

Struktureret anfaldsobservation af epileptiske og non-epileptiske anfald

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER

- CLEARINGHOUSE

Dato:

Godkendt dato: 12. marts 2014

Revisionsdato: 12. september 2016

Ophørsdato: 11. marts 2017

Den kliniske retningslinje kan, mod angivelse af kilde, frit citeres helt eller delvis i ikke kommercielle sammenhænge. Indgår de i kommercielle sammenhænge skal der indgås specifik aftale.

www.cfkr.dk

kontakt@cfkr.dk

Institut for Sundhedsvidenskab og Teknologi,
Aalborg Universitet
Frederik Bajers Vej 7 E4
DK-9220 Aalborg


AALBORG UNIVERSITY
DENMARK


DASYS
Dansk Sygepleje Selskab

Struktureret anfaldsobservation af epileptiske og non-epileptiske anfald.

Indeksering

Hovedsøgeord:

Observation af virkning og bivirkning af given behandling.

Arbejdsgruppe

Pia Lentz Henriksen, Udviklingssygeplejerske, Center for Neurorehabilitering – Kurhus, Epilepsihospitalet Filadelfia

Trine Arnam-Olsen Moos, Udviklingssygeplejerske, Epilepsiafsnittet for Voksne, Epilepsihospitalet Filadelfia

Vibeke Stubbings, Master i Klinisk Sygepleje, Klinisk Specialesygeplejerske og Udviklingssygeplejerske i Børneambulatoriet og Forskning & udviklingsafdelingen, Epilepsihospitalet Filadelfia

Kontaktperson Vibeke Stubbings: vst@filadelfia.dk

Medforfattere:

Palle Larsen, Cand. Cur., lektor, projektleder og Ph.d studerende, University College Sjælland.

Helle Hjalgrim, Overlæge, Ph.d. leder af Forskning og Udviklingsafdelingen på Epilepsihospitalet Filadelfia.

Begge medforfattere har bidraget med faglig sparring og gennemlæsning af materiale.

Eksterne kontakter:

Under søgeprocessen er der taget kontakt til en række Neurologiske afdelinger / Epilepsiklinikker med henblik på indsamling af allerede udarbejdede og

praksisanvendte arbejdsmaterialer til anfaldsobservation.

Følgende bidrog med deres arbejdsmaterialer: Epilepsiklinikken på

Rigshospitalet, Glostrup Epilepsiklinik,

Odense Neurologiske afdeling, Odense Universitetshospital,

Ålborg Neurologiske afdeling, Ålborg Universitetshospital, Epilepsiklinikken på

Århus Universitetshospital.

Epilepsihospitalet Filadelfia.

Godkendelse

Godkendt af Rådet for Center for Kliniske Retningslinjer, efter intern og ekstern bedømmelse. Den kliniske retningslinje er kvalitetsvurderet i henhold til retningslinjer fastlagt af centrets Videnskabelige Råd og vedtaget af Rådet for Center for Kliniske Retningslinjer.

Dato

Godkendt dato: 12. marts 2014

Revisionsdato: 12. september 2016

Ophørsdato: 11. marts 2017

Bedømt af

Den kliniske retningslinje lever op til kvalitetsniveauet for kliniske retningslinjer, som er beskrevet af Center for Kliniske Retningslinjer. Bedømmelsen er foretaget både internt og eksternt og ved en offentlig høring. Bedømmelsesprocessen er beskrevet på: www.cfkr.dk

Målgruppe

Sundhedsprofessionelle der observerer såvel epileptiske som non-epileptiske anfald.

Patientmålgruppe: Patienter fra 0-80 år+ med epilepsisuspekterede anfald (såvel epileptiske som non-epileptiske anfald). Patientmålgruppen omfatter indlagte patienter, patienter i eget hjem / bosteder / institutioner med mere.

Baggrund

Epilepsi er en af de hyppigst forekommende kroniske neurologiske sygdomme med en prævalens på ca. 1 % af befolkningen (estimeret ca. 55.000 mennesker). Over en 5-års periode ses en forekomst på flere end 4500 nye tilfælde om året, og samlet antages at 30.000 mennesker løbende bliver behandlet for epilepsi i Danmark (1,2).

Samtlige epileptiske anfald – uanset hvordan de klinisk tager sig ud – er baserede på en abnormt og spontant optrædende og ukontrolleret neuronal aktivitet i større eller mindre områder af hjernen. Fællesnævneren for alle epileptiske anfald er et kortvarigt kontroltab ofte med bevidsthedspåvirkning.

At få stillet diagnosen epilepsi kan have alvorlige og vidtrækkende konsekvenser for patientens liv (2-4).

Anfaldsobservation:

Anfaldsklassifikation er en vigtig del af diagnosticeringen af epilepsi (4,5, 6), hvorfor en struktureret og fyldestgørende observation af hvad der sker før, under og efter et anfald er af afgørende betydning. Anfaldsobservation, udgør en vigtig komponent i grundlaget for valg af bedste behandling og medvirker dermed til at optimere muligheden for anfaldskontrol eller reducere anfaldshyppigheden hos patienten (3,7, 8,9). Omvendt kan utilstrækkelig observation og manglende beskrivelse af de faser der indgår i anfaldet, få store konsekvenser for patienten i form af fejlagtig diagnostik, og deraf forringet eller forkert behandling (6,10-12).

Konsekvenser af epileptiske anfald:

Flere undersøgelser har vist, at forskellige former for anfald kan have varierende indflydelse på den skade der permanent sker i hjernen (13). En undersøgelse foretaget i 2001 af Briellmann, Newton og Wallard viste at der kan ske en reduktion af hippocampus-volumen hos patienten efter kun 6 generaliserede toniske kloniske anfald (14).

Over en periode på 3½ år så man i en undersøgelse af 24 patienter med temporallaps-epilepsi således en nedgang i størrelsen af hippocampus volumen på ca. 9 % (13). Ydermere viser undersøgelser at der kan opstå neural skade efter toniske/kloniske krampeanfald af 5 minutters varighed (15).

Patienter med epilepsi har en øget mortalitet afhængig af både epilepsidiagnose og anfaldshyppighed i forhold til baggrundsbefolkningen.

Ligeledes forekommer pludselig uventet død væsentligt hyppigere hos patienter med epilepsi i forhold til baggrundsbefolkningen. Risikoen er størst hos patienter med dårlig anfaldskontrol. Mekanismen for dette fænomen betegnes internationalt Sudden Unexpected Death in Epilepsy (SUDEP).

SUDEP tjener som et væsentligt argument for vigtigheden af, at alle med epilepsi får den hurtigste og bedst mulige diagnosticering og behandling – med anfaldsfrihed som mål (2).

Baseret på disse progressive, ugunstige konsekvenser af epileptiske anfald, er der en god grund til at udvikle behandling som forebygger langtidseffekterne af gentagne anfald. Her udgør en præcis anfaldsobservation en vigtig rolle for diagnosticering og behandling og kan dermed sikre effektiv intervention der udgør komplet anfaldskontrol (4, 5, 6, 7, 8).

Fejldiagnosticering:

Sygdomme med anfaldslignende symptomer er hyppige. Episoder med forbigående tab af bevidsthed er årsag til 3-5 % af alle henvendelser i skadestuer og 1-2 % af alle hospitalsindlæggelser (10).

Der er en række andre tilstande end epilepsi som giver symptomer, der kan forveksles med epileptiske anfald (5,12). Differentialdiagnoser til epilepsi kan i hovedtræk opdeles i 2 grupper: Henholdsvis de fysiologiske anfald (f.eks. synkoper, hypoglykæmi og kardielle arytmier) og psykogene anfald som i neurologien betegnes Psykogenic non-epileptic seizure. Omkring 1/3 af de patienter der henvises til en epilepsispecialist rapporteres at være fejldiagnosticerede (17). I flere undersøgelser har man reevalueret epilepsidiagnosen hos patienter med formodede intractable epileptiske anfald (10).

I et populationsbaseret studie omfattende 214 personer med diagnosen epilepsi fandt man efter en reevaluering, at 23 % ikke havde epilepsi, og at diagnosen var tvivlsom hos yderligere 12 %. I en metaanalyse omfattende 744 patienter fandt man tilsvarende at 35 % af de undersøgte ikke havde epilepsi (10).

