kultursensitivt intervju.

Eksisterende nevropsykologiske tester er ikke egnet til å fange opp mange kulturelle og språklige nyanser som bør tas hensyn til i forbindelse med undersøkelse av det samiske urfolk. Relevans for tradisjonelle næringer som reindrift, fiske, duodji (ulike håndverks- og kunstneriske uttrykksformer og yrkesutøvelser) er usikker. De skisserte forholdene øker risikoen for feildiagnostikk, selv ved samisk oversettelse.

Alminnelig anvendte tester ved utredning av utviklingshemming, demens eller førerkort-vurdering samler mange av de ovennevnte utfordringene. Psykologer står potensielt sett i fare for å bidra til institusjonell diskriminering ved å benytte tester med store svakheter i samisk kontekst.

Det anbefales å rådføre seg med noen med erfaring med klinisk arbeid med pasienter med samisk bakgrunn for utvidet forståelse, som for eksempel Samisk nasjonal kompetansetjeneste (SANKS) eller Sámi psykologasearvi (den samiske psykologforeningen).

(Se lenker i vedlegg 1; Forskrift om nasjonal retningslinje for psykologutdanning Kap 6. § 16g, ILO-konvensjonen 169, FNs erklæring om urfolks rettigheter, Sannhets- og forsoningskommisjonens rapport, Oahpas nettsider om grammatikk/stadieveksling og Samisk nasjonal kompetansetjeneste; SANKS, Meld. St. 12 (2023–2024) *Samisk språk, kultur og samfunnsliv. Folkehelse og levekår i den samiske befolkningen*).

VURDERING AV SAMTYKKEKOMPETANSE

Nevropsykologer kan i mange ulike sammenhenger bli bedt om å vurdere en pasients samtykkekompetanse. Dette kan f.eks. være i forbindelse med rettslige prosesser (f.eks. testamente, strafferettslig tilregnelighet), opprettelse av vergemål og/eller bruk av tvang i psykisk helsevern, somatisk sykehus og/eller omsorgsinstitusjoner (f.eks. medisiner, tilbakeholdelse i institusjon). Når det gjelder bruk av tvang, er det pr. 2024 flere lovverk som regulerer dette, men en vurdering av pasientens samtykkekompetanse (også kalt beslutningskompetanse) står uansett sentralt. Samtykkekompetanse skal vurderes for en tidsavgrenset periode, og relativt til den konkrete problemstillingen som er aktualisert, og ikke betraktes som en global tilstand. I vurderingen må det komme frem hvilken periode vurderinger er ment å gjelde for. Ved vurderinger av samtykkekompetanse bør man vurdere de såkalte FARV-kriteriene, dvs. pasientens evne til å (F)orstå relevant informasjon, f.eks. om diagnose og behandling, til å (A)nerkjenne informasjonens relevans i sin egen situasjon, til å (R)esonnere med relevant informasjon og avveie ulike handlingsalternativer, samt evnen til å (V)elge og uttrykke et valg. For å besvare disse spørsmålene er det ofte særlig viktig å vurdere følgende funksjonsområder: orienteringsnivå, hukommelse, resonnerings-evne, eksekutiv funksjon og innsikt. Informasjon fra annet relevant helsepersonell og fra pårørende skal innhentes. Det kan ikke anføres absolutte grenseverdier for en vurdering av samtykkekompetanse, men det gjøres en helhetsvurdering opp mot den konkrete problemstillingen, der skjønnsmessige og fagetiske vurderinger inngår. Helsepersonell har gjennom vergemålsloven § 57 meldeplikt for institusjoner og andre.

(Se lenker i vedlegg 1; Lov om vergemål § 57 og Forskrift til vergemålsloven § 12).

