

Fagprosedyrer

Metoderapport (AGREE II, 2010-utgaven)

OMFANG OG FORMÅL

1. Overordna mål for fagprosedyrer er:

Overordna mål med retningslinja er å sikre at pasientar med hjerneslag blir vurderte med tanke på om dei har synsvanskar som påverkar utføringa av daglege aktivitetar.

2. Helse spørsmål i fagprosedyrer er:

Korleis kan ergoterapeuten kartlegge synsvanskar hos vaksne i akutt fase etter hjerneslag?

3. Populasjonen fagprosedyrer gjeld for er:

Populasjonen er vaksne personar med hjerneslag i akutt fase. Retningslinja kan også brukast for vaksne med andre typar hjerneskade (1-3).

INVOLVERING AV INTERESSER

4. Arbeidsgruppa som har utarbeida fagprosedyrer har med personar frå alle relevante faggrupper

Fagprosedyrer blei utarbeida av Annbjørg Spilde Morland, Silje Nødtvedt, ergoterapispesialister ved Haukeland universitetssjukehus (HUS), og Synnøve Glesnes, ergoterapeut ved HUS og Haraldsplass Diakonale Sykehus (HDS).

Espen Valle, Marcus Kessner, Silje Nødtvedt (ergoterapeuter ved HUS) og Helene Johansen (ergoterapispesialist ved HDS) har oppdatert fagprosedyrer i 2017.

5. Synspunkt og preferansar frå målgruppa som fagprosedyrer gjeld for:

Ingen pasientar har deltatt i arbeidsgruppa, men utkast av retningslinja er sendt til Norsk forening for slagrammede, Bergen og omegn, ved leiar Bjørn Thomas Thomassen og Landsforeningen for slagrammede, ved leiar Hans Henrik Tøsdal, for uttale. I høyringsuttale vektlegg dei at det er viktig med kartlegging av synsvanskar i akutt- og rehabiliteringsfase. Det vert også etterlyst grundig undersøking hos augelege for å få informasjon om skade og på den måten hjelp til å akseptere varige utfall.

Fagprosedyrer

I aktivitetsobservasjon er pasientperspektivet vektlagt gjennom observasjon i aktiviteter som er meningsfulle for pasienten.

Retningslinjen er ikkje sendt til høyring ved revidering i 2017, da det ikkje foreligger vesentlege endringar i retningslinjen.

6. Det kjem klårt fram kven som skal bruka prosedyren:

Målgruppa er ergoterapeutar ved slagpost, HDS og ved slageininga, HUS, som møter pasientar med hjerneslag i akutfase. Retningslinja kan og vera av verdi for andre ergoterapeutar og yrkesgrupper som jobbar med pasientar med hjerneskade (2, 4).

METODISK NØYAKTIGHET

7. Systematiske metodar vart nytta for å søkje etter kunnskapsgrunnlaget:

Da retningslinja vart utarbeida i 2013 blei Nasjonalt nettverk for fagprosedyrar sine verktøy og metodar brukt for å utarbeida retningslinja. PICO-skjema og dokumentasjon av litteratursøk, utført i samarbeid med bibliotekar, er lagt ved. Ergoterapeutar ved andre sjukehus blei kontakta og vi fekk tilsendt ei skriftleg retningslinje for kartlegging og behandling av synsvanskar etter hjerneslag frå Ringerike sjukehus, Vestre Viken HF. På diskusjonsforumet til Norsk ergoterapiforbund sine nettsider har vi stilt spørsmål om andre har retningslinjer for kartlegging av synsvanskar etter hjerneslag, men ingen tilbakemelding er motteken. Vi har også hatt kontakt med Mary Warren, forfattar av Brain Injury Visual Assessment Battery for Adults (biVABA), som tilrår å bruke kartleggingsverktøyet ved norske tilhøve med noko tilpassing, mellom anna at lesetesten vert omsett til norsk og telefonnummer vert tilpassa norsk standard.

Ved oppdatering i 2017 vart det vurdert at søkestrategien kunne gjenbrukes som den var, men blei begrenset på år. Det var eit års overlapping med forrige søk og oppdatering, grunna etterslep i databasene. Litteratursøk blei utført av bibliotekar Hilde Wedvich.

8. Kriterium for val av kunnskapsgrunnlaget er:

Inklusjons- og eksklusjonskriterier er omtalt i eige vedlegg. I utgangspunktet ville vi ha artiklar som omhandla personar med hjerneslag i akutfasen, men fann lite litteratur. Vi leita difor vidare utan å avgrense til akutfase. Ved litteratursøk fann vi fleire aktuelle verktøy for

Fagprosedyrer

kartlegging av synsvanskar etter hjerneskade. Frå før har vi godt innarbeidde reiskapar for kartlegging av visuell hukommelse (Rivermead Behavioural Memory Test), visuell persepsjon og visuell kognisjon med oppgåver frå Behavioural Inattention Test (BIT), Conventional Sub-test, og Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (LOTCA). Testar for kartlegging av visuell persepsjon vart difor ekskluderte då vi framleis vel å bruke testar vi har frå tidlegare som dekkjer området.