En undersøgelse foretaget i 1997 på Epilepsihospitalet Filadelfia viste, at ud af 223 børn henvist med diagnosen epilepsi, var 39 % fejldiagnosticerede og havde altså ikke epilepsi. 64 % af disse fejldiagnosticerede børn havde modtaget antiepileptisk behandling i form af 1 til 5 forskellige præparater (10). Samlet tydeliggør dette behovet for udførlig og struktureret anfaldsobservation, der kan medvirke til korrekt diagnosticering.

Patientperspektiv:

At få stillet diagnosen epilepsi (hvad enten der er tale om en fejldiagnose eller en korrekt diagnose) har store konsekvenser for patienternes livskvalitet (3,18). Epilepsi opfattes af mange som en tabubelagt sygdom, hvilket kan påvirke patientens personlige integritet og føre til stigmatisering. Diagnosen epilepsi kan medføre lavt selvværd, hvilket igen kan afføde social isolation og inducere betydelige psykosociale konsekvenser for patienten (3,10).

Hyppigheden af psykosociale problemer som f.eks. angst for anfald, depression, erhvervsvanskeligheder, oplevelsen af at miste kontrollen over sit eget liv samt risiko for førtidspensionering, stiger markant når patienterne får stillet diagnosen epilepsi (17).

I en spørgeskemaundersøgelse fra Dansk Epilepsiforening, hvor formålet var at undersøge levevilkårene for personer med epilepsi i Danmark fandt man, at mere end 60 % af de unge (18-30 årige) følte sig begrænsede i fritiden og socialt. Mere end 20 % havde været i behandling for depression og de følte sig markant mere ulykkelige end andre unge på samme alder uden diagnosen epilepsi. Undersøgelsen viste også at unge med epilepsi føler sig væsentlig mere ensomme end unge i baggrundsbefolkningen. De er sjældnere i beskæftigelse end andre unge og andelen af personer der er langtidssygemeldte, på kontanthjælp eller under revalidering er markant større hos patienter med epilepsi (19).

Også blandt voksne med diagnosen epilepsi opleves en markant lavere livskvalitet end i den samlede danske befolkning (18). Over 20 % føler sig decideret ulykkelige. Ensomhed og depression er et betydeligt problem som tydeliggøres af at mere end hver tredje voksne med diagnosen epilepsi har været i behandling for depression (18).

Ifølge samme undersøgelse begrænser epilepsidiagnosen også forhold som for eksempel erhvervsvalg og erhvervsfrekvensen ses da også markant lavere blandt voksne med epilepsi, hvor mere end en tredjedel står udenfor arbejdsmarkedet (18). Undersøgelsen er udarbejdet med deltagelse af 563 voksne adspurgte med epilepsi. Her findes at 40 % føler at epilepsien i væsentlig grad har begrænset deres muligheder for valg af erhverv (18). Ud af de 40 % føler 23 % sig hæmmede af frygt for de problemer epilepsien kan medføre.

Ud fra et samfundsøkonomisk perspektiv kan diagnosen epilepsi således også have vidtrækkende konsekvenser.

Definitioner:

Non-epileptiske anfald:

Kan i hovedtræk opdeles i 2 grupper: Fysiologiske anfald (f.eks. synkoper, hypoglykæmi og kardielle arytmier) og psykogene anfald som i neurologien kendetegnes ved PNES (16).

Temporallaps–epilepsi:

Fokal epilepsi, hvor det epileptiske fokus er lokaliseret til temporallappen (2).

Hippocampus:

En struktur lokaliseret i den mediale tindingelap der er en del af det limbiske system. Har stor betydning for menneskets orienteringsevne og hukommelse (20).

PNES:

Psykogenic Non-Epileptic Seizure: Psykogene ikke-epileptiske anfald, der på grund af deres lighed med epileptiske anfald fejlfortolkes og behandles som epileptiske anfald. Disse anfald har ofte en vigtig funktion i patientens psykodynamiske rolle i forhold til omverdenen (16).

Struktureret anfaldsobservation:

Observation af anfald efter en ensartet, konsistent og fælles defineret systematik (8,15).

EEG:

Elektroencefalografi: Undersøgelse af elektriske impulser i hjernen (3).

Scoringsskema:

Scoringsskema defineres i denne retningslinje som en tjekliste til brug for observation af anfald.

Formål

At undersøge effekten af en struktureret observation af epilepsisuspekte anfald hos en patientmålgruppe fra 0-80+. Dette med henblik på at sikre den bedst mulige anfaldsobservation med henblik på det videre udrednings-, diagnosticerings- og behandlingsforløb.

Metode

Fokuseret spørgsmål:

Er der evidens for, at struktureret anfaldsobservation sammenlignet med ikke struktureret anfaldsobservation hos patienter med mistanke om epilepsi, har effekt på den diagnostiske afklaring?

Strategi for systematisk litteratursøgning:

Inklusionskriterier:

Der er udført systematisk litteratursøgning følgende periode: Februar, april og december 2010, januar 2012, februar 2014 i databaserne; CINAHL, PubMed og Cochrane (bilag 1a, 1b). Der er søgt artikler på dansk, svensk, norsk og engelsk med et søgekriterium på max. 15 år. Der er prioriteret at lave 3 søgninger med samme søgeord og kombinationer idet udarbejdelsen af retningslinjen har været spredt over en længere tidsperiode. Gruppen ønskede således at sikre søgningen til enhver tid var opdateret.

Den 26. februar 2013 er der tilsvarende søgt i følgende internationale evidensbaserede retningslinjer i TRIPdatabasen, NICE samt SIGN. I søgebasen NICE fandt vi at én retningslinje i diagnosticering og behandling af epilepsi hos voksne og børn er under udarbejdelse. TRIP, SIGN samt Joanna Briggs er gennemset uden identifikation af fund.

Udvælgelse og vurdering af artikler:

Alle artikler er i fællesskab udvalgt efter titel og abstract. Herefter er alle udvalgte artikler gennemgået og kvalitetsvurderet hver for sig af Pia Lentz Henriksen, Vibeke Stubbings og Trine Arnam-Olsen Moos.

Efterfølgende er artiklerne kritisk gennemgået i fællesskab og evidensvurderet i bestræbelserne på, at finde litteratur med det højst mulige evidensniveau (bilag 2). Alle beslutninger om inklusion, eksklusion, samt udvælgelse af litteraturen, formuleringen af anbefalingerne og udvælgelse af indikatorer og standarder blev opnået ved konsensus i gruppen.

Til vurdering af artiklerne er anvendt tjeklister anbefalet af Center for Kliniske Retningslinjer samt artiklen "*Oversigtsartikel versus systematisk oversigtsartikel – hvorledes vælges højeste niveau af evidens?*" (21) (bilag 3a, b, c, d).

Ekskluderede artikler:

Artikler på andre sprog end dansk, svensk, norsk og engelsk, samt artikler udarbejdet før år 1998 blev fravalgt allerede i første udskillelsesfase. Gruppen frasorterede ligeledes artikler som ikke besvarede det fokuserede spørgsmål eller hvor fokus afveg fra observation af anfald i klinisk praksis. Disse fravalgte artikler kunne kategoriseres som:

- Artikler med diskussion af de forskellige klassifikationssystemer indenfor epileptiske anfald.
- Artikler der har fokus på EEG -undersøgelser i diagnostisk øjemed
- Artikler med fokus på status epilepticus, med den dertil hørende akutte kliniske sygepleje

Der blev i denne proces identificeret 4 artikler (bilag 1a og 1b).

Søgeprocessen:

Subheadings og Meshtermer er anvendt alene og i kombination. Se i øvrigt oversigt over databasesøgning, hvor bilagene vil demonstrere de fund der danner baggrund for de endelige anbefalinger (bilag 1a og 1b).

PubMed:

I PubMed er der søgt 3 gange, hvoraf den seneste var februar 2014. Der blev ved alle 3 søgninger anvendt søgeordene: "*Epilepsy*" (MeSH) *AND Semiology AND Classification*.

Dette resulterede i den initiale søgning i 117 fund. Alle abstracts blev gennemgået

og 5 artikler blev i den initiale fase udvalgt , men senere senere forkastet.

Søgning med kombinationen:

Epilepsy (MESH), Consistency AND Seizure gav 119 fund. Igen blev alle abstracts gennemgået og 2 artikler blev udvalgt og inkluderet. Endelig blev der med kombinationen:

"Epilepsy" AND "Nursing" AND "Observation" AND "Seizure" som fritekst fundet 28 artikler, hvoraf 3 blev udvalgt. En artikel blev senere forkastet, og de to andre inkluderet (bilag 1a og 1b).

