

Kunnskapsbasert retningslinje - erfaringar frå ei slageining

Samandrag

Nasjonale faglege retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag tilrår at pasientar som har vanskar med å bruka vanlege reiskapar og å utføra daglege aktivitetar blir vurderte med tanke på apraksi. Ergoterapiavdelinga ved Haukeland universitetssjukehus (HUS) mangla spesifikke apraksitestar og opplevde behov for meir kunnskap om emnet. Formålet med artikkelen er å dela erfaringar med utarbeiding av ei kunnskapsbasert retningslinje og å inspirera andre ergoterapeutar til å dela faglege retningslinjer. Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer si metode og minstekrav blei følgd ved utarbeiding av retningslinja. Systematiske søk blei utførte i perioden november til desember 2010 i samarbeid med bibliotekar. Resultatet vart ei kunnskapsbasert retningslinje for kartlegging av apraksi hos pasientar med venstresidig hjerneslag, til bruk i akutt slageining. Forskingsbasert kunnskap har konsekvensar for ergoterapi praksis, då retningslinja gjev oss spesifikke testar for kartlegging av apraksi etter hjerneslag i venstre hemisfære. Motivasjon for endring og medverknad frå heile ergoterapigruppa er naudsynt for å implementera ny kunnskap.

Nøkkelord: Apraksi, hjerneslag, kartlegging, retningslinje, ergoterapi.

AV SILJE NØDTVEDT, ANNBJØRG SPILDE MORLAND OG TINA TAULE

Introduksjon

Helse- og omsorgsdepartementet går ut frå at forskingsbasert kunnskap inngår som ein del av grunnlaget for faglege avgjerder og ved evaluering av iverksette tiltak (1). Helsevesenet følgjer opp nasjonale strategiar ved å implementera kunnskapsbasert praksis (KBP) i helsetenesta. Eit viktig bidrag til betring av pasienttryggleik og kvalitet er å implementera KBP. Dette krev at helsepersonell held seg fagleg oppdaterte og kan grunnkje eigen praksis (2). Utarbeiding av kunnskapsbaserte retningslinjer kan vera eit av fleire tiltak for å utvikla best mogleg praksis, uavhengig av om ein arbeider i kommune, sjukehus eller ved andre arbeidsplassar (3). Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer har som målsetjing å medverka til at kunnskapsbaserte retningslinjer/fagprosedyrer vert delte, for slik å unngå dobbeltarbeid og samstundes få betre kvalitet på innhaldet (4). Helse Vest Regionale Helseforetak har arrangert to fagdagar om det å utarbeida kunnskapsbaserte retningslinjer og implementera desse i praksis, dette som ein del av kvalitetssatsinga i helseforeta-

ket. Ergoterapiavdelinga ved HUS har delteke på fagdagan og har i dei siste åra hatt fokus på å utvikle retningslinjer i samsvar med tilrådingar frå Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer. Retningslinja «Kartlegging av apraksi hos pasientar med hjerneslag i venstre hemisfære» er godkjent og publisert på nettsidene til Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer (4). Målet med å utarbeida retningslinja er å sikra at pasientar ved slageininga, HUS, blir vurderte med tanke på om apraksi førekjem og kartleggja korleis apraksi påverkar den einskilde pasient si evne til å utføra daglege aktivitetar. Arbeidet vart initiert av avdelingssjef for ergoterapeutane.

Formålet med denne artikkelen er å gjera greie for erfaringar med å utarbeida og implementera ei kunnskapsbasert retningslinje (5). Vi vonar at våre erfaringar kan inspirera andre ergoterapeutar til å publisera faglege retningslinjer og dermed spreie oppdatert kunnskap.

Metode

Retningslinja «Kartlegging av apraksi hos pasientar med hjerneslag i venstre

hemisfære» vart utarbeida, og implementeringa vart initiert av ergoterapeutar ved Slageininga, HUS, i 2010-11 (5). To ergoterapeutar fekk fristilt tid til å utarbeida retningslinja, kvar terapeut i cirka 50 prosent i seks veker.

