

Sensorveiledning – Eksamen PSYC4305 Vår 2017

Oppgave 1. Gjør rede for resultatene fra den nevropsykologiske undersøkelsen og vektlegg beskrivelse av funksjonsprofilens sterke og svake sider.

Antatt premorbid funksjon: Omtales under oppgave 2.

Definere cut-off for kognitivt avvik: Begrunne valget av hva som defineres som klart avvikende resultater i dette tilfellet – 1 SD, 1 ½ SD, eller 2 SD.

Kommentar: Jeg fikk mange spørsmål vedrørende valg av cut-off. Vedlagt er svaret de fikk.

Testvaliditet: Normale funn på TOMM (48/50 på 1. forsøk) og CVLT-II tvungen gjenkjenning (16/16). Det er en fordel om de omtaler konsistensen i resultatprofilen. Det er ikke opplysninger om dårlig samarbeid. Samlet er det grunnlag for å konkludere at resultatene er pålitelige.

Generell kognitiv reduksjon: Det er bra om studentene omtaler at det ikke er snakk om en gjennomgripende og alvorlig kognitiv svekkelse, selv om hovedtyngden av resultatene på spesifikke kognitive funksjonsprøver er i lavområdet/nedre normalområde for aldersgruppen.

Spesifikk kognitiv reduksjon: De svakeste resultatene ses når det er krav til psykomotorisk og mentalt tempo (særlig ved krav til verbal respons), oppmerksomhetsstyring, arbeidsminne og kognitiv fleksibilitet. Hva angår eksekutiv funksjon er beste prestasjon på WCST og kan være i tråd med at skårene på visuelle evneprøver er over middels. Dog er det tegn til vansker med å opprettholde oppmerksomhetsfokus over tid, jfr. svak Failure to Maintain Set skåre. Det er nedsatt nylæring for verbal og visuell informasjon, mens utsatt minne ikke er sikkert svekket da informasjon gjenkalles over tid. Det er muligens litt bedre utsatt minne for visuell kontra verbal informasjon, men det hadde vært en fordel med flere tester for å si noe sikkert om dette.

Lateralisert dysfunksjon: Det er overvekt av vansker på områder som særlig understøttes av venstre hemisfære: bl.a. langsom utføring av Pegs med høyre hånd, noe større vansker med nylæring/hukommelse for språklig sammenlignet med figurativt materiale, lette vansker med fonologisk ordflyt (ikke opplysninger om afasi i akuttfasen), langsom utføring av alle 4 delprøver på Color-Word, stor diskrepans mellom verbalt og visuell-analytisk evnenivå. Funnene har trolig sammenheng med premorbide vansker og skaderelaterte (venstresidig kontusjon) forhold. Det er ikke holdepunkter for visuospatiale vansker eller oppmerksomhetsvansker som særlig forbindes med høyre hemisfære. Det er heller ikke opplysninger om redusert sykdomsinnsikt (anosognosi).

Intakt funksjon: Styrken er nå som før skade på oppgaver som krever visuell analyse/resonnering og rom-/retningsforståelse. Gjenkjenning av verbal og figurativ informasjon synes å være intakt. Enkle visuomotoriske tester (uten krav til fleksibilitet) viser ikke sikker svekkelse.

Besvarelsen av SCL-90-R: Besvarelsen indikerer et høyt symptomtrykk (5 av 9 skalaer over klinisk grenseverdi). Det er rimelig å knytte somatiske plager til den aktuelle skadehendelsen. Det er også høyst sannsynlig at kognitive vansker har blitt forsterket som følge av hodeskaden. Problemer med affekt- og impuls kontroll (dels forbundet med ADHD) har vært til stede også før hodeskaden, men det er trolig at reguleringsvanskene har økt. De sosiale vanskene er sannsynligvis assosiert med forannevnte, og bidrar vesentlig til det høye lidelsestrykket.

Kommentar til valg av tester/spørreskjema: Det anses positivt dersom studentene har kommentarer til valg av tester. I forhold til de differensialdiagnostiske vurderinger kunne for eksempel CPT, andre verbale minneprøver og prøver på abstrakt resonnering gi nyttig tilleggsinformasjon. Flere spørreskjema (BRIEF-A etc.) kunne også bidra til å nyansere bildet.

Oppgave 2. Basert på bakgrunnsopplysningene og testresultatene, hvilke differensialdiagnostiske vurderinger vil du gjøre og hvordan vil du konkludere i saken?

Det forventes at studenten skal vurdere informasjon om utviklings- og sykehistorie (før og etter aktuelle skadehendelse), og medisinske/kognitive data i akutt/postakutt fase etter hodetraumatet.

Antatt premorbid funksjon – atferd og kognisjon: Følgende er viktig fra anamnesen: eksponert for rusmidler i svangerskapet og omsorgssvikt 2 første leveår. Det er ikke opplysninger om avvikende motorisk/språklig utvikling i tidlig barndom. Hun fullførte ungdomsskole med snittkarakter 3. Hun hadde noe tilrettelagt undervisning. Tenårene var preget av atferdsvansker og 16 år gammel ble hun undersøkt ved BUP. Diagnostisk oppfylte hun kriteriene for ADHD.