CINAHL:

I februar 2014 blev der søgt i CINAHL med Epilepsy som heading og der blev anvendt følgende Subheadings: *Classification AND Observation*.

Dette resulterede i 3 fund. Disse abstracts blev gennemgået, hvoraf en artikel blev udvalgt men senere forkastet.

Endvidere er søgt med Epilepsy som heading og Classification som fritekst og dette resulterede i 457 fund, hvoraf samme artikel fra forrige søgning blev fundet og forkastet.

Derefter blev der søgt med:

Epilepsy som heading og Observation som fritekst.

Dette resulterede i 40 fund hvoraf der ingen relevante resultater var..

Derudover blev der søgt med::

Epilepsy som heading og Classification som subheading og Observation som fritekst. Dette gav 1 nyt resultat, som blev forkastet pga manglende relevans.

Herefter blev der anvendt:

Epilepsy og Seizure som headings og Classification som subheading.

Dette resulterede i 42 fund, hvor alle abstracts blev gennemgået og 1 artikel blev udvalgt men senere forkastet (bilag1a og 1b).

Cochrane Library:

Der er søgt 3 gange i Cochrane (senest februar 2014) og anvendt "Advanced search" med søgeordet:

Epilepsy.

Dette resulterede i 122 fund og 0 udvalgte artikler. Abstracts blev gennemgået og alle artikler blev forkastet da de alene fokuserede på det behandlingsmæssige og diagnostiske område. Den sygeplejefaglige observation kunne således ikke genfindes. Følgende søgeord blev desuden anvendt på Cochrane:

Observation, Seizure, Guideline, som resulterede i hh 112, 89 of 28 hits uden relevans for den kliniske retningslinje(bilag 1a og 1b).

Kædesøgningsfund:

Via et enkeltstående kædesøgningsfund blev følgende fundet:
Sundhedsstyrelsen; Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering,
Referenceprogram for epilepsi, 2005.

Litteraturgennemgang

Er der evidens for, at struktureret anfalds-observation sammenlignet med ikke struktureret anfalds-observation hos patienter med mistanke om epilepsi, har effekt på den diagnostiske afklaring?

Generelt er der meget få studier, som kan besvare ovenstående spørgsmål. Evidensen er yderligere på et lavt niveau.

Sammenfattende set indikerer den tilgrundliggende evidens at strukturerede observationer til epileptiske anfald kan have betydning for den diagnostiske udredning og ikke mindst potentialet til at forbedre præcisionen og reliabiliteten af anfaldsobservationerne (5 IV), (15 IV).

Det er efter en systematisk litteratursøgning desværre ikke lykkedes at identificere nogle konkrete strukturerede eller internationalt accepterede og anerkendte anfaldsobservationsskemaer.

4 studier er inkluderet i litteraturgennemgangen. 2 oversigtsartikler (5 IV), (15 IV), et komparativt studie (7 III) og et "situational judgment test" (8 III) hvor deltagerne udsættes for realistiske og hypotetiske situationer og dermed skal handle eller evt. rangere deres svar som de mener, er forsvarligt eller korrekt.

Til kritisk vurdering af de 4 ovenstående studier er der valgt følgende på baggrund af diskussioner blandt arbejdsgruppens medlemmer og vejledere:

Til oversigtsartiklerne (5 IV), (15 IV) er der anvendt en modificeret udgave af checkliste til kritisk vurdering af systematiske reviews. Der findes ingen checklister til kritisk vurdering af oversigtsartikler, men for at underkaste de to artikler en kritisk gennemgang er der anvendt en modificeret checkliste (se bilag 3).

Til det komparative studie (7 III) er der anvendt checkliste til case control studier, da det er baseret på sammenligninger og analyser af ligheder og forskelle mellem observerede fænomener inden for et defineret analyseområde.

Til det situationsbestemte studie (8 III) er der anvendt checkliste til kritisk vurdering af kohortestudier. Studiet er ikke et kohortestudie, men mhp på at underkaste studiet en kritisk gennemgang, var denne checkliste den mest passende.

Welsh (15 IV) og So (5 IV) betoner sammenfattende vigtigheden og relevansen af at epilepsisygeplejersken har grundigt indblik i patientens anfaldshistorik og symptomer med henblik på vurdering af eventuelle ændringer i patientens anfaldsklinik. Den ene artikel (15 IV) anbefaler, at man med fordel kan anvende skematiske oversigtsark til at dokumentere anfaldshistorikken i mere detaljerede komponenter.

Wulff (8 III) beskriver, at en tjekliste til anfaldsobservation er gavnlig for sundhedsprofessionelle, der skal oplæres og trænes i observation af anfald. Uddannelsesniveau, erfaring m.m. har ingen betydning, hvis man er blevet uddannet til at anfalds observere. Derimod tyder det på at gentagne erfaringer med at observere anfald har betydning for hvor præcise observationer der foretages. Det beskrives, at sygeplejerskens rolle i forbindelse med et anfald er at fremkomme med specifik, komplet, akkurat beskrivelse af epileptiske og non-epileptiske anfald, således at lægen kan diagnosticere og igangsætte rette behandling (8 III).

Heo (7 III) understøtter dette i sit studie, da han beskriver, at et velbeskrevet anfald kan bruges som udgangspunkt for diagnosticering.

Sundhedsstyrelsen anbefaler tilsvarende, beskrevet i Referenceprogrammet for Epilepsi, at der anvendes en tjekliste i forbindelse med anfaldsbeskrivelse, hvorfor konklusionerne i ovenstående studier understøttes af anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen (17).

Heo (7 III) fandt, at informanternes uddannelsesniveau, og her menes hvor mange års skolegang, - opnåede en højere grad af nøjagtighed i anfaldsbeskrivelsen sammenlignet med informanter med kortere skolegang. Dette blev verificeret i en sammenligning af videooptagede anfald med de anfaldsbeskrivelser som informanterne foretog. Undersøgelsen viste at anfaldsobservation er en afgørende faktor i den diagnostiske afklaring.

Wulff (8 III) beskriver, at genkendelse af problemområderne og kendetegn er vigtige for, at kunne fremkomme med komplet og præcis anfaldsdokumentation.

Samlet bidrager artiklerne (5 IV), (8 III), (15 IV) til anbefaling af skematisk oversigt over anfald samt at en detaljeret anfaldsbeskrivelse fra patienten og eventuelle vidner er en vigtig information ved diagnosticering af epilepsi.

Wulff (8 III) beskriver, at bevægelser i patientens arme og ben under anfald ofte tager observatørens opmærksomhed fra vigtige detaljer som f.eks. opstarten af anfaldet, hvor mund, ansigt eller øjendrejning måske bliver overset. Sådanne detaljer kan ifølge Wulff være yderst vigtige til at skelne imellem forskellige

anfaldstyper f.eks. et partielt anfald fra et primært generaliseret anfald eller et anfald af ikke epileptisk karakter. Her har brug af specifikke kriterier til at kategorisere anfaldssymptomer vist sig at forbedre kvaliteten af anfaldsbeskrivelsen betydeligt. Optagelse med video, når det drejer sig om gentagen anfaldsobservation, viser ifølge Wulff en statistisk signifikans, og kan således også være en vigtig markør for den videre anfaldsklassificering (8 III). Elson (5 IV) angiver i en oversigtartikel, hvorledes videoptagelser bør vises til patientens pårørende med henblik på at verificere hvorvidt anfaldsobservationen i klinikken er identisk med anfald observeret i hjemligt regi. Han angiver ligeledes at anfaldsobservatørens manglende præcision og fyldestgørende beskrivelse, resulterer i lav detaljeringsgrad når den korrekte anfaldstype skal defineres.

Det betones endvidere, hvorledes såvel EEG som en udførlig anfaldsbeskrivelse medvirker præcist til at kunne lokalisere et anfald. I de tilfælde hvor EEG ikke entydigt kan give et klart billede af epilepsiens lokalisering, er en anfaldsbeskrivelse af stor betydning og i flere tilfælde kan det begrænse brugen af intrakranielle elektroder i videre diagnosticering. Ressourcemæssigt såvel som patientperspektiverende synes dette forhold at være af væsentlig betydning (5 IV).

Referenceprogrammet for epilepsi (17) anbefaler at differentialdiagnosen for psykogene non-epileptiske anfald stilles på basis af anamnesticke forhold, observation af anfald, gentagne normale EEG'er og eventuelt video-EEG der samlet kan bidrage til anfaldssemiologien.