VURDERING AV ARBEIDSEVNE

Nevropsykologers vurderinger berører i mange tilfeller pasientens arbeidsevne. Temaet arbeidsevne står ofte sentralt i samtaler med både pasienten selv, deres pårørende, i behandlingssammenheng og i møte med samarbeidende helsepersonell, fastleger og NAV. Å komme i gang med eller vende tilbake til utdanning/arbeid er svært viktig i menneskers liv, og et ønske fra samfunnet. Arbeidsevne påvirkes av mange ulike faktorer, hvor kognitiv funksjon utgjør kun én. Arbeidsevne kan variere over tid avhengig av kontekstuelle forhold, så som grad av tilrettelegging, arbeidsoppgaver, relasjonelle forhold på arbeidsplassen samt arbeidsgivers vilje og evne til tilrettelegging. Symptomer knyttet til hjernefunksjon alene har ikke nødvendigvis avgjørende effekt på arbeidsdeltakelse. Den nevropsykologiske utredningen bør derfor bygge på en bred vurdering av pasientens styrker og utfordringer, sammen med kunnskap om hvilke rammer som finnes knyttet til krav og tilrettelegging ved studiested eller arbeidsplass.

I de sammenhenger der NAV etterspør nevropsykologers vurdering av arbeidsevne, vil det være aktuelt å uttale seg om pasientens samlede funksjonsevne basert på bl.a. utdannings- og yrkesanamnese, kognitiv, emosjonell og personlighetsmessig funksjon, der både styrker og utfordringer kommer frem. Ved alvorlig funksjonssvikt der lite standardisert testing kan gjennomføres, kan likevel nevropsykologer gjøre betydningsfulle vurderinger av arbeidsevne. I en erklæring til NAV er det derfor avgjørende at nevropsykologiske funn formidles på en allment tilgjengelig måte, der symptomers betydning for antatt funksjon i dagliglivet bør beskrives, at behandlingsmuligheter synliggjøres, og at muligheter for kompensering og mestring av eventuelle vansker omtales. Antatt varighet og prognose ved aktuell tilstand bør kommenteres. Selv om nevropsykologer kan antyde en grad av restarbeidsevne/nedsatt arbeidsevne, er det NAV som til slutt skal konkludere vedrørende personens prosentvis arbeidsevne, arbeidsrettede tiltaksbehov og rett på eventuelle trygdeytelser. Ved spørsmål om arbeidsevne og andre erklæringer til NAV finner man informasjon og veiledning på nav.no for samarbeidspartnere.

VURDERING AV HELSEKRAVENE FOR FØRERKORT OG ANDRE SERTIFIKATER

Nevropsykologer kommer jevnlig i kontakt med pasienter med helseproblemer som kan ha betydning for evnen til å føre motorvogn. Helsepersonelloven § 34 første ledd pålegger psykologer, leger og optikere et ansvar for å vurdere om helsekravene for å ha førerkort, sertifikat for luftfartøy eller å fungere som flygeleder er oppfylt. Plikten til å informere om dette begrenser seg altså ikke til førerkort for motorvogn. Dette medfører også et ansvar for å gjøre pasienter som ikke oppfyller de helsemessige kravene, oppmerksom på at det er forbudt å føre motorvogn, luftfartøy eller være i tjeneste som flygeleder så lenge de helsemessige kravene ikke er oppfylt. Dersom pasientens helsetilstand antas å være

langvarig, skal psykologen sende melding til offentlige myndigheter. Helsesvekkelsen defineres som varig når den forventes å vare mer enn seks måneder. Meldinger til offentlig myndighet etter helsepersonellovens § 34 skal gis uten hinder av taushetsplikt, jf. [forskrift om melding fra lege, psykolog eller optiker ved helsesvekkelse av betydning for trafikk-sikkerheten § 6](#) (meldeforskriften). Vurderinger av helsekravene for å inneha førerkort kan også være aktuelt å vurdere hos ungdom og voksne som ikke har førerkort fra tidligere, men som har planer om å anskaffe dette.