Evnenivå før og etter skade: Ved BUP fant man evnemessig funksjon i nedre normalområde, men med bedre resultater på visuelle sammenlignet med verbale evneprøver. Det var tegn til lette lese-/skrivevansker. I tråd med resultatene 8 år tidligere var det ved aktuelle nevropsykologiske undersøkelser klart svakere skårer på verbale sammenlignet med visuell-analytiske evneprøver. Studentene forventes å problematisere premorbide vansker relatert til atferdsregulering og læring. I tillegg beskrive at aktuelle diskrepans mellom verbal forståelse og visuell kognisjon på WAIS er i tråd med hva som ble funnet hos BUP, og trolig i større grad reflekterer premorbid funksjon enn følger av aktuelle hodeskade. Etter venstresidig frontal kontusjonsskade kan man i imidlertid ikke utelukke økte vansker relatert til bl.a. verbal abstraksjon og ordflyt.

Hodeskaden: Hun pådro seg alvorlig hodetraume forbindelse med ulykken. GCS skåren var 3. MR viste diffus aksonal skade grad II, samt knusningsskader frontalt og oksipitalt (mulig coup-contrecoup) på venstre side. Det var langsom oppvåkning og hun var ute av PTA fase ca. 3 måneder etter skaden. Studenten forventes å vite at alle disse forholdene indikerer alvorlig skade.

Sammenligning med resultatene fra tidligere undersøkelser: Screening 3 mnd. etter skaden viste som før ulykken funn forenlig med lære- og oppmerksomhetsvansker, men problemene var mer uttalte og det var i tillegg nedsatt psykomotorisk tempo. Nevropsykologisk us. 1 år etter skaden viste betydelig nedsatt psykomotorisk tempo, verbal og visuell læring/hukommelse, simultan-kapasitet, impuls kontroll og mental fleksibilitet. Us. nå viste i hovedsak samsvar med tidligere funn, inkludert svekket psykomotorisk tempo, nylæring, oppmerksomhetskontroll og eksekutiv funksjon. Pasienten har gjennomgående rapportert økte kognitive vansker etter hodeskaden.

Totalvurdering og konklusjon: Ut fra de samlede opplysningene forventes studentene å konkludere med at resultatene fra undersøkelsen er forenlig med kognitiv dysfunksjon på hjerneorganisk grunnlag. Det anses positivt dersom de anslår grad av kognitiv svekkelse.

De forventes å drøfte at funksjonsforstyrrelsen vurderes dels å ha sammenheng med ADHD (evnt. også øvrige premorbide/komorbide belastninger), og dels med hodetraumatet (post-traumatisk encefalopati). Det kan ikke vurderes presist hvor stor andel av vanskene som skyldes hhv ADHD og post-traumatisk encefalopati, men ut fra skadens alvorlighetsgrad forventes de å konkludere at traumatet har medført økte og trolig mer omfattende vansker enn hun hadde før.

Skadene påvist ved bildediagnostiske undersøkelser etter hodetraumet vil typisk påvirke kognitiv funksjon slik denne og tidligere nevropsykologiske undersøkelser har gitt holdepunkter for.

Det er positivt dersom studentene omtaler opplysningen om av pasienten har tatt Ritalin siden 16-års alder. Dette har sannsynligvis dempet de ADHD-relaterte vanskene knyttet til oppmerksomhet og impulsivitet, men slike vansker er fortsatt fremtredende.

Oppgave 3. Hva vil du formidle til a) pasienten og b) henvisende fastlege angående nevropsykologisk funksjon og mulige implikasjoner for hverdagsliv og arbeid?

Studentene forventes ikke å omtale alt dette, men dette er en del relevante tema i saken:

Tilbakemelding til pasienten:

- Pasienten kan oppfordres til å ta med seg en venn eller ansatt ved bofelleskape.t
- Generelt: justere tilbakemeldingen i forhold til pasientens verbale evnenivå og kognitive vansker. Vurder å gi en kort skriftlig tilbakemelding i tillegg til den muntlige.
- Presenter både gode og svake resultater og sjekk at pasienten forstår det som formidles.
- Knytt vansker opp mot sykehistorien og opplevde problemer i hverdagen.
- Snakke om muligheter og utfordringer i forhold til yrkesdeltakelse.
- Forsøk å gi noen konkrete råd om hvordan kognitive vansker kan håndteres i hverdagen, for eksempel verktøy for å kompensere for minnevansker.
- Evt. tilby møte med fastlege og NAV for drøfting av muligheter for tilrettelagt arbeid.
- Motivere henne til å søke hjelp til bedre mestring av reguleringsvanskene.

Tilbakemelding til fastlegen: Det anses positivt dersom studentene gir forslag til tiltak, men dette er ikke eksplisitt nevnt i oppgave 3.

- Beskrive resultatene og at disse oppfattes å gi et pålitelig bilde av pasientens funksjon.
- Beskrive de differensialdiagnostiske overveielsene som er gjort og hvilken konklusjon som følger av vurderingene.
- Formidle at vanskene mest sannsynlig vil være varige, at vansker relatert til ADHD ble forverret av hodetraumet og at nå hun vil ha svakere evne til å kompensere for vanskene.
- Problematisere utfordringer relatert til sosial fungering, arbeid og eventuell fremtidig skolegang; skisser gjerne tilrettelegginger som kan bidra til optimal funksjon og mestring.
- Sammen med atferdsmessige reguleringsvansker tilsier de kognitive vanskene at hun har behov for tett oppfølging og tydelige rammer.
- Ta opp hennes emosjonelle vansker. Viktig med tiltak for å bedre vanskene og forebygge forverring. Vil kunne ha nytte av samtaler hos fagpersonell innen psykisk helse.
- I tilfelle videre skolegang vil det være nødvendig med betydelig tilrettelegging.
- Formidle at du er åpen for dialog med NAV, arbeidssted, fastlege etc.
- I tilfelle pasienten ønsker førerkort vil det være behov for førerkortvurdering.