Ved udredning af epilepsisuspekterede anfaldsfænomener anbefales det at anvende en tjekliste ved anamneseoptagelsen (17).

Konklusionerne i denne kliniske retningslinje understøttes således af ovenstående anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen og på baggrund af fund og konklusioner af artiklerne, har gruppen ved konsensus besluttet at udarbejde følgende anbefalinger:

Anbefalinger

1. Struktureret anfaldsobservation kan have betydning for udredning af epilepsiususpekte anfaldsfænomener (5 IV, 15 IV, 8 III) **D**
En struktureret anfaldsbeskrivelse med en høj detaljeringsgrad kan bidrage til en korrekt diagnosticering af patienten (15) IV **D**.
2. En anfaldsbeskrivelse kan ikke stå alene i udredningsfasen, og må så vidt muligt suppleres med EEG og andre diagnostiske tiltag. Et eksempel kunne være optagelse på video eller anden billedoptagelse (5 IV) **D**.
3. Træning og erfaring med at observere anfald og dokumentere disse, kan lokalt igangsættes og gennemføres via oplæring i struktureret anfaldsobservation af det sundhedsfaglige personale. Dette med henblik på at sikre den højest mulige pålidelighed af anfaldsobservationen (7,8 III) **C**.

Der er vedlagt et bilag med forslag til en checkliste. Det skal bemærkes at checklisten er udarbejdet lokalt og skal ligeledes forankres lokalt.

Monitorering

1. Indikator: Andelen af patienter, hvor plejepersonalet ved udredning af epilepsisuspekterede anfaldsfænomener anvender en struktureret tjekliste
Standard: 90 %

Procedure ved audit: Journal gennemgang x 1 årligt

2. Indikator: Andelen af teoretisk og praktisk undervisning gennemført til det sundhedsfaglige personale.
Standard: 100 %

Procedure: Gennemgang af personalemapper x 1 årligt.

3. Indikator: Andelen af diagnostisk uafklarede patienter der efter struktureret anfaldsobservation diagnosticeres.
Standard: 90%

Procedure: Ved audit gennemgang af journaler x 1 årligt.

Anbefalingerne har været afprøvet i klinisk praksis, og tjeklisten har aktuelt været afprøvet på en række voksne patienter med epilepsisuspekterede anfald. Tjeklisten har endvidere været vurderet af plejepersonale i klinisk praksis og deres tilbagemeldinger har resulteret i enkelte justeringer med henblik på tjeklistens brugervenlighed. Afprøvningen pågår forsat.

Der er nedsat en gruppe med ansvar for den kliniske retningslinje til:

- Vedligeholdelse og revidering af den kliniske retningslinje
- Vejledning i forbindelse med anvendelse af anbefalingerne

Gruppen består af: Vibeke Stubbings, Trine Arnam-Olsen Moos og Pia Lentz Henriksen.

Der er ingen økonomiske konsekvenser af betydning for at følge anbefalingerne. Den kliniske retningslinje er udarbejdet uden ekstern støtte og ingen medlemmer af gruppen har interessekonflikt.

Ansvarlig for gruppens arbejde, opfølgning og opdatering af retningslinjen: Vibeke Stubbings, Master i Klinisk Sygepleje, klinisk specialesygeplejerske og udviklingssygeplejerske, Børneambulatoriet og forskningsafdelingen, Epilepsihospitalet Filadelfia
Kontaktperson Vibeke Stubbings: vst@filadelfia.dk

Referencer

1. Christensen J., Vestergaard M., Pedersen M. G., et al. Incidence and prevalence of epilepsy in Denmark; *Epilepsy Research* 2007; 76:60-65.
2. Alving J., Sabers A., Uldall P.; *Basisbog i epilepsi*, Novartis Neuroscience; 2007: 3, 5 – 14, 25 – 31.
3. Fisher RS, Leppik I. Debate: When does a seizure imply epilepsy? *Epilepsia*, 2008; 49. 9: 7-12
4. Fisher PG.; First and second seizure, What to know & do. *Contemporary Paediatrics*; 24, No. 4:80 – 88.
5. So Elson L. Value and Limitation of Seizure Semiology in Localizing Seizure Onset. *Journal of Clinical Neurophysiology* 2006; 23; 4: 353 – 357.
6. Rossetti A.O., Kaplan P. W.; Seizure Semiology: An Overview of the 'Inverse Problem'. *European Neurology*, 63:3 –10, 2010: 3 -10.
7. Heo J-H., Kim D-W. et al.; Reliability of Semiology Description. *The Neurologist* 2008; 14; 1: 7–11.
8. Wulff J.; Evaluation of Seizure observation and documentation. *American Association of Neurosciences Nurses* 2000; 32; 1: 27–36.
9. Noachtar S., Peters A.S.; Semiology of epileptic seizures: A critical review. *Epilepsy and Behavior* 2009;15: 2 – 9.
10. Erdal J., Høgenhaven H.; *Faldgruber ved epilepsidiagnostik*. *Ugeskrift for Læger*, 166/44, 2004;3: 915 – 3918.
11. Barry K., Teixeira S.; The Role of the Nurse in the Diagnostic Classification and Management of Epileptic Seizures. *The American Association of Neuroscience Nurses*1983:243 -249.
12. Ross E.; The treatment and diagnosis of non-epileptic attack disorder. *British Journal of Nursing* 2002; 11; 6:380 – 387.
13. Sultula T.P., Hagen J.Pitkänen A.; Do epileptic seizure damage the brain? *Current opinion in Neurology* 2003; 16:189-195.
14. Briellmann R., Newton M., Wellard R. et al. Hippocampal sclerosis following brief generalized seizure in adulthood. *Neurology* 2001; 57: 315 – 317.
15. Welsh R., Kerley S.; Nursing patients with epilepsy in secondary care settings. *Nursing standard* 2009; 23; 36:49- 56.
16. Alsaadi T.M., Marquez A.V.; Psychogenic Non-Epileptic Seizures.

American Academy of Family Physicians 2005: www.aafp.org/afp.

17. Sundhedsstyrelsen; Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, Referenceprogram for epilepsi, 2005.
18. Langkjær C., Mose T.; Levevilkår for voksne med epilepsi. Medlemsundersøgelse fra Dansk epilepsiforening 2007:35 – 55.
19. Langkjær C., Bengtsson S.; Levevilkår for unge med epilepsi. Medlemsundersøgelse fra Dansk epilepsiforening 2009: 1-108.
20. www.Wikipedia.dk d. 8.12.2010.
21. Skabelon til oversigtsartikler:
http://www.kliniskeretningslinjer.dk/images/file/Larsen_juni_2011.pdf
22. Jordan J.W.; Semiology: Witness to a Seizure – What to Note and How to Report. American Journal END Technology. 2007; 47: 264 -282.

Formkrav

Følger opsætning og overskifter angivet i manualen.

Redaktionel uafhængighed

Den kliniske retningslinje er udviklet uden ekstern støtte og den bidrag ydende organisations synspunkter eller interesser har ikke haft indflydelse på de endelige anbefalinger.

Interessekonflikt

Ingen af gruppens medlemmer har interessekonflikter i forhold til den udarbejdede klinisk retningslinje.