Fokus på ergoterapi har medført eksklusjon av litteratur som er publisert for andre fagprofesjonar.

9. Styrke og svakheiter ved kunnskapsgrunnlaget er:

Bakgrunn for tilrådingane i retningslinja er faglitteratur i bøker og fagtidsskrift for ergoterapeutar. Svakhet ved kunnskapsgrunnlaget er at det ikkje er funne forskingsartiklar og delar av litteraturen er av eldre dato. Vi har valt å ta med litteratur tilbake til 1993 då dette er publisering av den teoretiske bakgrunnen for kartleggingsreiskap som er brukt i retningslinja. Det er også ein svakhet at vi ikkje har funne validering av biVABA og test av reliabilitet. Nyare studiar viser derimot til biVABA, dette kan tyde på at modellen vert oppfatta som "gullstandard". Ein annan styrke er at litteraturen er retta spesifikt mot ergoterapeutar, som er målgruppa for retningslinja.

Litteraturen legg vekt på viktigheten av å kartlegge konsekvensar av synsvanskar ved utføring av daglege aktivitetar. Særskilde kartleggingsreiskapar er ikkje omtalt, men litteraturen beskriv problem som ulike synsvanskar kan medføre i kvardagen. Vi vel å utføre aktivitetsobservasjon med verktøy som allereie er innarbeidde ved slagposten, HDS, og slageininga, HUS, som til dømes Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) og The Perceive, Recall, Plan and Perform system of task analysis (PRPP).

biVABA av M. Warren er eit verktøy for å kartlegge synsvanskar hos personar med hjerneskade (1-3). Verktøyet kartlegg synsvanskar på grunnleggande nivå i den visuelle prosessen, det vil sei kartlegg synsskarphet, augemotorikk, synsfelt, visuell oppmerksomhet og visuell søkestrategiar. biVABA er eit standardisert verktøy som er diskutert og brukt som eksempel på kartleggingsverktøy av ulike forfattarar med ulike fagprofesjonar (3, 5-8). Verktøyet er omfattande, men deltestar kan brukast kvar for seg eller i heilskap avhengig av

Fagprosedyrer

kva ergoterapeuten vurderer som naudsynt. Testen er ikkje ein diagnostisk test, men rettleiing for terapeuten i kartlegginga av synsvanskar (1, 3).

Ved søk i 2017 fann vi 3 relevante artiklar (9-11) som omhandlar ulike kartleggingsverktøy. Ved detaljert gjennomgang av artiklane har vi funne at ingen av desse kartleggingsverktøya kan erstatte dagens biVABA som er implementert ved begge sjukehus. Artiklane er ført inn i samle- og styrkeskjema. Kartleggingsverktøyet Brief vision screen (11) som omhandler kartlegging av synsvansker i ADL, kan være aktuell ved arbeidsplasser utan AMPS-sertifisering og biVABA. Occupational Therapy Vision Screening (10) kan også være eit aktuelt screeningverktøy på arbeidsplasser utan biVABA.

10. Metodane som er brukte for å utarbeida anbefalingane er:

Tilrådingar i retningslinja er gradert i samsvar med anbefaling frå Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer frå Helsedirektoratet (12) på følgjande måte:

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

Moderat anbefaling: Basert på minst ein god studie.

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

11. Helsemessige fordeler, biverknadar og risiko er teke omsyn til ved utarbeiding av anbefalingane:

Det er ingen helserisiko ved bruk av retningslinja.

12. Det kjem tydeleg fram korleis anbefalingane heng saman med kunnskapsgrunnlaget:

Kunnskapsgrunnlaget vert vist til under kvar tilråding.

13. Fagprosedyren er blitt vurdert eksternt av ekspertar før publisering:

Retningslinja blei opprinnelig godkjent av Halvor Næss MD, PhD, overlege ved nevrologisk avdeling, HUS, og Sabine Piepenstock Nore, overlege ved HDS. I tillegg er retningslinja vurdert av Elizabeth Solhjem, ergoterapeutspecialist i eldres helse på Ringerike sykehus Vestre Viken HF og Tina Taule, PhD, forsknings- og fagutviklingsleder, HUS. Arbeidsgruppa har diskutert utforminga av retningslinja med relevante fagpersonar innafør eigen arbeidsplass.