Retningslinja byggjer på modellen for kunnskapsbasert praksis og Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer si metode, og minstekrav vart følgde ved utarbeidinga (4, 6). Det vart først undersøkt om andre allereie hadde utarbeida eller var i gang med liknande arbeid. Deretter blei PICO-skjema nytta for å utforma spørsmål, dette for å gjera litteratursøka mest mogleg presise (6). (PICO-skjema er et hjelpemiddel til å dele opp spørsmål og strukturere det på en hensiktsmessig måte, slik at litteratursøket kan bli mest mulig presist). Litteratursøk vart utførte i ulike databasar frå toppen av S-pyramiden og nedover, samt i databaser for retningslinjer (7). Systematiske søk blei utførte i perioden november til desember 2010 i samarbeid med bibliotekar. Søka vart dokumenterte undervegs i eige skjema (4). Aktuelle



Silje Nødtvedt er ansatt ved Ergoterapiavdelinga, Haukeland universitetssjukehus (HUS). E-post: silje.noedtvedt@helse-bergen.no.



Annbjørg Spilde Morland er ansatt ved Ergoterapiavdelinga, Haukeland universitetssjukehus (HUS).



Tina Taule er ansatt ved Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen.

Ingen interessekonflikt mellom forfattarane om rett til manuskriptet.

søkeord, databaser og søkehistorie er tidlegare dokumentert (5).

Inklusjonskriteria var artiklar som skildrar testar eller undersøkingar for kartlegging av apraksi hos pasientar med hjerneslag i venstre hemisfære. Artiklar frå 1998 og oppover vart inkluderte. Eksklusjonskriteria var motorisk-, auge-, tale- eller gangapraksi. I tillegg vart artiklar om barn, og artiklar som primært var retta mot nevropsykologar, legar eller fysioterapeutar også ekskluderte. Søka vart først avgrensa til akutt fase, men ingen aktuell litteratur vart funne. Difor vart ikkje søka avgrensa til sjukdomsfase.

Kunnskapssenteret sine sjekklistar for kritisk vurdering av forskingsartiklar vart nytta for å finne ut om vi kan stole på resultatane, kva resultatane eigentleg fortel, og om dei kan vera til hjelp i eigen praksis (8). Litteraturen vart samanstillt i samle-/styrkeskjema for å få oversikt over dei ulike artiklane (4). Funn og klinisk utprøving var viktige grunnlag for utforming av retningslinja.

Retningslinja vart utforma etter Retningslinjer for retningslinjer (9). Ho inneheld to kartleggingsverktøy som vart omsette internt og prøvde ut ved slageininga. Metoderapport basert på Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) Instrument vart skriven i tråd med Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer sin mal for metoderapport (10, 11). Retningslinja vart sendt på høyring i eige føretak og til relevante fagpersonar ved andre helseføretak i Norge. Etter godkjenning i eige helseføretak vart retningslinja sendt til Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer.

Implementering av retningslinja vart utført i samråd med leiinga og ergoterapikolleaga ved slageininga, HUS. Erfaringar med bruk av retningslinja vart evaluerte av aktuelle partar etter eit halvt års bruk. Evalueringa var diskusjonsbasert med fokus på bruk og nytteverdi.

Brukar erfaringar vart ikkje innhenta i utarbeidinga av retningslinja, men ved implementering fekk terapeutane fortøpande tilbakemeldingar frå pasientar.

Resultat og diskusjon

Arbeidet med retningslinja var omfat-

Tilrådingar for praksis

- Klinikarar bør vera merksam på om apraksi førekjem etter hjerneslag i venstre hemisfære.
- ADL-observasjonar vert tilrådd for å vurdere kva konsekvensar apraksi har for utføringa av daglege aktivitetar, for pasientar med apraksi etter hjerneslag i venstre hemisfære.
- Apraksitest vert tilrådd for å skilja mellom pasientar med og utan apraksi etter hjerneslag i venstre hemisfære.
- Ved mistanke om apraksi vert Apraksitest i kombinasjon med ADL-observasjonar tilrådd for å kartleggja apraksi og kva konsekvensar det medfører i dagleglivet.
- Kartlegging frå ergoterapeut må sjåast i samheng med vurderingar frå andre yrkesgrupper.