Bilag

1) Litteratursøgning

- a. Flow-chart
- b. Søgeproces

2) Evidensskema

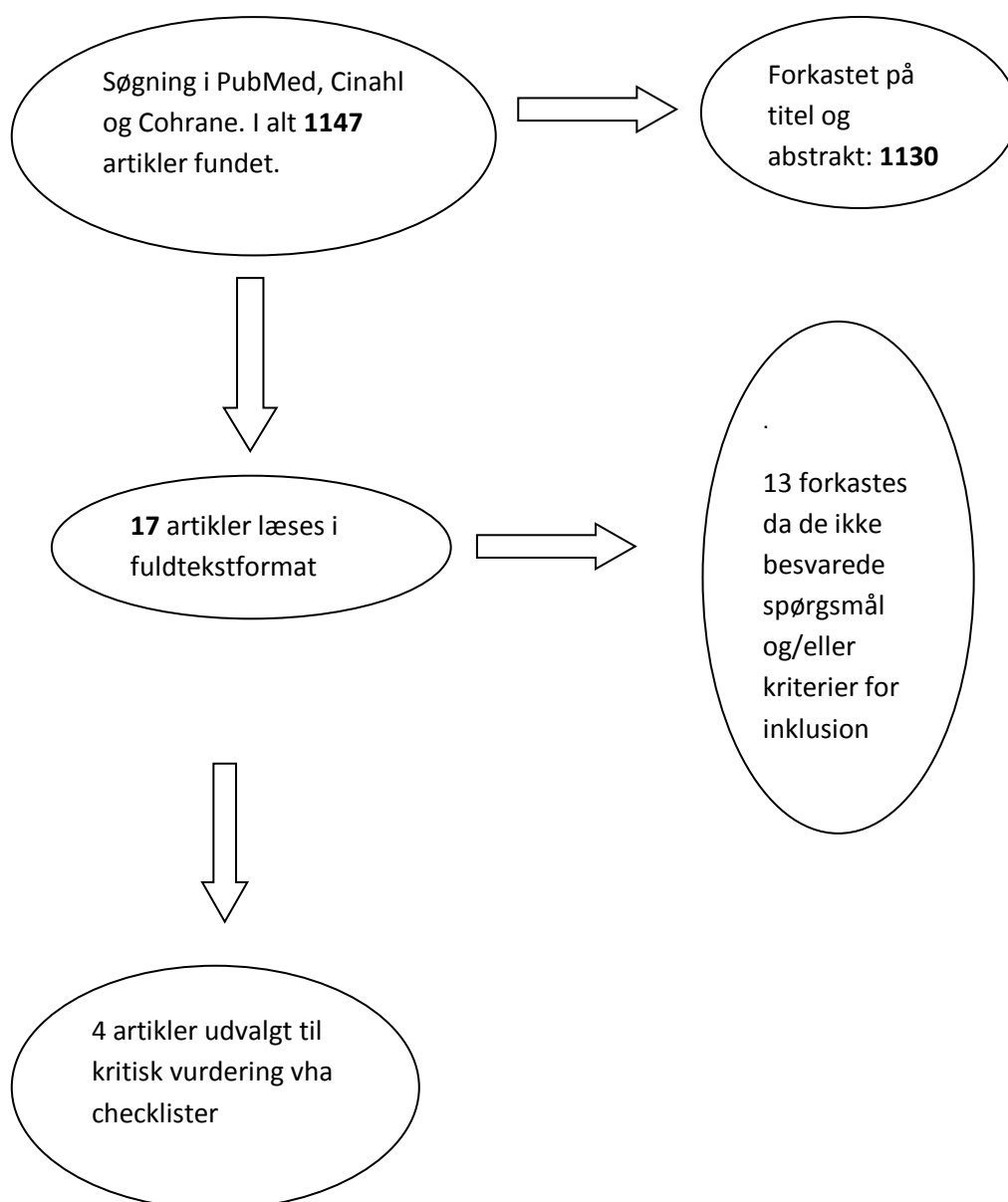
3) Litteraturgennemgang

- a. Wulf J.
- b. Heo J-H., Kim D-W. et al
- c. Welsh R., Kerley S.
- d. So Elson L.

4) Tjekliste til anfaldsobservation

5) Resume

Bilag 1a: Flowchart



Bilag 1b: Søgeproces

Søgeprofil afspejlende seneste søgning februar 2014.

Database	Dato	Søgestrategi	Limits	Fund
PubMed	Februar 2014	"epilepsy" (MeSH) AND "semiology" AND "classification"	Dansk, svensk, norsk, engelsk. Max 15 år.	Gav 117 fund i initial søgning. Alle abstrakts gennemgået, uden relevante fund.
		"epilepsy (MeSH) "consistency" AND "seizure"	Samme	119 artikler. Alle abstrakts gennemgået To artikler udvalgt og inkluderet.
		"epilepsy" AND "nursing" AND "observation" AND "seizure" som fritekstermer.	Samme	28 artikler, 3 udvalgte. En senere forkastet. To artikler udvalgt og inkluderet
CINAHL		"epilepsy" som heading. Subheadings: "classification" AND "observation". "epilepsy" som heading,	Samme	3 artikler. En artikel udvalgt, men senere forkastet. 457 fund. Ingen

Cochrane	"classification" som fritekst	Samme	relevante hits.
	"epilepsy" som heading suppleret med "observation" som fritekst.	Samme	40 fund.
	"epilepsy" som heading suppleret med "classification" som subheading og "observation" som fritekst.	Samme	1 artikel, men denne forkastet pga manglende relevans.
	"epilepsy" og "seizure" som headings igen, og "classification" som subheading.	Samme	42 fund, hvor en artikel udvalgt, men senere forkastet pga manglende relevans.
	"Advanced search" med "epilepsy"		22 fund, hvor alle abstrakts er gennemgået. Ingen udvalgte, grundet fokus på alene behandlingsmæssige markører.
	"observation"		112 hits. Ingen relevante
"seizure"		89 hits. Ingen relevante	
"guideline".		28 hits. Ingen relevante	

Kædesøgningsfund				<p>Et relevant fund: Sundhedsstyrelsen; Center for evaluering og medicinsk Teknologivurdering, Referenceprogram for epilepsi.2005.</p> <p>Danner imidlertid ikke direkte baggrund for anbefalingerne , men indgår som et understøttende belæg.</p> <p>I ALT 4 ARTIKLER GENNEMGIK KRITISK VURDERING VHA CHECKLISTER</p>
-------------------------	--	--	--	---

Bilag 2: Evidensskema

Forfatter	År	Studietype	Studiets kvalitet	Befolknings-type	Intervention	Resultater (outcome)	Kommentarer
Jae-Hyeok Heo, Reliability of Semiology Description	The Neurologist, 2008	Casekontrolundersøgelse	C III	92 patienter, 52 mænd og 40 kvinder fokus på fagpersoner / ikke fag-personers anfaldsbeskrivelse	Alle har set / oplevet anfald Informaterne blev udspurgt ang. udd. niveau, erfaring, relation til patienten og antal observerede anfald. Anfaldsobservation validitet til diagnosticeringen Anfaldsobservation validitet til diagnosticeringen, se tabel 1,	Meget af observationen der er beskrevet af vel-uddannede observatører er pålidelig. Lægen skal dog huske på hvilken grænse denne information har og bruge information forsigtigt.	

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER

- CLEARINGHOUSE

Forfatter	År	Studietype	Studiets kvalitet	Befolknings-type	Intervention	Resultater (outcome)	Kommentarer
Wulf, Judith A. Evaluation og seizure observation and documentation	American Association of Neuroscience Nursing 2000	Deskriptiv undersøgelse	III C.	60 Sygeplejersker med min. 2 års erfaring ansat på børneafdeling på epilepsicenter. 2 udgik pga ændrede ansættelsesforhold.	Alle deltagere har indenfor de to sidste år fået undervisning / instruktion i anfaldsobse- vation. Bias er minimeret ved blinding og systematik.	Brug af specifikke kriterier til at kategorisere anfaldssymptomer viser sig at forbedre kvaliteten af anfaldsbeskrivelsen. Optagelse med video, når det drejer sig om gentagen anfaldsob- servation, viser en statistisk signifikans, og kan således udgøre en vigtig markør for den videre anfaldsklassifi- cering.	
Forfatter	År	Studietype	Studiets kvalitet	Befolknings-type	Intervention	Resultater (outcome)	Kommentarer
Welsh R. Kerley S. Nursing patients with epilepsy in secondary care settings.	Nursing Standard. 2009.	Oversigts – artikel.	IV D.	Sammenfatning af ekspertudtalelser baseret på blandt andet National Society of Epilepsy, ILAE og National Institute for Clinical Excellence.		Artiklen bidrager til anbefaling af skematisk oversigt over anfald samt en detaljeret anfaldsbeskrivelse fra patienten og eventuelle vidner. Dette	

Forfatter	År	Studietype	Studiets kvalitet	Befolkningstype	Intervention	Resultater (outcome)	Kommentarer
Elson L.So. Value and limitation of Seizure Semiology in localizing seizure onset	Journal of Clinical Neurophysiology. 2006.	Oversigts - artikel.	IV D	Sammenfatning af ekspert -udtalelser og undersøgelser.	Diskuterer fordele og ulemper ved klinisk anfalds-observation kontra neurofysiologisk undersøgelse.	Betoner vigtigheden i at EEG og anfalds -observation inddrages som 2 lige væsentlige faktorer i anfalds -diagnostikeringen.	er en vigtig information ved diagnosticering af epilepsi.

