

Fagprosedyrer

Metoderapport (AGREE II, 2010-utgaven)

OMFANG OG FORMÅL

1. Fagprosedyrens overordnede mål er:

Retningslinjens overordnede mål er å sikre at pasienter blir vurdert med tanke på om det foreligger apraksi, og at det vurderes hvordan apraksi påvirker den enkelte pasienten sin evne til å utføre daglige aktiviteter.

2. Helse spørsmål(ene) i fagprosedyren er:

Hvordan kan ergoterapeuten kartlegge apraksi hos voksne med hjerneslag i venstre hemisfære?

3. Populasjonen (pasienter, befolkning osv) fagprosedyren gjelder for er:

Voksne personer med hjerneslag i venstre hemisfære.

INVOLVERING AV INTERESSER

4. Arbeidsgruppen som har utarbeidet fagprosedyren har med personer fra alle relevante faggrupper (navn, tittel og arbeidssted noteres):

Silje Nødtvedt, seksjonsleder/ergoterapispesialist, ergoterapiavdelingen, Haukeland universitetssjukehus (HUS)

Annbjørg Spilde Morland, ergoterapispesialist, ergoterapiavdelingen, HUS

Synnøve Glesnes, ergoterapeut, ergoterapiavdelingen, HUS

5. Synspunkter og preferanser fra målgruppen (pasienter, befolkning osv) som fagprosedyren gjelder for:

Ingen pasienter har deltatt i arbeidsgruppen. Den nederlandske retningslinjen (1) viser til en undersøkelse blant pasienter som hadde mottatt ergoterapi. Pasientene gav uttrykk for at økt selvstendighet var en viktig konsekvens av ergoterapi. Målet med anbefalingene i retningslinjen er at pasienter med apraksi skal få økt selvstendighet i daglige aktiviteter, noe som er sentralt i all ergoterapi, også i akutt slagpost.

Norsk forening for slagrammede, ved leder Arne Hagen, vurderer prosedyren for kartlegging av apraksi positivt, men savner imidlertid en prosedyre for oppfølging av pasienten.

Fagprosedyrer

Profesjonell oppfølging basert på en grundig kartlegging er spesielt aktuelt med innføring av Samhandlingsreformen hvor hovedansvaret nå ligger hos kommunen.

6. Det fremgår klart hvem som skal bruke prosedyren:

Målgruppen er ergoterapeuter ved slagenheten, HUS, men retningslinjen vil også være av verdi for andre ergoterapeuter som jobber med pasienter med hjerneslag.

METODISK NØYAKTIGHET

7. Systematiske metoder ble benyttet for å søke etter kunnskapsgrunnlaget:

Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer sine verktøy og metoder er brukt for å utarbeide retningslinjen. PICO-skjema og dokumentasjon av litteratursøk (utført i samarbeid med bibliotekar) er vedlagt. Søk ved oppdatering ble avgrenset til perioden 2010 frem til i dag, dette da hensikten var å innhente ny forskning. Når retningslinjen ble utarbeidet kontaktet arbeidsgruppen ergoterapeuter ved andre slagenheter og ba om skriftlige retningslinjer/prosedyrer for kartlegging av apraksi.

8. Kriterier for utvelgelse av kunnskapsgrunnlaget er:

Inklusjons- og eksklusjonskriterier er beskrevet i eget vedlegg. I tillegg til artikler om ideasjonell og ideomotorisk apraksi har vi inkludert artikler som handler om «limb apraxia» i perioden 2010 til i dag. Dette fordi apraksibegrepet er under diskusjon og ulike forskere bruker forskjellige begreper.

9. Styrker og svakheter ved kunnskapsgrunnlaget er:

Litteraturen beskriver ulike apraksitester som beskrevet i Samle- og styrkeskjema.

Apraksitest av C. van Heugten og C. Geusgens, eget vedlegg, er en nevropsykologisk screeningtest som måler forekomst og alvorlighetsgrad av apraksi (ideasjonell, ideomotorisk). Primærstudier som undersøker reliabilitet av *Apraksitest*, finner at testen har relativt god interrater reliabilitet, god sensitivitet og spesifitet samt god prediktiv verdi (2-4). I følge forfatterne kan ergoterapeuter benytte testen dersom de føler de har tilstrekkelig ekspertise til å tolke skåringene av testen.