Boks 1: Tilrådingar frå kunnskapsbasert retningslinje for kartlegging av apraksi hos pasientar med hjerneslag i venstre hemisfære (5).

tande når det gjeld arbeidsmengde og tidsbruk. Vår erfaring er at dette hadde vore vanskeleg å få gjennomført utan godt samarbeid med kollegaer og forankring i leiinga. Avsett tid til arbeidet, særleg i startfasen, opplevde vi som avgjerande. Vi erfarte at det var ein fordel å vere to, av di vi kunne dele på å drive arbeidet framover og diskutera undervegs. Det var og ein fordel at prosjektet var ein del av det planlagde fagutviklingsarbeidet i avdelinga, noko som gjorde det lettare å prioritera retningslinja framfor anna arbeid i ein travel kvardag. Retningslinja var ikkje ferdig utarbeidd innan tidsfristen, men leiinga var interessert i at arbeidet vart ferdigstilt, og gav oss naudsynt tid til dette.

Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer si metode og minstekrav var ein god framgangsmåte i prosessen og viste til ulike skjema. Desse var til god hjelp for å strukturera og kvalitetssikra arbeidet (4).

PICO-modellen var eit nyttig hjelpemiddel for å finna fram til aktuelle søkeord for litteratursøk, og for å formulera ei presis problemstilling. I første omgang ønskte vi å få oversikt over både kartlegging og behandling av apraksi. Ved bruk av PICO-modellen vart problemstillinga innsnevra til kun å omhandla kartlegging. I ettertid ser vi at denne avgrensinga var viktig for at arbeidet ikkje skulle bli for omfattande. Vår problemstilling vart følgjande: «Korleis kan ergoterapeutar kartlegge apraksi hos pasientar med hjerneslag i venstre hemisfære?»

Litteratursøk var lærerikt for oss

som hadde lite erfaring på området. Tett samarbeid med bibliotekar vart innleia tidleg i prosessen. Bibliotekaren sin kunnskap om aktuelle databaser og søkemethodar var avgjerande for å kvalitetssikra at all relevant litteratur vart funnen. Artiklar som ikkje var gratis tilgjengeleg i full tekst, vart bestilte av bibliotekaren.

Søka resulterte i fleire artiklar som refererte til ei ergoterapeutisk retningslinje for kartlegging og behandling av apraksi (12, 13). Denne nederlandske retningslinja var ikkje å finne via Helsebiblioteket si oversikt «Internasjonale retningslinjer». Etter omfattande litteratursøk fann vi den nederlandske utgåva (14). Først ved direkte kontakt med artikkelforfattarar fekk vi tak i engelsk utgåve som var omsett av Høgskulen i Amsterdam. Den nederlandske retningslinja er omsett til dansk og undersøkt med tanke på validitet for bruk i Danmark. Det var ikkje mogeleg å få tak i den danske versjonen, trass i kontakt med fleire danske ergoterapeutar, inkludert omsetjar. Søka resulterte også i funn av fleire forskingsartiklar som handla om ein apraksitest, men den spesifikke testen var ikkje tilgjengeleg. Vi fekk testen tilsendt frå artikkelforfattar etter førespurnad. Mailadresser til artikkelforfattarar er å finne i nye artiklar. Erfaringane våre er at ikkje all aktuell litteratur er tilgjengeleg i databaser, men artikkelforfattarane var imøtekomande og gav oss rask tilbakemelding.