Bilag 3: Litteraturgennemgang

SfR Checkliste 3: Kohorteundersøgelser	
Forfatter, titel: Wulf, Judith A. Evaluation og seizure observation and dokumentation	
Tidsskrift, år:	
Checkliste udfyldt af: Trine Arnam-Olsen Moos, Vibeke Stubbings, Pia Llenz Henriksen	
1. INTERN TROVÆRDIGHED	
Evalueringskriterier	I hvor høj grad er kriteriet opfyldt?
1.1 Er der en velafgrænset og relevant klinisk problemstilling?	Ja (s. 29 øverst)
UDVÆLGELSE AF DELTAGERE	
1.2 Er de eksponerede og ikke-eksponerede populationer sammenlignelige ved start?	Ja (s. 29 under metode)
1.3 Er deltagelsesraten angivet for både eksponerede og ikke-eksponerede ved start?	Nej
1.4 Er muligheden for, at nogle deltagere allerede fra starten havde sygdommen (outcome), diskuteret?	Alle deltagere havde inden fået undervisning samt dokumenteret træning indenfor de sidste 2 år. (Side 29, 1 kolonne)
1.5 Hvor stor en del af undersøgelsens deltagere udgik før tid?	2 stk. (Side 29)
1.6 Er der en sammenligning af eksponeringsstatus for gennemførende deltagere og de, der udgik?	Ikke relevant
Vurdering	
1.7 Er målene (outcomes) klart definerede?	Ja, s.28, 2. kolonne nederst

1.8	Er vurderingen af målene (outcomes) blindet mht. eksponeringsstatus?	Ja hun har blot givet dem et nummer, s.29
1.9	Hvis blinding var umulig, har kendskab til eksponeringsstatus så haft indflydelse på vurderingen af målene (outcomes)?	Ikke relevant
1.10	Var metoden til at bedømme eksponeringsstatus eller de prognostiske faktorer tilstrækkelig?	Uklart.
1.11	Er der evidens for, at metoden til bedømmelse af målene (outcomes) var troværdig og pålidelig?	Ja. Udregning af p- værdier mm.
1.12	Er eksponeringsgrad eller prognostiske faktorer vurderet mere end én gang?	Nej, kun samme forsker
<i>Confounding</i>		
1.13	Er de vigtigste confoundere identificeret og medinddraget i tilstrækkelig grad i undersøgelsesdesign og analyserne?	Ja. S. 29, 2. spalte
<i>statistik</i>		
1.14	Er der anvendt ens databehandling i de forskellige grupper?	Ja.
1.15	Er der anført sikkerhedsintervaller?	Ja s. 29 nederst i 2. spalte
1.16	Er der opgivet et mål for <i>goodness-of-fit</i> for eventuelle multivariate analyser?	nej
1.17	Er der foretaget korrektion for multiple statistiske tests (hvis relevant)?	nej
2. OVERORDNET BEDØMMELSE AF UNDERSØGELSEN		
2.1	Hvor godt forsøgte undersøgelsen at minimere risikoen for bias eller confounding? Hvor godt blev der påvist en årsagssammenhæng (association) mellem eksponeringsstatus og virkning (mål)? <i>Anfør ++, + eller ÷.</i>	(+) Hun har minimeret ved blinding, og systematik. Deltagerne ser ikke de samme anfald og kan derfor ikke diskutere dem med hinanden. Men der er også bias idet der er givet undervisning og det er uklart hvordan undervisningen er givet og af hvem. Er det den samme person? (subjektivitet)

2.2	Med baggrund i kliniske overvejelser, evaluering af metoden og undersøgelsens statistiske styrke, mener du så, at virkning-en skyldes undersøgelsens "intervention"?	Ja
2.3	Er undersøgelsens resultater direkte anvendelige på referenceprogrammets patientmålgruppe?	Ja
3. BESKRIVELSE AF UNDERSØGELSEN		
3.1	Hvilke eksponeringer eller prognostiske faktorer er evalueret i undersøgelsen?	Plejepersonalets observationsevner. Effekt af kompetencer indenfor anfaldsobservation.
3.2	Hvilke mål (outcomes) er vurderet?	Instruktion/undervisning i anfaldsobservation skal være inkluderet og skal konstant vedligeholdes idet det influereer på klassifikation og valg af behandling
3.3	Hvor mange patienter deltog i undersøgelsen? (totalt og i eksponerede- og ikke-eksponerede gruppe).	Totalt 60 personer 2 udgik fordi de ændrede deres ansættelsesforhold.
3.4	Hvorledes er årsagssammenhængen angivet (f.eks. OR, RR)? Og i hvilken retning gik den målte sammenhæng?	?
3.5	Hvad karakteriserer deltagerne (populationen) (fx køn, alder, sygdomsprævalens) ?	Min. 2 års erfaring. Alle sygeplejersker, frivilligt med i undersøgelsen
3.6	Hvorfra er deltagerne rekrutteret (fx. by, land, hospital, ambulatorier, almen praksis, amt) ?.	I hospitalssektoren: Epilepsicentret på en børneafdeling.

<p>3.7 Er der rejst nogle specifikke spørgsmål ved denne undersøgelse? (Anfør generelle kommentarer vedr. resultaterne og deres betydning).</p>	<p>Hun rejser ikke specifikke spørgsmål men har mange perspektiverende overvejelser.</p>
---	--

SfR Checkliste 4: Casekontrolundersøgelser	
<p>Forfatter, titel: Jae-Hyeok Heo, Reliability of Semiology Description</p>	
<p>Tidsskrift, år: The Neurologist, 2008</p>	
<p>Checkliste udfyldt af: Trine Moos, Vibeke Stubbings og Pia Henriksen</p>	
1. INTERN TROVÆRDIGHED	
Evalueringskriterier	I hvor høj grad er kriteriet opfyldt?
<p>1.18 Er der en velafgrænset og relevant klinisk problemstilling?</p>	<p>Ja, fokus på fagpersoner / ikke fagpersoners anfaldsbeskrivelse</p>
<p><i>Udvælgelse af deltagere</i></p>	
<p>1.19 Er syge (cases) og kontrolpersoner taget fra sammenlignelige populationer?</p>	<p>Alle har set / oplevet anfald</p>
<p>1.20 Er de samme eksklusionskriterier anvendt for både syge (cases) og kontrolpersoner?</p>	<p>Der er 92 patienter, 52 mænd og 40 kvinder ml. 15 – 51 år, med mindst 1 anfald optaget på video.</p> <p>Eksklusion: Pt. Med PNES og multibleanfaldstyper blev ekskluderet.</p> <p>Informaterne blev udspurgt ang. Udd. Niveau, erfaring, relation til patienten og antal observerede anfald.</p>

1.21	Hvor stor er deltagelsesprocenten i hver gruppe (cases og kontrolpersoner)?	100%
1.22	Sammenlignes deltagere og ikke-deltagere for at klarlægge ligheder og forskelle?	Ja
1.23	Er cases klart definerede og adskilte fra kontrolpersoner?	Ja Kontrolpersoner = fagpersoner
1.24	Er det tydeligt bevist, at kontrolpersoner ikke er cases?	Ja
<i>Vurdering</i>		
1.25	Er der taget forholdsregler for at forhindre kendskab til evt. primær eksponering, der kan påvirke vurderingen af cases?	Negativ bias, idet informanterne har relation til patienten. S. 10, 2 spalte
1.26	Er eksponeringsstatus vurderet på en troværdig og velbegrunnet måde?	De redegør for de bias der findes S. 10, 2 spalte
<i>Confounding</i>		
1.27	Er de vigtigste confoundere identificeret og medinddraget i tilstrækkelig grad i undersøgelsesdesign og analyserne?	Man kan ikke udelukke at patienten udvikler en anden type anfald end det video filmede. (Er beskrevet) S. 10, 2. spalte.
<i>Statistik</i>		
1.28	Er der anvendt ens databehandlings-metoder i de forskellige grupper?	Ja. S. 8 + 9, skemaer
1.29	Er der anført sikkerhedsintervaller?	Ja, S. 9 nederste højre hjørne og s. 10 øverste venstre hjørne