§ 34 a, som omhandler adgang til å gi opplysninger i forbindelse med helsesvekkelse av betydning for øvrig trafikk-sikkerhet, sier videre at «*lege, psykolog eller optiker uten hinder av taushetsplikt kan gi melding til offentlige myndigheter når det er grunn til å tro at en pasient som fører skinnegående kjøretøy eller fartøy på sjøen eller utfører tjeneste som los, har en helsesvekkelse som kan føre til skade på person. Dette gjelder kun dersom førerretten forutsetter helseerklæring. Pasienten skal få beskjed om at melding er gitt.*»

Eksempler på lignende situasjoner der nevropsykologiske utredninger kan aktualiseres eller etterspørres, er ved vurderinger av helsekrav forbundet med våpenlisenser, sertifisering av anleggsmaskinførere, offshorearbeidere, dykkere, utryknings- og militært personell mfl. Det vil da være viktig å kommunisere mulige sikkerhetsmessige konsekvenser av test-resultatene, selv om det vil være opp til henvisende instans å vurdere de praktiske følgene av konklusjonene i rapporten.

Hvis man i forkant av eller underveis i en utredning med annet formål forstår at meldeplikten kan komme til anvendelse, bør pasienten som hovedregel gjøres oppmerksom på at det kan være aktuelt å vurdere egnethet for å inneha førerkort eller andre sertifikater. I tilfeller der man mener meldeplikten er utløst, skal pasienten informeres om klageadgang og saksgang. Psykologer under spesialisering bør drøfte tilfeller der meldeplikten vurderes utløst, med veileder eller annen spesialist. De nevropsykologiske testresultatene vil i en del tilfeller gi rom for tvil rundt pasientens forutsetninger til å inneha førerkort, og det kan da være aktuelt å anbefale at pasienten søkes inn til vurdering ved trafikkstasjon for å observere praktiske kjøreferdigheter.

Noen ganger er ikke testinnholdet og utformingen i tråd med testtakers språklige eller kulturelle bakgrunn og forutsetninger. Når man skal administrere tester benyttet ved førerkortvurderinger eller andre vurderinger av helsekrav for ulike typer sertifikater/lisenser i møte med språklige og kulturelle minoritetsgrupper, er det derfor spesielt viktig å ta forbehold om anvendbarhet og validitet av testene.

(Se vedlegg 1 for lenker til relevant lovverk, endringer og tilføyelser i lovverk, Helsedirektoratets kommentarer på lovgivningen samt krav til nevropsykologiske vurderinger i Norsk Psykologforenings førerkortveileder.)

SAKKYNDIGHETSARBEID

Nevropsykologer kan bli bedt om å gjøre utredninger fra domstolene, advokater, forsikrings-selskaper, Norsk pasientskadeerstatning (NPE) eller andre instanser som skal ta avgjørelser i enkeltsaker basert på fakta og juss, hvor sakkyndige utredninger inngår som en del av faktagrunnlaget i saken. Sakkyndige utredninger fra nevropsykologer benyttes både i straffesaker og i sivile saker som erstatningssaker, barneverns- og barnefordelingssaker. Psykologer som påtar seg sakkyndige oppdrag, skal ha tilstrekkelig kompetanse og erfaring med de problemstillingene man er bedt om å utrede, og bør i erklæringen gjøre rede for eget kompetansegrunnlag og tidligere erfaring på fagfeltet og som sakkyndig. Man må ha forståelse for hvilke lover som gjelder, hvordan retten fungerer, og de juridiske termene som gjelder for oppdraget.

Taushetsplikten er ikke til hinder for at den sakkyndige gir opplysninger til oppdragsgiver, dersom opplysningene er relevante og er mottatt under utførelse av oppdraget. Den som undersøkes, skal gjøres oppmerksom på oppdraget og hva det innebærer.

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

Oppdragsgiver skal utforme et mandat der det spesifiseres hvilke problemstillinger som ønskes vurdert, og det foreligger standardmandat på flere av områdene der nevropsykologer kan bli oppnevnt som sakkyndige, slik som strafferett, erstatningsrett og i personskadesaker. I strafferett er det ulike mandat ved utredning av tiltale eller fornærmede. Det er også standard maler for utforming av erklæringer på noen av disse områdene. Den sakkyndige skal svare på mandatet, men kan samarbeide med oppdragsgiver om utforming av mandatet.

