

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. Helsepørsmål(ene) i fagprosedyren er:

Hvordan kan ergoterapeuter 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.

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, vurderte prosedyren for kartlegging av apraksi positivt i 2013, men savnet imidlertid en prosedyre for oppfølging av pasienten. Profesjonell oppfølging basert på en grundig kartlegging er spesielt aktuelt med innføring av Samhandlingsreformen hvor hovedansvaret for dette nå ligger hos kommunen.

Retningslinjen er ikke sendt til høring ved revidering i 2016, da det ikke foreligger vesentlige endringer i retningslinjen.

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, både i akutt- og rehabiliteringsfase.

METODISK NØYAKTIGHET

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

Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer sine verktøy og metoder er brukt for å utarbeide retningslinjen. Ved oppdatering i 2013 og 2016 ble det vurdert at søkestrategien kunne gjenbrukes som den var, men med begrensinger på år. Grunnet etterslep i databasene ble det gjennomført søk med ett års overlapping. Litteratursøk er utført av bibliotekar Regina Lein. Ved oppdatering i 2016 ble det utført søk i april samt et oppdatert søk i november. Da retningslinjen ble utarbeidet i 2010 kontaktet arbeidsgruppen ergoterapeuter ved andre slagenheter i Norge og ba om skriftlige retningslinjer/ prosedyrer for kartlegging av apraksi.

8. Kriterier for utvelgelse av kunnskapsgrunlaget 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 fra 2010 og frem til i dag. Dette fordi apraksibegrepet er under diskusjon og ulike forskere bruker forskjellige begreper.

9. Styrker og svakheter ved kunnskapsgrunlaget er:

Apraksitester:

Litteraturen beskriver ulike apraksitester. *Apraksitest* av C. van Heugten og C. Geusgens 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 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.

Ved nytt søk i 2016 fant vi en ny aktuell artikkel (5) som omhandler kartlegging av apraksi. *Short apraxia screening test* av Leiguarda m.fl. (5) er en screeningtest som beskrives som enkel å administrere og sensitiv nok til å identifisere en hvilken som helst variant av apraksi. Likevel blir det påpekt at den ikke tester oppgave-spesifikke former for apraksi som f.eks.

«constructional apraxia». Testen er kun tilgjengelig på engelsk. Vi er usikre om en av oppgavene «Make the Victory sign» vil bli forstått av eldre pasienter, da begrepet ikke er allment kjent i Norge.

Andre alternativer til *Apraksitest* kan være *Apraxia Screen of TULIA (AST)* (6) og *Cologne apraxia screen (CAS)*(6). AST er en kortversjon av *Apraxia Screen of TULIA (TULIA)*. Doern et al. og Vanbellingen et al., skriver at TULIA (7-9) og AST er vurdert til 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. Ved revisjon i 2016 innhentet vi erfaringer fra kollegaer som bruker AST i et forskningsprosjekt som ikke er publisert enda. De nevner at oppgaven «vis hvordan en ser ut om man er gal» kan være vanskelig å utføre og tolke. En annen oppgave er utdatert («vis hvordan du bruker et poststempel»). I tillegg kartlegges ikke ideasjonell apraksi gjennom reell bruk av objekter.

CAS er en kort screeningtest fra Tyskland. Doern et al., skriver at testens psykometriske egenskaper som inter-rater reliabilitet og validitet er høy. Testen er ikke funnet i engelsk eller norsk versjon. I 2016 er det publisert et abstrakt om *The Revised Cologne Apraxia Screening* (10). Vi velger å ikke se nærmere på artikkelen abstraktet refererer til, da testen er utviklet for pasienter med hjerneslag i høyre hemisfære og fulltekst av artikkel kun er tilgjengelig på tysk.

Vi har valgt å bruke *en screeningstest* som er anvendbar i en slagenhet i stedet for mer omfattende tester for forskning og diagnostikk. Vi velger å fortsatt bruke *Apraksitest* på HUS da vi har gode erfaringer med klinisk bruk av denne.

ADL-observasjoner:

Bakgrunnen for den nederlandske retningslinjen er studier utført i sub-akutt og rehabiliteringsfase. Vi vurderer *ADL-observasjoner* (11, 12) 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 i *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer fra Helsedirektoratet* (13). Vi har ikke funnet oppsummert forskning og mangler derfor sterk anbefaling.

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

Fagprosedyrer

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. 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 (3. utgave) i 2016 er godkjent av Halvor Næss MD, PhD, overlege ved nevrologisk avdeling, HUS og Tina Taule, ergoterapispesialist, PhD, HUS. Disse godkjente også 2. utgave. Iris Brunner, fysioterapispesialist i nevrologi, PhD. godkjente 1. og 2 utgave. 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 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 fagpersoner innenfor egen arbeidsplass og innenfor nevrorehabilitering på ulike sykehus/rehabiliteringsinstitusjoner i Norge. Fagpersonene har særlig vært ergoterapeuter, men også fysioterapeuter og leger. Ergoterapeuten 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 innen 3 år etter forrige litteratursøk i november -19. Silje Nødtvedt og Annbjørg Morland er ansvarlige. Epost: silje.nodtvedt@helse-bergen.no, annbjorg.morland@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:

Fagprosedyrer

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:

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

21. Fagprosedyrens 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 fagprosedyren:

Ikke aktuelt for denne fagprosedyren.

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

Det er ingen interessekonflikter i arbeidsgruppen.

Referanser

Fagprosedyrer

1. Stehmann - Saris JC, van Heugten CM, Kinèbanian A, Dekker J. Occupational therapy guideline for assessment and treatment of apraxia following left hemisphere stroke Unpublished: Maastricht University; 2005.
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;13(2):182-92.
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. *Occupation, participation and health*. 1999;19(1):55-70.
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;18(7):819-27.
5. Leiguarda R, Clarens F, Amengual A, Drucaroff L, Hallet M. Short apraxia screening test. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*. 2014;36(8):867-74.
6. Dovern A, Fink GR, Weiss PH. Diagnosis and treatment of upper limb apraxia. *Journal of neurology*. 2012;259(7):1269-83.
7. Vanbellingen T, Bohlhalter S. Apraxia in neurorehabilitation: Classification, assessment and treatment. *NeuroRehabilitation*. 2011;28(2):91-8.
8. 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;82(4):389-92.
9. 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*. 2010;17(1):59-66.
10. Wirth K, Held A, Kalbe E, Kessler J, Salinger J, Karbe H, et al. A New Diagnostic Tool for Apraxia in Patients with Right-Hemisphere Stroke: The Revised Cologne Apraxia Screening (KAS-R). *Fortsch Neurol Psychiatr*. 2016;Oct; 84(10):633-9.
11. 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.
12. 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;10(4):401-14.
13. Helsedirektoratet. Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer. Helsedirektoratet; 2012.