1.30	Er der opgivet et mål for <i>goodness-of-fit</i> for eventuelle multivariate analyser?	Nej
1.31	Er der foretaget korrektion for multiple statistiske tests (hvis relevant)?	?
2. OVERORDNET BEDØMMELSE AF STUDIET		
2.4	I hvilken grad var undersøgelserne tilrette-lagt for at minimere risikoen for bias eller confounding, og for at etablere en årsags-sammenhæng mellem eksponeringsstatus og virkning? <i>Anfør ++, + eller ÷.</i>	++ De minimerede bias ved eksklusion af bestemte patientgrupper.
2.5	Med baggrund i kliniske overvejelser, evaluering af metoden og undersøgelsens statistiske styrke, mener du så, at virkning-en skyldes undersøgelsens "intervention"?	++
2.6	Er resultatet af undersøgelsen direkte anvendeligt på referenceprogrammets patientmålgruppe?	+
3. BESKRIVELSE AF UNDERSØGELSEN		
3.8	Hvilke eksponeringer eller prognostiske faktorer er evalueret i undersøgelsen?	Anfaldsobservation validitet til diagnosticeringen
3.9	Hvilke mål (outcomes) er vurderet?	Anfaldsobservationens pålidelighed i forhold til video-optagede anfald
3.10	Hvor mange patienter deltog i studiet? (<i>behandlings- /kontrolgruppen</i>).	92
3.11	Hvorledes er effekten målt? Og i hvilken retning gik den målte effekt?	Anfaldsobservation validitet til diagnosticeringen, se tabel 1

3.12 Hvad karakteriserer populationen? (køn, alder, sygdomsprævalens).	52 mænd og 40 kvinder, fra 15 – 51 år, gennemsnit 27.4 +- 9.1 år, side 8 øverste venstre hjørne
3.13 Hvorfra er forsøgspersonerne rekrutteret? (fx by, land, hospital, ambulatorier, almen praksis, amt).	Epilepsy Monitoring Unit of Seoul National University Hospital
3.14 Er der rejst nogle specifikke spørgsmål ved denne undersøgelse? (Anfør generelle kommentarer vedr. resultaterne og deres betydning).	Hvis man ønsker mere detaljeret anfaldsbeskrivelse har uddannelses niveauet hos observatøren stor betydning. Man skal være opmærksom på om observatøren er valid. Vi kan godt classificere patienternes anfald ud fra observatørens anfaldsbeskrivelse

Skema til vurdering af oversigtsartikler

Forfatter: Welsh R, Kerley S.

Titel: Nursing patients with epilepsy in secondary care settings,

Tidskrift, år: Nursing Standard Vol.23 no. 36, 2009

Er der en velafgrænset og relevant klinisk problemstilling?	Den giver et godt overblik over hvad epilepsi er og hvordan diagnosen stilles. Den fremhæver vigtigheden af god observation. Ikke en egentlig problemstilling, mere en oplysende artikel.
Metodologi	Mange referencer og henviser til flere relevante undersøgelser, både ang. diagnosticering, undervisning og pleje. Artiklen indeholder ikke et egentligt metode afsnit.
Var litteratursøgningen tilstrækkelig grundig til at identificere alle relevante undersøgelser?	Mange referencer der kommer fra ansete tidsskrifter. Søgestrategi uvist.
Foretages systematisk vurdering af de inkluderede studiers kvalitet – af min. 2 personer uafhængigt?	Nej, ikke synligt

Var undersøgelseernes kvalitet vurderet og taget i betragtning?	Nej, det ses ikke hvordan referencerne er vurderet. De er snarere refereret.
Berører analysen alle potentielle positive og negative effekter af interventionen?	Nej, stiller sig ikke synligt kritisk.
Samlet vurdering	Kan bruges som udgangspunkt for tjekliste. Rangerer lavt i evidensniveau. Evidensstyrke D.

Kilde: Center for Kliniske retningslinjer; Nyhedsbrev, Juni 2011 årg. 4 nr. 2

Resume: Artiklen definerer hvad epilepsi er og hvordan diagnosen stilles. Ydermere beskriver den hvilke typer af anfald. Den fremhæver vigtigheden af god observation.

Ikke en egentlig problemstilling, mere en oplysende artikel.

Skema til vurdering af oversigtsartikler

Forfatter: Elson L. So

Titel: Value and Limitations of Seizure Semiology in Localizing Seizure Onset

Tidsskrift, år: Journal of Clinical Neurophysiology, vol 23, nr 4 2006

Er der en velafgrænset og relevant klinisk problemstilling?	Ja
Metodologi	Nej. Der sammenlignes artikler men det vides ikke hvordan de er fundet.
Var litteratursøgningen tilstrækkelig grundig til at identificere alle relevante undersøgelser?	Søgeord er noteret, men hvor der er søgt vides ikke.
Foretages systematisk vurdering af de inkluderede studiers kvalitet – af min. 2 personer uafhængigt?	Udetaljeret kvalitetsvurdering - ikke evidens vurderet.
Var undersøgernes kvalitet vurderet og taget i betragtning?	Nej
Berører analysen alle potentielle positive og negative effekter af interventionen?	Nej

Samlet vurdering	Evidensstyrke D

Kilde: Center for Kliniske retningslinjer; Nyhedsbrev, Juni 2011 årg. 4 nr. 2

Resume: Denne artikel betoner værdien af eksakt anfaldsobservation idet undersøgelser med blindede observanter viste god overensstemmelse med videooptaget anfald. Anfaldsobservation kan dog ikke stå alene og må altid i udredningsfase så vidt muligt suppleres med EEG og andre diagnostiske undersøgelser

Bilag 4: Checkliste til anfaldsobservation

Anfaldsobservations-skema.

Patientlabel

Dato: _____ Klokken: _____

Afdeling: _____

Skemaet udfyldt af: _____

Før anfaldet:

1. Har patienten haft prodromer (forvarsel i timer eller dage før anfaldet)

For eksempel: Ændring i humør eller adfærd, indre uro?

Ja: Nej: Hvis ja, hvilke? _____

2. Kunne patienten mærke optræk lige op til anfaldet?

Ja: Nej: Hvis ja, hvilke? _____

For eksempel: Fornemmelse i maven, déjà vu, synsoplevelser, lugtforannelser, smagsforannelser, hallucinationer.

3. Hvordan blev anfaldet opdaget?

Patienten kunne selv gøre opmærksom på anfaldet.

Af andre.

Under anfaldet:

4. Da anfaldet startede var patienten da:

Liggende

Siddende

Vågen

Stående

Sovende

5. Hvis patienten faldt, slog patienten sig?

Ja

Nej

6. Hvordan var patientens bevidsthedsniveau?

Vågen og orienteret i egne data

Svarede på tiltale

Kunne huske prøveord

Bevidstløs

Fjern/ bevidsthedsplumret

Kunne høre men ikke tale

7. Var der andre reaktioner fra patienten?

Grimassen

Skrig/ råben /stønnen/ snorken.

Understreg el. beskriv: _____

Sorttalende

Hypermotorisk

Automatismer (uhensigtsmæssige eller repetitive handlinger der ikke er relevante

Angst (F.eks: vil ikke røres, kontaktsøgende, urolig, gråd).

for situationen f.eks. masken, pillen, tage tøj af).

Understreg eller beskriv: _____

Understreg el. beskriv: _____

Autonome symptomer (fx øget hjerterytme, bleghed, rødme, gåsehud, forhøjet puls)

Understreg el. beskriv: _____

8. Var der kramper?

Ja Nej

Var kramperne:

- Generaliserede kramper (Omfatter kramper i hele kroppen)
- Rykvisse sammentrækninger (Kloniske kramper)
- Kortvarig slaphed (Tonustab)
- Vedvarende sammentrækning af en eller flere muskelgrupper (Toniske kramper)
- Kortvarige ryk i enkelte muskelgrupper (Myoklonier)

9. Hvis patienten faldt hvorledes foregik faldet?

- Bagover som en træstamme (toniske fald)
- Faldt forover, et blødt fald (atoniske anfald)
- Andet Beskriv: _____

10. Havde patienten hoveddrejning?

Ja Nej

Mod højre

Mod venstre

11. Hvordan så patientens øjne ud?

Åbne

Lysreagerende pupiller

Lukkede

Lysstive pupiller

Kniber sammen

Dilaterede (udvidede) pupiller

Øjendrejning

Opad

Mod venstre

Nedad

Mod højre

12. Var der øvrige symptomer?

Cyanose (blåfarvning af læber, negle eller ekstremiteter)

Blegthed

Fråde om munden

Blussende

Tungebid

Svedende

Savlende

13. Var der respirationspåvirkning?

Ja Nej

Hyperventilation (påskyndet vejrtrækning)

Prustende

Stødvis

Respirationsstop (vejrtrækningsstop)

14. Var der eskretafgang?

Ufrivillig vandladning

Ufrivillig afføring

Opkast.