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

Den sakkyndige erklæringen skal gjøre rede for hva saken gjelder, hva utredningen bygger på, og svare på mandatet. Erklæringen skal være presis og objektiv og bare inneholde opplysninger som er nødvendige og relevante for formålet. Den skal skrives slik at personer uten nevropsykologisk bakgrunn kan forstå den. Den bør inneholde en beskrivelse av faktaopplysninger fra sakspapirer og egne undersøkelser, der kilder skal oppgis. I en vurderingsdel gjøres en faglig vurdering, og mandatet besvares. Vurderinger skal begrunnes, og det

skal vises til hvilket faglig grunnlag man bygger på. Det skal være en tydelig sammenheng mellom premisser og konklusjon, med mulighet for etterprøving både av retten og fagfeller, og det bør opplyses om motstridende testresultater, mulig faglig uenighet, tvil og sprikende forskning. Erklæringen bør ende i en konklusjon. I straffesaker og barnevernssaker skal kopi av erklæringen sendes til henholdsvis rettsmedisinsk og barnefaglig kommisjon, som vurderer innholdet og kommenterer eventuelle vesentlige mangler før utredningen behandles i retten.

Ved sakkyndighetsoppdrag i rettsapparatet blir den sakkyndige som regel innkalt til å følge rettsforhandlingene. Den sakkyndige kan da stille spørsmål til parter og vitner underveis i saken. Den sakkyndige skal selv avgi en forklaring der man legger frem den skriftlige erklæringen og redegjør for sine vurderinger, og det kan stilles spørsmål fra partene i saken og dommerne. Hvis den sakkyndige endrer konklusjon under rettsforhandlingene, skal rettsmedisinsk eller barnefaglig kommisjon informeres skriftlig om dette.

Før man påtar seg sakkyndige oppdrag, bør man nøye vurdere om man har anledning og kompetanse til å påta seg slike tidkrevende og faglig utfordrende oppdrag. Det tilrådes å oppsøke undervisningsmateriell eller gjennomføre kursprogram der slike tilbys for ulike typer sakkyndighetsoppdrag, som kursrekker i rettspsykiatri, barnefordeling, erstatningsrett/ pasientskadeerstatning (sakkyndig for NPE) eller arbeidsmedisin. Dersom det ikke tilbys kurs på det aktuelle fagområdet, bør man lete frem relevant informasjon og søke veiledning hos en mer erfaren sakkyndig innen feltet før man går i gang med arbeidet.

(Se lenker i vedlegg 1 til aktuelle kurs og veiledere.)

TELENEVROPSYKOLOGI OG NETTBASERTE UTREDNINGS-LØSNINGER

Tradisjonelt har nevropsykologiske undersøkelser, og særlig testing, foregått ansikt-til-ansikt. I senere tid har teknologisk utvikling gitt tilgang på nye verktøy for telenevropsykologi og nettbaserte nevropsykologiske undersøkelser. Med *telenevropsykologi* menes bruk av audio-visuelle teknologiske løsninger for gjennomføring av nevropsykologisk utredning eller behandling. Ofte vil dette innebære kombinert bruk av videokonferanseverktøy og/eller en nettbasert testplattform. Med *nettbaserte testplattformer* menes et nettsted der pasient eller deltaker kan logge seg inn digitalt for å gjennomføre tester eller fylle ut spørreskjema.

Telenevropsykologi og nettbaserte testplattformer kan gjøre nevropsykologiske tjenester mer tilgjengelige for personer som av ulike årsaker har begrenset mulighet til å møte fysisk for en undersøkelse. For enkelte kan muligheten til å gjennomføre en samtale eller en nevropsykologisk undersøkelse i eget hjem, med den tryggheten det gir, være viktig.