Kritisk vurdering av abstrakt og artiklar var den mest tidkrevjande

delen av prosessen. Problemstillinga vart nytta for å halda fokus på tema og vurdera om artiklane var relevante. Artiklane vart kritisk vurderte og samanstilte med «Sjekkliste for vurdering av forskingsartiklar» og i samle-/styrkeskjema frå Helsehåndboka (8, 11). Studiedesign var ikkje alltid tydeleg formulert i artiklane, og det var ei utfordring å velje riktig sjekkliste. Ordlista frå Kunnskapssenteret forklarar ord og uttrykk på norsk, og ho var eit nyttig verktøy for å forstå ukjente forskingsomgrep (15). Både norske og engelske ord vart forklarte, noko som var nyttig då artiklane var på engelsk, medan retningslinja skulle skrivast på norsk.

Vi fekk rettleggning av ein fysioterapeut med kunnskap om nevrologi og forskning. Erfaringa vår er at ressurspersonar ikkje treng å vera frå eiga faggruppe.

ADL-observasjonar og Apraksitest

Etter litteratursøk og kritisk vurdering av artiklar hadde vi funne to kartleggingsverktøy som var aktuelle til bruk ved slageininga:

- *ADL-observasjonar* (12, 13, 16, 17).
- *Apraksitest* (18, 19).

ADL-observasjonar er utvikla for å måla konsekvens av apraksi i kvardagen. Dette verktøyet er omtala i nederlandske retningslinjer for ergoterapeutisk kartlegging og behandling av apraksi (16) og i to artiklar (12, 13). *Apraksitest* er ein nevropsykologisk screeningstest utvikla for å måla førekomst og alvorsgraden av apraksi. Studier konkluderer med at både *ADL-observasjonar* og *Apraksitest* er reliable og valide (12, 13, 17-19).

Bakgrunnen for den nederlandske retningslinja er studier frå sub-akutt og rehabiliteringsfase. Denne tilrår bruk av *ADL-observasjonar* for pasientar med apraksi og vanskar med aktivitetsutføring etter venstresidig hjerneslag, særleg i rehabiliteringsfase og i kronisk fase. Vi vurderer *ADL-observasjonar* også som eigna for bruk i akuttfase, då det generelt vert tilrådd å starta rehabilitering etter hjerneslag så tidleg som mogeleg (20). Alle ergoterapeutar kan bruka den nederlandske retningslinja under føresetnad av at ein har sett seg grundig inn i teori-

en, og dagskurs vert tilrådd. I følge forfatarane kan ergoterapeutar nytta *Apraksitest* dersom dei har tilstrekkeleg ekspertise til å tolka skåringane av testen. Dagskurs er ikkje tilgjengeleg i Norge og begge kartleggingsverktøya var nye for ergoterapeutane ved slageininga, HUS. Krava vart difor ivaretekte gjennom eigenstudie av aktuell teori, felles gjennomgangar på fagmøter, utprøving av verktøya på kvarandre og felles pasientbehandling. Kartleggingsverktøya vart prøvde ut i ein periode på nokre månader, og erfaringane vart diskuterte i plenum.

Vi har opplevd at heile ergoterapi-gruppa ved slageininga har vore positiv og delteke aktivt med å prøva ut og ta i bruk dei nye kartleggingsverktøya. Evaluering av *Apraksitest* viste at testen vert nytta diagnostisk ved mistanke om apraksi. Kollegaer erfarte at testen er enkel og rask å utføra, og god for å avdekka apraksi. Testen inngår no som ein av fleire aktuelle kognitive testar ved slageininga. *Apraksitest* blir nytta oftare enn *ADL-observasjonar*. Evalueringa av *ADL-observasjonar* eit år etter godkjenning, viste at fleire hadde behov for meir kunnskap om teoretisk bakgrunn, trening i praktisk bruk og skåring. Dette kan ha samband med at *ADL-observasjonar* er meir omfattande, og vi nyttar heller innarbeidde kartleggingsverktøy som til dømes Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) (21). Vi har likevel valt å bruka *ADL-observasjonar*, då dette verktøyet er spesifikt utvikla for å avdekka apraktiske vanskar og det kan nyttast av alle ergoterapeutar. *ADL-observasjonar* gir konkret tilbakemelding om aktuell tilnærming, og resultatet er lett å formidla til det tverrfaglege teamet. For å sikra at kunnskapen blir halden ved like, har vi erfart at det er naudsynt å ha retningslinja jamleg som tema på fagmøter og oppmoda til samarbeid rundt aktuelle pasientar.

