

Samleskjema for artikler

Metode						Resultater		
Artikkel nr.	Årstall	Studiedesign	Utvalg/størrelse	Intervensjon	Kommentarer	Funn	Konklusjon	Relevans/overføringsverdi
1. Zwinkels, Geusgens, van de Sande, van Heugten	2004	Tverrsnitt- kohort studie	Utvalg kohort studie: 45 Utvalg tverrsnitt studie: 100	Undersøke inter-rater reliabilitet av ein ny apraksi test. Undersøke sammenheng mellom apraksi og andre nevropsykologiske vansker og prevalens av apraksi i rehabiliterings setting	Det er ikke beskrevet hvilken yrkesgruppe som kan utføre testen. Van Heugten svarer pr. mail at ergoterapeuter kan utføre testen dersom terapeuten føler en har tilstrekkelig ekspertise til å tolke skåringene av apraksitesten.	Apraxia Test er en kort, enkel og reliabel test som kan brukes for å skille mellom pasienter med og uten apraksi. Ideelt bør diagnostisering av apraksi kombinere resultatet fra Apraxia Test med observasjon av funksjon i daglige aktiviteter. Forekomsten er relativt stor for pasienter på rehabiliteringssenter. Det er funnet signifikant sammenheng mellom apraksi og afasi, hukommelse og mentalt tempo.	Relativ god interrater reliabilitet.	Testen kan implementeres ved akutt slagpost for å ha klinisk oppmerksomhet på forekomsten av apraksi og for å skille mellom pasienten med og uten apraksi. Den bør kombineres med aktivitetsobservasjon for å få en bedre evaluering av apraksien og hvilke konsekvenser den får i dagliglivet.
2. Van Heugten, Dekker, Deelman, Stehmann-Saris, Kinebanian	1999	Studiedesign er ikke beskrevet	Utvalg: 44 pasienter (slagpasienter med apraksi), 35 pasient kontroller (slagpasienter uten apraksi) og 50 normale kontroller (friske "nursing home residents")	Undersøke intern konsistens og diagnostisk verdi på en apraksitest for slagpasienter		Testen differensierer tilstrekkelig for å kunne skille mellom personer som har og ikke har apraksi.	God sensitivitet og spesifitet. God prediktiv verdi.	Testen kan brukes i praksis for å finne ut om pasienten har apraksi eller ikke. Testresultatet skiller ikke mellom ideasjonell og ideomotorisk apraksi. Finnes kun i engelsk utgave.

			pasienter).					
3. J.S. Stehmann-Saris, C.M. van Heugten, A. Kinëbanian & J. Dekker.	2005	Retningslinje, bygger på en RCT og flere primærstudier. Samanstilling av studiene beskriver prosessen med å finne evidens for retningslinjen, det er ikke brukt statistiske metodar.	Utvalg i RCT: 113 Pasienter med ve. sidig hjerneslag og apraksi. Av 133 fikk 56 strategitrening og 57 vanlig ergoterapi	Undersøke effekt av strategitrening.	Undersøkelsesmetode var en standardisert ADL observasjon; the ADL observations. RCT studien undersøker effekt av strategitrening, validitet og reliabilitet av ADL observasjoner blir vurdert i primærstudiene.	Strategitrening kombinert med ergoterapi ga større bedring i ADL enn ergoterapi alene, men ingen forskjell i motorisk funksjon eller grad av apraksi ved 5 mnds oppfølging.	The Dutch institution for health care and quality assurance har kvalitetsvurdert retningslinja med AGREE-instrumentet til evidensnivå grad 2 der 1 er høgaste verdi. Sjekklister for nasjonalt kunnskapssenter har gradering GOD på kunnskapsbasert retningslinje når det finnes minst ein god studie.	ADL observasjonen kan overføres til egen praksis. Er kun tilgjengelig i engelsk utgave.
4. Van Heugten, Dekker, Deelman, Stehmann-Saris, Kinebanian	1999	Studiedesign er ikke beskrevet.	Utvalg: 42 pasienter med ve. sidig hjerneslag og apraksi	Undersøke intern konsistens og inter-observer reliabilitet av standardiserte ADL observasjoner	Det er ikke beskrevet hvordan andre kognitive eller fysiske vansker kan innvirke på ADL-observasjonene.	Studien indikerer at ADL-observasjoner kan betraktes som et reliabelt instrument med indre konsistens, som kan brukes for å vurdere funksjonsnedsettelse hos slagpasienter med apraksi.	Intern konsistens er moderat til god. Inter-rater reliabilitet er moderat til utmerket.	En apraksitest skiller slagpasienter med og uten apraksi. De standardiserte ADL observasjonene kan gi spesifikk informasjon om hvilke konsekvenser apraksi har på dagliglivet.
5. Heugten, Dekker, Deelman, Dijk, Stehmann-Saris,	2000	Validation study	Utvalg: 45 pasienter med ve. sidig hjerneslag og apraksi, 36 pasienter med hjerneslag uten	Måle funksjonsnedsettelse hos personer med hjerneslag og	Instrument: Ett sett av 4 ADL observasjoner, samt en apraksi test, en motorisk funksjonstest (en	Gjennomsnittstid etter slaget var 8.6 uker for pasienter med apraksi, 13.5 uker for pasienter uten apraksi.	Resultatet indikerer at ADL observasjonene har klinisk validitet og at konstrukt	Observasjons- og skåringsskjema er vedlagt. 4 aktiviteter er noe omfattende, men dette er aktiviteter som er mye brukt i observasjon. Savner flere detaljer rundt oppgavene.