Telenevropsykologi og nettbaserte plattformer kan også bidra til fleksibilitet og kontinuitet i helsehjelpen.

Bruk av telenevropsykologi og nettbaserte testplattformer gir også noen utfordringer som må veies opp mot fordelene. Ved bruk av telenevropsykologi og nettbaserte testplattformer i utredning vil psykologen ha mindre kontroll over forhold som kan påvirke resultatene (f.eks. støy eller bruk av hjelpemidler). Kvalitative observasjoner av kroppsspråk og testatferd vil være vanskeligere å fange opp. Det er også vanskeligere å ha sikker identifisering av den som gjennomfører undersøkelsen. Akutte situasjoner vil være mer krevende å følge opp. Bruk av nettløsninger gir derfor utfordringer i vurdering av validitet og tolkning av resultater. Det anbefales derfor at nettbaserte plattformer brukes som et supplement til og ikke en erstatning for nevropsykologisk undersøkelse ved fysisk oppmøte.

Nevropsykologer som yter helsehjelp via telenevropsykologi eller nettbaserte løsninger, har det samme ansvaret for faglig kvalitet, pasientsikkerhet og etisk forsvarlighet som ved andre arbeidsformer. Valg av telenevropsykologi eller nettbasert undersøkelse bør begrunnes. Som hovedregel bør pasienten få anledning til å velge fysisk oppmøte fremfor fjernundersøkelse. Manglende tilgang til, og kunnskap om, bruk av teknologi kan begrense den potensielle anvendeligheten til telenevropsykologi og nettbaserte testplattformer. Derfor kan undersøkelsesformen utelukke visse populasjoner.

Bruk av telenevropsykologi og nettbaserte utredningstjenester innebærer utfordringer knyttet til personvern, spesielt når det gjelder håndtering (innhenting, bearbeiding og lagring) av personopplysninger. Helsepersonell som bruker disse tjenestene, må derfor være godt opplært i personvernbestemmelser og risiko knyttet til bruk av denne teknologien. Pasienten må også gi sitt samtykke til undersøkelsen basert på forståelig og tilstrekkelig informasjon om hvordan deres data blir brukt, lagret, og hvem som kommer til å ha tilgang til data. Helsepersonell må også forsikre seg om at verktøyet en tar i bruk, fyller krav spesifisert i lov om personopplysninger (Personopplysningsloven og personvernforordningen). Det finnes også nyttig informasjon om hvordan denne loven best ivaretas, under Datatilsynets fane for lover og regler. Denne har samlet informasjon om personvernregelverket, lenker til relevant lovverk, samt sentrale høringsuttalelser og vedtak. Hos Datatilsynet finner man også Grunnleggende personvernprinsipper, som er basert på reglene for behandling av personopplysninger (Personvernprinsippene | Datatilsynet og Veiledning om de grunnleggende personvernprinsippene | Datatilsynet), samt Virksomhetens plikter (Virksomhetenes plikter | Datatilsynet), som gir en oversikt over alle pliktene en virksomhet har etter personvernregelverket når personopplysninger samles inn og brukes. Det opplyses også om hvordan disse pliktene skal forstås. Til slutt skal en også forholde seg til EU-reguleringer som personvernforordningen (General Data Protection Regulation – GDPR). Personvernforordningen, som trådte i kraft i Norge 20. juli 2018, er en norsk tilpasning til denne EU-lovgivningen. Teleadministrering av stimulusprotokoller kan gi utfordringer mht. ulovlig

kopiering og kontaminering ved ulovlig opptak og lagring av rettighetsbeskyttet testmateriale. Testtaker bør derfor informeres om juridiske konsekvenser av slik kopiering av rettighetsbeskyttet testmateriale før undersøkelsen igangsettes.

(Se vedlegg 1 for lenker til alle nevnte lover, forordninger og prinsipper.)