Vi har omsett *Apraksitest* og deler av *ADL-observasjonar* til norsk. Vi meiner at dette var viktig slik at språket ikkje vart ei hindring for å ta verktøya i bruk. I tillegg har det medverka til å sikra mest mogeleg lik instruksjon uavhengig av ergoterapeut. Omsetjinga er meint for internt bruk. Ei

fullstendig omsetjing i samsvar med gjeldande retningslinjer er under planlegging (22).

Pasientane vert raskt utskrivne frå slageininga, og kartlegging hos ergoterapeut er ikkje alltid avslutta før utskrivning. I tråd med samhandlingsreforma opplever vi trong for vidareføring av kunnskapen til instansar som følgjer opp pasienten (23). Til dømes har Innsatssteamet i Bergen kommune teke i bruk *ADL-observasjonar* og *Apraksitest* som aktuelle kartleggingsverktøy ved oppfølging av pasientar med hjerneslag (24). Apraksi medfører ofte vanskar i kvardagen på fleire områder. Kartlegginga frå ergoterapeut må alltid sjåast i samband med vurderingar frå andre yrkesgrupper. Vi opplever at resultatane frå den ergoterapeutiske kartlegginga av apraksi vert etterspurt i det tverrfaglege teamet.

Brukarperspektiv

Brukarkunnskap og brukarmedverknad er viktige element i KBP. I arbeidet med å utforma ei kunnskapsbasert retningslinje har det vore utfordrande å vite på kva måte og i kva grad dette skal bli ivareteke. I følge forskingsgrunnlaget er ikkje *Apraksitest* eller *ADL-observasjonar* vurderte av pasientgruppa, men *ADL-observasjonar* tek utgangspunkt i daglege aktivitetar som er meningsfulle for pasienten. Målet med tilrådingane i den nederlandske retningslinja er at pasientar med apraksi skal få auka sjølvstende i daglege aktivitetar. Våre kliniske erfaringar er at dette samstemmer med måla til mange av våre pasientar.

Pasienteksempel: Ei seksti år gammal kvinne vart innlagt ved slageininga med hjerneslag i venstre hemisfære. *Apraksitest* viste at ho hadde store vanskar med å demonstrere bruk av objekt, men ho klarte nesten alle oppgåver der ho skulle imitera gestar. Merknad til skåring var at ho hadde afatiske vanskar som kunne påverka resultatet negativt. *ADL-observasjonar* vart utført i to aktivitetar som pasienten hadde ønske om å kunne utføra sjølvstendig: Pusse tenner og kle på trøye. Aktiviteten vart tilrettelagt, då ho hadde vanskar med å gå og bruke høgrehand. *ADL-observasjonar*

viste at ho trong munnleg instruksjon for å starte tannpuss og fysisk intervensjon for fleire deloppgåver når ho pussa tenner. Ho kledde på seg trøye sjølv med prøving og feiling, og nytta sjølvinstruksjon undervegs. Resultata frå både *Apraksitest* og *ADL-observasjonar* viste at pasienten særleg hadde apraktiske vanskar ved bruk av objekt.

Det vart konkludert med at vidare trening skulle ha fokus på utføringsfasen. Pasienten skulle øve på å kle på seg trøye med bruk av sjølvinstruksjon. Tannpuss skulle ho utføre med munnleg startinstruksjon, og ho trong vekselvis munnleg og fysisk assistanse for å læra deloppgåvene sjølvstendig.