15. Hvor længe varede anfaldet?

_____ Min. _____ Sek.

Efter anfaldet:

16. Hvordan var patientens tilstand efter anfaldet?

Klar, vågen og relevant

Opkørt ("hurtigkørende", højrøstet)

Træt

Afatisk (svært ved at udtrykke sig eller forstå)

Tungt sovende

Psykisk ændret (f.eks. aggressiv, apatisk, grådlabil)

Understreg el. beskriv _____

Forvirret / konfus

Smerter (muskelsmerter, hovedpine, smerter i munden)

Beskriv _____

Understreg el. beskriv _____

Motorisk urolig

Forbigående Parese (Todd's Parese). (f.eks. højre / venstre arm / ben)

Beskriv _____

Understreg el. beskriv _____

17. Hvordan oplevede patienten anfaldet?

Patienten havde fuldstændig amnesi for anfaldet

Patienten huskede dele af anfaldet. Beskriv _____

Patienten huskede hele anfaldet

Bilag 5: Resume

Titel: Struktureret anfaldsobservation af epileptiske og non-epileptiske anfald.

Arbejdsgruppe

Pia Lentz Henriksen, Udviklingssygeplejerske, Center for Neurorehabilitering – Kurhus, Epilepsihospitalet Filadelfia

Trine Arnam-Olsen Moos, Udviklingssygeplejerske, Epilepsiafsnittet for Voksne, Epilepsihospitalet Filadelfia

Vibeke Stubbings, Master i Klinisk Sygepleje, Klinisk Specialesygeplejerske og Udviklingssygeplejerske i Børneambulatoriet og Forskning & udviklingsafdelingen, Epilepsihospitalet Filadelfia
Kontaktperson Vibeke Stubbings: vst@filadelfia.dk

Medforfattere:

Palle Larsen, Cand. Cur., lektor, projektleder og Ph.d studerende, University College Sjælland.

Helle Hjalgrim, Overlæge, Ph.d. leder af Forskning og Udviklingsafdelingen på Epilepsihospitalet Filadelfia.

Begge medforfattere har bidraget med faglig sparring og gennemlæsning af materiale.

Eksterne kontakter:

Under søgeprocessen er der taget kontakt til en række Neurologiske afdelinger / Epilepsiklinikker med henblik på indsamling af allerede udarbejdede og praksisanvendte arbejdsmaterialer til anfaldsobservation.

Følgende bidrog med deres arbejdsmaterialer: Epilepsiklinikken på Rigshospitalet, Glostrup Epilepsiklinik,

Odense Neurologiske afdeling, Odense Universitetshospital,

Ålborg Neurologiske afdeling, Ålborg Universitetshospital, Epilepsiklinikken på Århus Universitetshospital.

Epilepsihospitalet Filadelfia.

Dato

Godkendt dato: 12. marts 2014

Revisionsdato: 12. september 2016

Ophørsdato: 11.marts 2017

Baggrund

Epilepsi er en af de hyppigste neurologiske sygdomme. Over en 5-års periode ses en forekomst på flere end 4500 nye tilfælde om året, og samlet antages at 55.000 mennesker i Danmark har epilepsi (1).

Samtlige epileptiske anfald – uanset hvordan de klinisk tager sig ud – er baserede på en abnormt og spontant optrædende og ukontrolleret neuronal aktivitet i større eller mindre områder af hjernen. Fællesnævneren for alle epileptiske anfald er et kortvarigt kontroltab ofte med bevidsthedspåvirkning. At få stillet diagnosen epilepsi (hvad enten der er tale om en fejldiagnose eller en korrekt diagnose) har store konsekvenser for patienternes livskvalitet. Hyppigheden af psykosociale problemer som f.eks. angst for anfald, depression, erhvervsvanskeligheder, oplevelsen af at miste kontrollen over sit eget liv samt risiko for førtidspensionering, stiger markant når patienterne lever med diagnosen epilepsi (2-4).

Struktureret anfaldsobservation udgør en vigtig komponent i grundlaget for korrekt diagnosticering og valg af bedste behandling. Dette medvirker til at optimere muligheden for anfaldskontrol eller reducere af anfald hos patienten. Arbejdsgruppen havde derfor til hensigt at afdække hvorvidt der som et led i denne diagnosticering er evidens for, at struktureret anfaldsobservation sammenlignet med tilfældig anfaldsobservation hos patienter med mistanke om epilepsi, har effekt på den diagnostiske afklaring.

Formål

At strukturere observation af epilepsisuspekter anfald hos en patientmålgruppe fra 0 -80+ for at sikre det optimale grundlag for det videre udrednings-, diagnosticerings- og behandlingsforløb.

Anbefalinger

1. Struktureret anfaldsobservation kan have betydning for udredning af epilepsisuspekter anfaldsfænomener (7) III **C**. Det kan anbefales at den enkelte afdeling udarbejder egne interventionsforslag med henblik på at strukturere anfaldsobservationen. Dette kan eksempelvis være i form af tjekliste (8) III **C** (bilag 4).
2. Træning og erfaring med at observere anfald og dokumentere disse, kan lokalt igangsættes og gennemføres via oplæring i struktureret anfaldsobservation af det sundhedsfaglige personale. Dette med henblik på at sikre den højest mulige pålidelighed af anfaldsobservationen (7,8) III **C**.
3. En anfaldsbeskrivelse kan ikke stå alene i udredningsfasen, og må så vidt muligt suppleres med EEG og andre diagnostiske tiltag. Et eksempel kunne være optagelse på video eller optagelse på mobiltelefon (5) III **D**, (8) III **C**. En struktureret anfaldsbeskrivelse med en høj detaljeringsgrad kan bidrage til en korrekt diagnosticering af patienten(15) IV **D**.

Monitorering

4. Indikator: Andelen af patienter, hvor plejepersonalet ved udredning af epilepsisuspekter anfaldsfænomener anvender en struktureret tjekliste
Standard: 90 %

Procedure ved audit: Journal gennemgang x 1 årligt

5. Indikator: Andelen af teoretisk og praktisk undervisning gennemført til det sundhedsfaglige personale.
Standard: 100 %

Procedure: Gennemgang af personalemapper x 1 årligt.

6. Indikator: Andelen af diagnostisk uafklarede patienter der efter struktureret anfaldsobservation diagnosticeres.
Standard: 90%

Procedure: Ved audit gennemgang af journaler x 1 årligt.

Anbefalingerne har været afprøvet i klinisk praksis, og tjeklisten har aktuelt været afprøvet på en række voksne patienter med epilepsisuspekterede anfald. Tjeklisten har endvidere været vurderet af plejepersonale i klinisk praksis og deres tilbagemeldinger har resulteret i enkelte justeringer med henblik på tjeklistens brugervenlighed. Afprøvningen pågår forsat.

Der er nedsat en gruppe med ansvar for den kliniske retningslinje til:

- Vedligeholdelse og revidering af den kliniske retningslinje
- Vejledning i forbindelse med anvendelse af anbefalingerne

Gruppen består af: Vibeke Stubbings, Trine Arnam-Olsen Moos og Pia Lentz Henriksen.

Der er ingen økonomiske konsekvenser af betydning for at følge anbefalingerne. Den kliniske retningslinje er udarbejdet uden ekstern støtte og ingen medlemmer af gruppen har interessekonflikt.

Ansvarlig for gruppens arbejde, opfølgning og opdatering af retningslinjen: Vibeke Stubbings, Master i Klinisk Sygepleje, klinisk specialesygeplejerske og

udviklingssygeplejerske, Børneambulatoriet og forskningsafdelingen,
Epilepsihospitalet Filadelfia
Kontaktperson Vibeke Stubbings: vst@filadelfia.dk

Referenceliste for anbefalingerne:

- So Elson L. Value and Limitation of Seizure Semiology in Localizing Seizure Onset. *Journal of Clinical Neurophysiology* 2006; 23; 4: 353 – 357
- Heo Jae-Hyeok; Kim Dong Wook; et al. Reliability of Semiology Description, *The Neurologist*, Vol. 14, nr. 1, 2008, side 7 – 11
- Wulff Judith; Evaluation of Seizure observation and documentation; *American Association of Neurosciences nurses*, Vol. 32, nr. 1, 2000 side 27 - 36
- Welsh R, Kerley S; Nursing patients with epilepsy in secondary care settings. *Nursing standard* vol.23, nr. 36, 2009 s. 49- 56