Kinebanian			apraksi i kontrollgruppe.	apraksi ved å undersøke klinisk og konstrukt validitet av ADL observasjoner	tilpasning av motricity index) og Barthel indeks. 30 pas. fullførte hele testbatteriet, uklart om dette er av de 45. Uklart i hvilken hemisfære kontrollgr. har hjerneslag i.		validitet av observasjonsmetoden er god.	
------------	--	--	---------------------------	---	---	--	--	--

Styrkeskjema

Studie	Styrker	Svakheter	Evt. GRADE/evidensnivå
1. Zwinkels, Geusgens, van de Sande, van Heugten	Representativt utvalg. Målemetoder er objektive og begrunna i referanser.	Inklusjonsprosedyrer kunne blitt beskrevet bedre. Uklart hvile screeningtester de har brukt. Ikke alle målemetoder er stadfesta valide. Grad av apraksi er ikke beskrevet i kohorten, bare hvor mange som har apraksi. Det kan være mange i inter-rater studien som ikke har apraksi, dermed blir utvalget lite.	Nivå 2, moderat. Artikkelen baserer seg på en god studie (RCT).
2. Van Heugten, Dekker, Deelman, Stehmann-Saris, Kinebanian	Bra utvalg, både på antall pasienter med apraksi, antall pasienter med ve. sidig hjerneslag uten apraksi og normale.	Kommer ikke tydelig frem hvem målgruppa er. Det er en nevropsykologisk test, er det bare nevropsykologer som kan ta testen eller kan for eksempel ergoterapeuter også bruke den?	Nivå 2, en god studie. Sterk.
3. J.S. Stehmann-Saris, C.M. van Heugten, A. Kinèbanian & J. Dekker.	En RCT. Retningslinjen er testet med AGREE før godkjennelse. Den bygger på en protokoll som er prøvd ut i praksis, og revidert på bakgrunn av praksiserfaringer og forskning.	Søkestrategier rundt databasesøk er ikke beskrevet. En av referansene er vanskelig å få tak i (doktorgradsavhandling). Noe uklarhet rundt publikasjonsliste. Oversettelsesprosedyrer er ikke beskrevet.	Nivå 2, moderat.
4. Van Heugten, Dekker, Deelman, Stehmann-Saris, Kinebanian	Beskriver bakgrunn/teorien for utviklingen av stand. ADL observasjon. Representativt, men lite uvalg pasienter?	Forteller at Arnadottir - functional independence scale – ble diskutert med eksperter på området, men ikke hvem ekspertene var/hvilke faggrupper.	Nivå 2, moderat.
5. Heugten, Dekker, Deelman, Dijk, Stehmann-Saris, Kinebanian	Representativt utvalg? Kontrollgr.? Prøver å standardisere ADL- observasjoner knytta til apraksi?	Uklarhet rundt inklusjon av kontrollgruppe. Uklarhet rundt antall som fullførte, tall i tekst og tabell stemmer ikke overens.	Nivå 2, moderat.
6. Donkervoort, Dekker, Deelman	Bra utvalg, antall pas.	Er Barthel egnet som gullstandard for ADL-undersøkelse i ergoterapi?	Nivå 2, moderat.