Vi fekk ingen negative reaksjonar frå pasientar ved bruk av testane i utprøvningsfasen. I ettertid ser vi at tilbakemeldingane kunne ha vore systematiserte. I arbeidet med å utforma ei retningslinje har vi vore medvetne om at ikkje pasientane ikkje skulle utsetjast for unødvendig mykje testing. Observasjonar i daglege aktivitetar vert alltid utførte som ein del av kartlegginga ved slageininga. Ergoterapeuten vel aktuelt kartleggingsverktøy ut frå problema til pasienten. Dersom ein vel *ADL-observasjonar* medfører ikkje dette ekstra testing for pasienten. For screening av apraksi har vi tidlegare nytta deloppgåvene «motorisk praksis» i Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (LOTCA) (25). *Apraksitest* gjev meir utfyllande informasjon om førekomst og alvorsgrad av apraksi, både ideasjonell og ideomotorisk apraksi. Dersom LOTCA blir utført, kan vi velje å nytte *Apraksitest* i staden for deloppgåvene «motorisk praksis».

Publisering av retningslinje

Prosedyrar/retningslinjer som skal publiseras på nettsida til Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer, må kvalitetssikrast før publisering. Eit av krava er at prosedyren/retningslinja skal ha vore gjennom normal godkjenningsordning i eige føretak (4). Vår retningslinje er godkjend av overlege ved nevrologisk avdeling. I tillegg er retningslinja sendt på høring til ergoterapispesialist og spesialist i nevrologisk fysioterapi. Fagpersonane var

positive, og konstruktive tilbakemeldingar har heva kvaliteten på retningslinja. Tilbakemeldingane inspirerte oss til å ferdigstilla arbeidet og senda retningslinja til det nasjonale nettverket. Nettverket kom med forslag til utforming for at retningslinja ikkje skulle bli for lang. Krav til revideringsdato sikrar oppdatering.

Konklusjon og konsekvensar for praksis

Oppgåva med å utarbeida ei kunnskapsbasert retningslinja har vore lærerikt og utviklande. Arbeidet var nytt for oss og difor også tidkrevjande. Eigen motivasjon, støtte frå leiar og kollegaer var viktig. Arbeidet har gitt oss erfaring som gjer det lettare å jobbe kunnskapsbasert i kvar dagen. Den ergoterapeutiske retningslinja har også ført til betre kartlegging av apraktiske vanskar og generelt auka fokus på apraksi.

Retningslinja er publisert på Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer og er tilgjengeleg slik at andre ergoterapeutar kan vurdere om ho er aktuell å bruke på eigen arbeidsplass. Det er ønskjeleg at retningslinja vert prøvd ut blant andre ergoterapeutar. Førebels har få ergoterapeutar publisert kunnskapsbaserte retningslinjer via Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer. Vi meiner at publisering kan medverka til å auka kvaliteten på ergoterapeutisk praksis og synleggjering av fagleg kompetanse.

ADL-observasjonar er ein del av eit program for kartlegging og behandling av apraksi. Vi har kun teke i bruk kartleggingsdelen, men ser også behov for å vurdere om behandlingdelen vil vera nyttig hos oss. Vi ser difor behov for å få ei omsetjing av heile den nederlandske retningslinja.

Vi har fått fleire tilbakemeldingar på retningslinja frå andre ergoterapeutar, samt førespurnader knytt til andre fagprosedyrer/retningslinjer for pasientar med hjerneslag. Tettare samarbeid på tvers av helseføretaka kan vera verdifullt for å betra ergoterapitilbodet til slagpasientar. Kanskje ein kan få til eit nettverksmøte for ergoterapeutar som arbeider ved slageiningar i samband med Ergoterapi-kongressen i 2013? □