KUNSTIG INTELLIGENS I NEUROPSYKOLOGISK PRAKSIS

Kunstig intelligens (KI) bringer med seg et bredt spekter av nye tjenester. Generative språkmodeller har særlig vist seg å være potensielle verktøy for psykologer.

Generative språkmodeller kan raskt besvare komplekse spørsmål, oppsummere litteratur og assistere i utforming av nevropsykologiske rapporter. I tillegg til potensialet for redusert tidsbruk kan generative språkmodeller brukes til å formidle komplekse konsepter på en standardisert og forståelig måte, tilpasset ulike mottakere. Kombinert er dette nyttige funksjoner som kan ha en plass i dagens nevropsykologiske praksis.

Bruken av generative språkmodeller vil også aktualisere en del utfordringer. En modell kan gi feilaktig eller unøyaktig informasjon, som kan fremstå overbevisende korrekt. Det vil også være vanskelig å spore hvilket kunnskapsgrunnlag som ligger bak teksten som blir generert. Bruk av KI-generert tekst i formidling av nevropsykologiske vurderinger og anbefalinger kan bidra til at man mister det empatiske og ivaretakende formatet som er en viktig del av psykologiske vurderinger. Bruk av språkmodeller kan også utløse utfordringer knyttet til personvern (som nevnt tidligere i avsnitt om telenevropsykologi og nettbaserte utredningstjenester). Nevropsykologer bør tilnærme seg generative språkmodeller med forsiktighet og vurdere hvordan teknologien kan supplere den faglige ekspertisen heller enn å erstatte den. KI-generert tekst må i alle tilfeller kontrolleres grundig før den eventuelt tas i bruk i faglig sammenheng. Psykologen har ansvar for innholdet i den endelige teksten også når KI-generert tekst er anvendt. Psykologen har også ansvar for at sensitiv informasjon og personopplysninger ikke legges inn i generative språkmodeller.

REFERANSER

1. American Academy of Clinical Neuropsychology (2007). American Academy of Clinical Neuropsychology (AACN) practice guidelines for neuropsychological assessment and consultation. *The Clinical Neuropsychologist*, 21(2), 209–231. DOI:10.1080/13825580601025932. PMID: 17455014
2. Cheng, Q., Roth, A., Halgren, E. & Mayberry, R. I. (2019). Effects of Early Language Deprivation on Brain Connectivity: Language Pathways in Deaf Native and Late First-Language Learners of American Sign Language. *Frontiers in Human Neuroscience*, 13, 320. DOI: 10.3389/fnhum.2019.00320
3. Hall, W.C. (2017). What You Don't Know Can Hurt You: The Risk of Language Deprivation by Impairing Sign Language Development in Deaf Children. *Maternal Child Health Journal*, (21), 961–965. DOI: 10.3389/fnhum.2019.00320
4. Guilmette, T. J., Sweet, J. J., Hebben, N., Koltai, D., Mahone, E. M., Spiegler, B. J., Stucky, K., Westerveld, M. & Conference Participants (2020). American Academy of Clinical Neuropsychology consensus conference statement on uniform labeling of performance test scores. *The Clinical Neuropsychologist*, 34(3), 437–453. DOI: 10.1080/13854046.2020.172224

VEDLEGG 1:

LOVVERK, REGLEMENT, VEILEDERE OG LINKER TIL RELEVANT INFORMASJON MED BETYDNING FOR NEVROPSYKOLOGERS VIRKSOMHET

Lov om helsepersonell:

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

Norsk psykologforenings reglement for spesialitetene i psykologi:

<https://www.psykologforeningen.no/medlem/kurs-og-utdanning/block-forsideblokk-tosaker/spesialistutdanningen/spesialitetene-i-psykologi/reglement-for-spesialitetene-i-psykologi>

Utdypende bestemmelser for spesialiteten i nevropsykologi:

<https://www.psykologforeningen.no/medlem/kurs-og-utdanning/block-forsideblokk-tosaker/spesialistutdanningen/spesialitetene-i-psykologi/utfyllende-bestemmelser-for-spesialitetene-i-psykologi/spesialiteten-i-nevropsykologi>