En svakhet er at *Apraksitest* mangler validering. I tillegg mangler den en oppgave om meningsløse gester. Alternativer til *Apraksitest* kan være Apraxia Screen of TULIA (AST) (5) og Cologne apraxia screen (CAS)(5). AST er en kortversjon av Apraxia Screen of TULIA (TULIA). Dovern et al. og Vanbellingen et al., skriver at TULIA (6-8) og AST er vurdert å være valide og reliable. Ekstern validitet av AST er ikke undersøkt. I følge litteraturen er det moderate anbefalinger om å bruke TULIA og dens kortform AST.

CAS er en kort screeningtest fra Tyskland. Dovern et al., skriver at testens psykometriske egenskaper som inter-rater reliabilitet og validitet er høy. Testen er ikke funnet i engelsk eller norsk versjon.

Fagprosedyrer

Vi har valgt å bruke en screeningstest som er mest anvendbar i en slagenhet i stedet for mer omfattende tester for forskning og diagnostikk.

Vi velger å fortsatt bruke *Apraksitest* da vi har gode erfaringer med bruk av denne. Ved neste revisjon kan det bli aktuelt å innhente erfaringer fra kollegaer som bruker AST i et forskningsprosjekt, og vurdere AST opp mot *Apraksitest*. I tillegg vil det være aktuelt å vurdere CAS dersom den blir tilgjengelig i engelsk utgave.

Bakgrunnen for den nederlandske retningslinjen er studier utført i sub-akutt og rehabiliteringsfase. Vi vurderer *ADL-observasjoner (9, 10)* også som egnet for bruk i akutfase, da det er generelt viktig å starte rehabilitering etter hjerneslag så tidlig som mulig. Alle ergoterapeuter kan bruke den nederlandske retningslinjen, men dagskurs anbefales før bruk.

ADL-observasjoner og *Apraksitest* er utviklet av samme forskermiljø i Nederland. Det kan være en svakhet at ikke flere forskermiljø er involvert.

10. Metodene som er brukt for å utarbeide anbefalingene er:

Anbefalingene i retningslinjen er gradert i samsvar med anbefalingen fra Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer fra Helsedirektoratet (11), på følgende måte:

Sterk anbefaling: Basert på en god systematisk oversikt med minst en god studie.

Moderat anbefaling: Basert på minst en god studie.

Svak anbefaling: Basert på ingen gode studier, men kunnskapsgrunnlaget er klinisk erfaring.

11. Helsemessige fordeler, bivirkninger og risikoer er tatt i betraktning ved utarbeidelsen av anbefalingene:

Det sees ingen helsemessig risiko ved bruk av retningslinjen.

12. Det fremgår tydelig hvordan anbefalingene henger sammen med kunnskapsgrunnlaget:

Kunnskapsgrunnlaget blir fortløpende vist til under hver anbefaling.

13. Fagprosedyren er blitt vurdert eksternt av eksperter før publisering (Tittel, navn, avdeling, sykehus på alle som har hatt prosedyren til høring):

Oppdatert utgave er godkjent av Halvor Næss MD, PhD, overlege ved nevrologisk avdeling, Haukeland universitetssjukehus og Iris Brunner, fysioterapispesialist i nevrologi, PhD. I tillegg ble 1. utgave av retningslinjen godkjent av ergoterapispesialist, PhD, Unni Sveen.

Retningslinjen for bruk av *ADL-observasjoner* og *Apraksitest* har vært til vurdering hos norsk forening for slagrammede. *ADL-observasjoner* tar utgangspunkt i aktiviteter som er

Fagprosedyrer

meningsfulle for pasienten. Målet med anbefalingene i den nederlandske retningslinjen er at pasienter med apraksi skal få økt selvstendighet i daglige aktiviteter. I tillegg til databasesøk har arbeidsgruppen diskutert utformingen av retningslinjen med relevante fagpersoner innenfor egen arbeidsplass og innenfor nevrorehabilitering på ulike sykehus/rehabiliteringsinstitusjoner i Norge. Fagpersonene har særlig vært ergoterapeuter, men også fysioterapeuter og leger. Dansk ergoterapeut som har oversatt den nederlandske retningslinjen til dansk og undersøkt den med tanke på validitet for bruk i Danmark ble også kontaktet.

14. Tidsplan og ansvarlige personer for oppdatering av fagprosedyren er:

Retningslinjen skal oppdateres etter 2 år (desember 2015), Annbjørg Morland og Silje Nødtvedt er ansvarlige. Epost: annbjorg.morland@helse-bergen.no, silje.nodtvedt@helse-bergen.no.