Referanseliste

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Helseforskning. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2012; Available from: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/helseforskning.html?id=86961>.
2. Jamtvedt G, Nortvedt MW. Kunnskapsbasert ergoterapi - et bidrag til bedre praksis. Ergoterapeuten. 2008;1(51):10-8.
3. Graverholt B, Tuntland H. Arbeidsformer som implementerer kunnskapsbasert praksis. Ergoterapeuten. 2008;1(51):54-9.
4. Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer. Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer 2012; Available from: <http://www.helsebiblioteket.no/microsite/Fagprosedyrer>.
5. Nødtvedt S, Morland A. Kartlegging av apraksi hos pasienter med hjerneslag i venstre hemisfære. Helsebiblioteket: Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer; 2011 [cited 2011 19.12.2011]; Available from: <http://www.helsebiblioteket.no/microsite/Fagprosedyrer/Fagprosedyrer/Kartlegging+av+apraksi+hos+pasienter+med+hjerneslag+i+venstre+hemisf%C3%A6re.126789.cms>
6. Nortvedt M, Jamtvedt G, Graverholt B, Reinart L. Å arbeide og undervise kunnskapsbasert - en arbeidsbok for sykepleiere. Oslo: Norsk sykepleierforbund; 2007.
7. Nordheim L. Hvordan finne kunnskapsbasert kunnskap: En oversikt. Ergoterapeuten. 2008;1(51):34-8.
8. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2008; Available from: <http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/Sjekklistor+for+vurdering+av+forskningsartikler.2031.cms>.
9. Helseledningsdirektoratet. Retningslinjer for retningslinjer. Prosesser og metoder for utvikling og implementering av faglige retningslinjer Oslo: Helseledningsdirektoratet; 2002.
10. The AGREE Reasearch Trust. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation 2 Instrument. The AGREE Reasearch Trust; 2009; Available from: <http://www.agree-trust.org/about-agree/introduction1/>.
11. Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer. Maler og verktøy. Samle - skjema.doc. Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer; 2012; Available from: <http://www.helsebiblioteket.no/microsite/Fagprosedyrer/Metode+for+%C3%A5+lage+prose->

- dyrer/Maler+og+verkt%C3%B8y.
12. van Heugten CM, Dekker, J., Deelman, B.G., van Dijk, A.J., Stehmann-Saris, F.C., Kinebanian, A. Measuring disability in stroke patients with apraxia: A validation study of an observational method. *Neuropsychological Rehabilitation* 2000;10(4):401-14.
 13. 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.
 14. van Heugten CM, Geusgens, C. Toelichting bij "Ergotherapie richtlijn voor diagnostiek en behandeling van apraxie bij CVA patiënten. Amsterdam: Uitgeverij Boom; 2010; Available from: http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=+van+Heugten+apraxia+ergotherapie+richtlijn&source=web&cd=1&ved=0CE8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.neuropsychologischebehandeling.nl%2FHandlers%2FDownloadProtocol.aspx%3FID%3D117302&ei=Mp7tT5X7H8Kh4gSyziWLDg&usq=AFOjCNH7tJ95J1EKzU-Jj_qS-zyHrvCEhw.
 15. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Vedlegg 3: Ordliste 2010. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2010.
 16. Stehmann-Saris JC, van Heugten CM, Kinèbanian A, Dekker J. Occupational therapy guideline for assessment and treatment of apraxia following left hemisphere stroke. 2005.
 17. Geusgens CA. Transfer of Cognitive Strategy Training After Stroke: No Place Like Home? . 2007.
 18. van Heugten CM, Dekker J, Deelman B, 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.
 19. 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.;July.18.(7):819-27.
 20. Helsedirektoratet. Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Oslo: Helsedirektoratet; 2010.
 21. Fisher AG, Jones KB. Assessment of Motor and Process Skills. Vol. 1: Development, standardization, and administration manual (7th ed.). Fort Collins, CO: Three Star Press; 2010.
 22. International Test Commission. International Test Commission Guidelines for Translating and Adapting Tests. 2010; Available from: <http://www.intestcom.org>.
 23. Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld. nr. 47. Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid. In: omsorgsdepartementet H-o, editor. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2008-2009.
 24. Aasebø K, Rørlien, K., Hauken, J.A., Kupca, A., Lindås, L., Myklebust, S. . Rapport fra et utviklingsprosjekt. Dag- og oppsøkende rehabilitering. Delprosjekt i Slagbehandlingskjeden- Bergen 2009-2011. Bergen kommune, 2012.
 25. Katz N, Itzkovich SA, Elazar B. Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (LOTCA) Battery for Brain-Injured Patients: Reliability and Validity. *American Journal of Occupational Therapy*. 1989;43(3):184-92.