Fagprosedyrer

Ved oppdatering i 2017 er retningslinja godkjent av Halvor Næss MD, PhD, overlege ved nevrologisk avdeling, HUS. Spesialpedagogisk rådgiver (synspedagog) Bjørn Sigurd Grindheim ved Bergen Voksenopplæring - skole og kompetansesenter har også vurdert retningslinja. Han gjev uttrykk for at retningslinja er god, er særleg fornøyd med at biVABA blir nytta og seier at kartlegginga vil vera av stor verdi når pasientar vert henvist vidare til synspedagog. Victoria Varga, overlege ved HDS har fått oppdatert prosedyre til gjennomlesning.

14. Tidsplan og ansvarlege personar for oppdatering av fagprosedyren er:

Retningslinjen skal oppdateres innen 3 år etter forrige litteratursøk i april -20. Espen Valle, Marcus Kessner og Helene Johansen er ansvarlege. E-post: espen.valle@helse-bergen.no, marcus.kessner@helse-bergen.no, helene.johansen@ihelse.net.

KLARHET OG PRESENTASJON

15. Anbefalingane er spesifikke og tydelege:

Ja.

16. Dei ulike mulighetene for handtering av tilstanden eller det einskilde helsespørsmålet er klårt presentert:

Ja.

17. Dei sentrale anbefalingane er lette å identifisera:

Ja.

18. Faktorar som hemmar og fremmar bruk av fagprosedyren:

Ikkje vurdert. biVABA finns berre på engelsk. Deloppgåver er omsett til norsk og tilpassa for lokal bruk av Synnøve Glesnes og Annbjørg Morland.

ANVENDBARHET

19. Kva råd og/eller verktøy for bruk i praksis er fagprosedyren støtta med:

Retningslinja er støtta med biVABA av Warren.

20. Potensielle ressursmessige konsekvensar ved å nytta tilrådingane er:

Fagprosedyrer

Bruk av retningslinja krev ei eingongsinvestering ved innkjøp av biVABA (ca. 5000 kr med frakt og toll). Ved implementering vil ergoterapeutane ha behov for tid til lesing, felles gjennomgang og utprøving av retningslinja for å sikre rett bruk.

21. Fagprosedyren sine kriterium for etterleving og evaluering:

Det er ikkje sett opp kriterier for etterleving og evaluering.

REDAKSJONELL UAVHENGIGHET

22. Synspunkt frå finansielle eller redaksjonelle instansar har ikkje hatt innverknad på innhaldet i fagprosedyren:

Nei. Retningslinja er utvikla som eit fagutviklingsarbeid ved Ergoterapiavdelingane, HUS og HDS, utan ekstern støtte.

23. Interessekonfliktar i arbeidsgruppa bak fagprosedyren er dokumentert og handtert:

Det er ingen interessekonfliktar i arbeidsgruppa.

REFERANSER

1. Warren M. The biVABA test manual, reproducible assessment forms and instructional videos [CD-rom]. Alabama: VisABILITIES Rehab Services Inc; 1998.
2. Net2Business. <http://www.visabilities.com/bivaba.html> 1999-2013 [cited 2013 16.05].
3. Glesnes S, Johansen H, Borgen B. Ergoterapeutisk kartlegging av synsvansker etter hjerneslag. Ergoterapeuten. 2016;6:28-35.
4. Solhjem E. Helsepersonells kliniske erfaringer med kartlegging, utredning og behandling av synsforstyrrelser. Ergoterapeuten. 2013;1:32-7.
5. Warren M. Evaluation and treatment of visual deficits following brain injury. In: Pendleton H, Schultz-Krohn W, editors. Pedretti's Occupational Therapy: Practice skills for physical dysfunction. St. Louis: Elsevier Science/Mosby; 2013.
6. Zoltan B. Vision, perception, and cognition: a manual for the evaluation and treatment of the adult with acquired brain injury. 4 ed. Thorofare NJ: Slack Incorporated; 2007.
7. Scheiman M. Managing and understanding vision deficits - A guide for Occupational Therapists. 3 ed. Thorofare, NJ: Slack Incorporated; 2011.
8. Gillen G. Managing visual and visuospatial impairments to optimize function. In: Gillen G, editor. Stroke rehabilitation: A function based approach. 3 ed. St. Louis: Elsevier/Mosby; 2011.
9. Hanna K, Hepworth L, Rowe F. Screening methods for post-stroke visual impairment: a systematic review 2016; In press:[1-13 pp.].
10. Herron S. Review of experience with a collaborative eye care clinic in inpatient stroke rehabilitation. Topics in Stroke Rehabilitation. 2016;23(1):67-75.

Fagprosedyrer

11. Grider S, Yuen H, Vogtle L, Warren M. Visual concerns that interfere with daily activities in patients on rehabilitation units: a descriptive study. *Occupational Therapy In Health Care*. 2014;Oct;28(4):362-70.
12. Helsedirektoratet. Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer. Helsedirektoratet; 2012.