KLARHET OG PRESENTASJON

15. Anbefalingene er spesifikke og tydelige:

Ja.

16. De ulike mulighetene for håndtering av tilstanden eller det enkelte helsespørsmålet er klart presentert:

Ja.

17. De sentrale anbefalingene er lette å identifisere:

Ja.

18. Faktorer som hemmer og fremmer bruk av fagprosedyren:

Ikke vurdert.

ANVENDBARHET

19. Hvilke råd og/eller verktøy for bruk i praksis er fagprosedyren støttet med:

Retningslinjen er støttet med *Apraksitest* utarbeidet av van Heugten og Geusgens og standardiserte *ADL-observasjoner* utviklet av Stehmann-Saris, van Heugten, Kinèbanian og Dekker.

20. Potensielle ressursmessige konsekvenser ved å anvende anbefalingene er:

Fagprosedyrer

Det kreves noe tid til opplæring av ergoterapeuter for å sikre riktig bruk.

21. Fagprosedyrers kriterier for etterlevelse og evaluering:

Det er ikke satt opp kriterier for etterlevelse og evaluering.

REDAKSJONELL UAVHENGIGHET

22. Synspunkter fra finansielle eller redaksjonelle instanser har ikke hatt innvirkning på innholdet i fagprosedyrer:

Nei.

23. Interessekonflikter i arbeidsgruppen bak fagprosedyrer er dokumentert og håndtert:

Det er ingen interessekonflikter i arbeidsgruppen.

Referanser

1. Stehmann - Saris JC, C.M. vH, A. K, J. D. Occupational therapy guideline for assessment and treatment of apraxia following left hemisphere stroke. . Fått på mail av Caroline van Heugten2005.
2. van Heugten CM, Dekker J, Deelman BG, Stehmann-Saris FC, Kinebanian A. A diagnostic test for apraxia in stroke patients: internal consistency and diagnostic value. The Clinical neuropsychologist. 1999 May;13(2):182-92. PubMed PMID: 10949159. Epub 2000/08/19. eng.
3. van Heugten CM, Dekker J, Deelman BG, Stehmann-Saris JC, Kinebanian A. Assessment of disabilities in stroke patients with apraxia: internal consistency and inter-observer reliability. 1999.
4. Zwinkels A, Geusgens C, van de Sande P, Van Heugten C. Assessment of apraxia: inter-rater reliability of a new apraxia test, association between apraxia and other cognitive deficits and prevalence of apraxia in a rehabilitation setting. Clinical rehabilitation. 2004 Nov;18(7):819-27. PubMed PMID: 15573839. Epub 2004/12/03. eng.
5. Dovern A, Fink GR, Weiss PH. Diagnosis and treatment of upper limb apraxia. Journal of neurology. 2012 Jul;259(7):1269-83. PubMed PMID: 22215235. Pubmed Central PMCID: PMC3390701. Epub 2012/01/05. eng.
6. Vanbellingen T, Bohlhalter S. Apraxia in neurorehabilitation: Classification, assessment and treatment. NeuroRehabilitation. 2011;28(2):91-8. PubMed PMID: 21447909.
7. Vanbellingen T, Kersten B, Van de Winckel A, Bellion M, Baronti F, Muri R, et al. A new bedside test of gestures in stroke: the apraxia screen of TULIA (AST). Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry. 2011 Apr;82(4):389-92. PubMed PMID: 20935324.
8. Vanbellingen T, Kersten B, Van Hemelrijk B, Van de Winckel A, Bertschi M, Muri R, et al. Comprehensive assessment of gesture production: a new test of upper limb apraxia (TULIA). European journal of neurology : the official journal of the European Federation of Neurological Societies. 2010 Jan;17(1):59-66. PubMed PMID: 19614961.

Fagprosedyrer

9. Hansen T, Steultjens E, Satink T. Validation of a Danish translation of an occupational therapy guideline for interventions in apraxia: A pilot study. *Scandinavian journal of occupational therapy*. 2009;16(4):205-15. PubMed PMID: 19145535. Epub 2009/01/16. eng.
10. van Heugten CM, Dekker J, Deelman BG, van Dijk AJ, Stehmann-Saris FC, Kinebanian A. Measuring disabilities in stroke patients with apraxia: A validation study of an observational method. *Neuropsychological Rehabilitation*. 2000 2000/08/01;10(4):401-14.
11. Helsedirektoratet. Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer. In: Helsedirektoratet, editor. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer/Sider/default.aspx>: Helsedirektoratet; 2012. p. 57.