Etiske retningslinjer for nordiske psykologer:

<https://www.psykologforeningen.no/medlem/etikk/etiske-prinsipper-for-nordiske-psykologer>

Andre lover og forskrifter med relevans:

<https://www.psykologforeningen.no/medlem/loenn-og-arbeidsvilkaar/lover-og-forskrifter>

ITCs retningslinjer for testbruk, norsk oversettelse:

<https://www.psykologforeningen.no/foreningen/om-psykologforeningen/utvalg-rad-og-interesseforeninger/testpolitisk-utvalg>

Lov om rettergangsmåten i straffesaker (straffeprosessloven):

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

NOU 2014:10 om sakkyndighet:

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

Forskrift om krav til helsepersonells attester, erklæringer o.l.:

Forskrift om krav til helsepersonells attester, erklæringer o.l. – Lovdata

Lov om barnevern (Barnevernloven):

Lov om barnevern (barnevernsloven) - Kapittel 1. Formål, virkeområde og grunnleggende bestemmelser – Lovdata

Lov om opplysningsplikt til Barnevernet:

Opplysningsplikt til barnevernet – Helsedirektoratet

Lov om vergemål:

[Lov om vergemål \(vergemålsloven\) – Lovdata](#)

Vergemålsforskriften:

[Forskrift til vergemålsloven \(vergemålsforskriften\) – Lovdata](#)

Lov om pasientrettigheter:

[Lov om pasientrettigheter \(pasientrettighetsloven\) – Lovdata](#)

Psychological assessment of individuals with deafblindness (NVC, 2020):

<https://nordicwelfare.org/en/disability-issues/the-deafblind-field>

Regional retningslinje for diagnostisk utredning av barn og unge ved spørsmål om utviklingshemming (RHABU; OUS, 2023):

[Regional retningslinje for diagnostisk utredning av barn og unge ved spørsmål om utviklingshemming \(oslo-universitetssykehus.no\)](#)

Lov om språk (språklova) Prop. 108 L (2019– 2020) 10 Norsk teiknspråk:

[Prop. 108 L \(2019–2020\) – regjeringen.no](#)

FNs erklæring om urfolks rettigheter:

[FNs erklæring om urfolks rettigheter – regjeringen.no](#)

Internasjonale konvensjoner som gjelder språk:

[Internasjonale konvensjoner som gjelder språk – regjeringen.no](#)

ILO-konvensjon nr. 169 om urfolk og stammefolk i selvstendige stater:

[ILO-konvensjon nr. 169 om urfolk og stammefolk i selvstendige stater – regjeringen.no](#)

Oahpas nettsider om stadieveksling:

[Stadieveksling \(oahpa.no\)](#)

Sametingsmelding om duodji som næring:

<https://sametinget.no/naring/duodji/sametingsmelding-om-duodji-som-naring.pdf> (sametinget.no)

Melding til Stortinget 12. (2023–2024) Samisk språk, kultur og samfunnsliv:

[Meld. St. 12 \(2023–2024\) \(regjeringen.no\)](#)

Forskrift om nasjonal retningslinje for psykologutdanning. Kap 6. (§ 16g.):

[Forskrift om nasjonal retningslinje for psykologutdanning – Kapittel 6. Læringsutbytte for kompetanseområdet helsefremmende og forebyggende psykologisk arbeid – Lovdata](#)

Samisk nasjonal kompetansetjeneste:

[SANKS – Finnmarkssykehuset HF](#)

Lov om plikt til å gi opplysninger i forbindelse med førerkort og sertifikat:

[Lov om helsepersonell mv. \(helsepersonelloven\) – Kapittel 7. Meldeplikt – Lovdata](#)

Helsedirektoratets kommentarer til helsepersonelloven § 34:

[§ 34. Plikt til å gi opplysninger i forbindelse med førerkort og sertifikat – Helsedirektoratet](#)

Helsedirektoratets lov om endringer i helsepersonelloven § 34 a:

[Lov om endringer i helsepersonelloven \(melding ved helsesvekkelse av betydning for trafiksikkerheten\) – Lovdata](#)

Veileder for førerkortvurderinger:

<https://www.psykologforeningen.no/medlem/foererkortveileder>

Kurs i rettspsykiatri:

[C-kurs i rettspsykiatri – Sifer](#)

Kurs i erstatningsrett:

[E-kurs: Innføring i erstatningsrett – JUS](#)

Kurs for barnefaglig sakkyndige (NPE):

[Utdanning av barnefaglig sakkyndige – Andre utdanningsprogram – Kurs og utdanning – Medlem – Norsk Psykologforening \(psykologforeningen.no\)](#)

Norsk pasientskadeerstatning (NPE):

[NPE – Arbeid som sakkyndig](#)

NPEs veileder til å utarbeide sakkyndig vurdering:

[2020_veileder_sakkyndig_vurdering.pdf \(npe.no\)](#)

Personvernforordningen:

[Personvernforordningen \(GDPR\) – regjeringen.no](#)

General Data Protection Regulation:

<https://gdpr-info.eu>

Lov om behandling av personopplysninger:

[Lov om behandling av personopplysninger \(personopplysningsloven\) – Lovdata](#)

Datatilsynet:

[Personvernprinsippene | Datatilsynet](#)

[Veiledning om de grunnleggende personvernprinsippene | Datatilsynet](#)

[Virksomhetenes plikter | Datatilsynet](#)

VEDLEGG 2:

OVERSIKT OVER BAKGRUNNSOPPLYSNINGER DET KAN VÆRE RELEVANT Å INNHENTE FOR EN NEVROPSYKOLOGISK UTREDNING

Tidligere og aktuell kognitiv fungering

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

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

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

Somatiske forhold:

- Fastlege, aktuelle behandlere og kontaktpersoner
- Tidligere og pågående sykdommer (særlig tilstander med potensiell innvirkning på kognitiv funksjon), syn, hørsel og allergier
- Søvn
- Smerter
- Ernæring, kosttilskudd og fysisk aktivitet
- Medikamentinntak
- Tidligere skader, forgiftning, sykdommer, miljøbelastninger og/eller yrkesrisiko, og kjente ettervirkninger av disse

Sertifikater, helseattester og lisenser:

- Førerkortstatus, sertifikat for luftfartøy, sikkerhetssertifikater/helseattester (f.eks. for piloter, flygeledere, skipsførere, lokførere, loser, anleggsmaskinførere, militært personell, dykkere og offshorearbeidere mfl.) og lisenser (f.eks. våpenlisenser).
- Ved førerkortvurdering kartlegges tidligere trafikkatferd: ulykker, fartsovertredelser og bøter.

Utviklingsanamnese og familiære risikofaktorer:

- Sykdommer med kjent hereditet i familien
- Annen alvorlig sykdom i nær familie
- Belastninger eller komplikasjoner under svangerskap, som eventuell mors sykdom, rusinntak, svangerskapsforgiftning m.m.
- Komplikasjoner i forbindelse med fødsel
- Gjennomgått sykdom og skader i barneår som kan gi varige mén, særlig vekt på sykdom og skader som involverer sentralnervesystemet, så som hjernerystelser, hjernehinnebetennelse og epilepsi)
- Utviklingsmilepæler: språk, motorikk, sosialt, regulering, psykososial tilpasning og problematferd
- Interesser i barneår
- Tilpasning, sosial fungering, mobbing, trivsel, hjelpebehov, sterke og svake områder, fravær, gjennom barnehage og grunnskole.
- Familiesituasjon i oppvekst, søsken m.m.

Utdanning, arbeid, verneplikt, m.m.

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

VEDLEGG 3:

KVALITATIVE BETEGNELSER TIL NORMALFORDELTE SKÅRE

