

**Nationella riktlinjer och kliniskt  
uppföljningsprogram för  
arbetsterapeutinsatser**  
för barn och ungdomar födda med ryggmärgsbråck

Författare:  
Katarina Allbrink Oscarson  
Helén Jacobsson  
Marie Peny-Dahlstrand  
Eva Svensson

2011-01-10 REV. 2016-01-25

## FÖRORD

Det nationella nätverket för arbetsterapeuter som arbetar med barn/ungdomar och vuxna med ryggmärgsbräck är en arbetsgrupp som ingår i FSA (Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter). Arbetsgruppen som arbetat fram dessa riktlinjer tillsammans med det åldersrelaterade uppföljningsprogrammet utsågs av nätverket i januari 2009. Målet är att riktlinjerna ska ha god kvalitet och vara likvärdiga i hela landet. Dessa nationella riktlinjer för Barn och ungdomar födda med ryggmärgsbräck är till för dels arbetsterapeuter som arbetar med dessa barn/ungdomar och dels för övriga yrkesgrupper som är intresserade av arbetsterapeuternas kunskapsområde.

OTIPM (Occupational Therapy Intervention Performance Model) samt WHO:s klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) används som struktur för riktlinjerna.

Dessa nationella riktlinjer kompletteras med ett åldersrelaterat uppföljningsprogram om arbetsterapi vid MMC. Dokumenten är initierade av Nationellt nätverk MMC och kommer att användas av arbetsterapeuter i Sverige. Riktlinjerna är också basen för de uppföljningar som arbetsterapeuten gör i Kvalitetsregistret MMCUP <http://mmcup.se/>

Vår förhoppning är att om några år ha en ökad kunskapsbank om barn och ungdomar födda med ryggmärgsbräck både vad gäller aktivitetsutförande och evidensbaserade interventioner/metoder. Detta dokument kommer därför att kontinuerligt uppdateras och kompletteras. Den senaste revideringen (2015) bygger på rapporten: "Kognition vid ryggmärgsbräck - en kunskapsöversikt som publicerats i Förenings Sveriges Habiliterings chefers hemsida: <http://www.habiliteringschefer.se/ebh/ebh.html>

### **Medarbetare i den nationella arbetsgruppen för arbetsterapeuter:**

Katarina Allbrink Oscarson, specialist i arbetsterapi, Stockholm

[katarina.allbrink.oscarson@gmail.com](mailto:katarina.allbrink.oscarson@gmail.com)

Helén Jacobsson, specialist i arbetsterapi, Borlänge

[solvarbo.230@swipnet.se](mailto:solvarbo.230@swipnet.se)

Marie Peny-Dahlstrand, Med dr, specialist i arbetsterapi, Regionhabiliteringen i Göteborg,

[marie.peny-dahlstrand@vgregion.se](mailto:marie.peny-dahlstrand@vgregion.se)

Eva Svensson, leg arbetsterapeut, Region Skåne

[eva.l.svensson@skane.se](mailto:eva.l.svensson@skane.se)

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

ARBETSTERAPI	1
<b>Aktivitetsbalans</b>	1
<b>Aktivitet och delaktighet</b>	1
<b>Kroppsfunktioner/strukturer</b>	3
<i>Exekutiva funktioner</i>	3
<i>Perceptuella funktioner</i>	3
<i>Uppmärksamhetsfunktioner</i>	3
<i>Armens och handens funktioner</i>	4
<i>Tidshantering</i>	4
<b>Arbetsterapeutisk utredning</b>	5
<i>Steg 1</i>	5
<i>Steg 2</i>	5
<i>Steg 3</i>	6
Tidsuppfattning	6
Handfunktion	6
<b>Arbetsterapeutiska insatser/åtgärder</b>	7
<i>Ökat aktivitetsutförande, delaktighet och autonomi i vardagslivet</i>	7
<b>Kliniska rekommendationer</b>	8
<i>AKTIVITETSUTFÖRANDE</i>	8
<i>OMGIVNING</i>	9
<i>PERSON</i>	10
<b>Referenser</b>	11
<b>Referenser, instrument</b>	17

## ARBETSTERAPI

Människans hälsa och utveckling är beroende av att kunna delta i meningsfulla aktiviteter. Målet med arbetsterapi är att öka individens möjligheter att leva i enlighet med sina önskemål och familjens behov, i relation till omgivningens krav (1, 2). Arbetsterapi syftar till att minimera konsekvenserna av funktionsnedsättningen genom att skapa förutsättningar för delaktighet så att individen kan utföra de aktiviteter som är viktiga och relevanta för honom/henne i hem, förskola/skola och på fritiden.

### Aktivitetsbalans

Det är viktigt att sträva efter balans mellan olika aktiviteter för personer med ryggmärgsbråck. Aktivitetsbalans har definierats i en svensk avhandling som: ”Aktivitetsbalans innebär att uppfatta livet som innehållande rätt mängd och rätt variation mellan olika aktiviteter i relation till: aktivitetskategorier, aktiviteter med olika karaktäristika samt tidsanvändning”. (3, s 63)

### Aktivitet och delaktighet

Aktivitetsutförande är en process som kräver samverkan mellan **personen** (förmåga, vilja, motivation), **miljön** (fysisk, psykosocial) samt den **aktivitet** som skall utföras (4, 5). För att kunna genomföra en aktivitet krävs förutom motoriska färdigheter också processfärdigheter, d.v.s. kognitiva och exekutiva funktioner, vilka möjliggör att kunna planera och driva aktiviteten. Forskning har visat att barn/ungdom födda med ryggmärgsbråck (rmb) har svårigheter att utföra vardagliga aktiviteter på ett självständigt, effektivt och säkert sätt. Detta gäller även de aktiviteter som är kända och självvalda (6). Det beskrivs som att själva färdigheterna att genomdriva aktiviteter, att förbereda, påbörja och ordna i tid och rum samt att avsluta uppgifter utan stöd av andra är nedsatt, vilket i princip får konsekvenser i alla aktiviteter i livet (6, 7). De har ofta svårt att initiera nya handlingar, vara flexibla och finna egna lösningar på problem som uppstår under aktiviteten (6, 8). De tar också längre tid på sig att påbörja en aktivitet och har oftast en långsammare arbetstakt (9).

Den nedsatta förmågan i aktivitetsutförande påverkar livets alla områden och medför bl.a. svårigheter att genomföra dagliga rutiner (6, 7, 10). Vardagssysslor som till exempel toalettbesök blir ofta inte utförda trots att barnet/ungdomen har den motoriska förmågan. Detta kan felaktigt uppfattas som lättja, ointresse eller att barnet/ungdomen blivit ”överhjälp” (11). Ungdomarnas nedsatta planeringsförmåga och nedsatta mentala flexibilitet gör dem försiktigare och beroende av föräldrar, lärare eller andra vuxna för att kompensera för dessa svårigheter (12)

Förmågan att hantera tid är ofta påverkad hos barn och ungdomar med rmb (13). Nedsatt förmåga leder till svårigheter att planera och organisera aktiviteter över dagen vilket får negativa konsekvenser inom många områden i vardagslivet (7, 14). Exempelvis måste personer med rmb livet igenom sköta blås- och tarmtömning med bestämda tidsintervall. Förmågan att förstå och planera tid är i detta fall en förutsättning för att undvika allvarliga hälsorisker (15).

Barn med rmb (16) är närvarande i alla skolans aktiviteter (utom elevråd), men de skattas av sina lärare som mindre aktivt involverade. Detta gäller speciellt raster och lek. Den aktiva delaktigheten är relaterad till barnets motoriska och men också processfärdigheter (16). Barn

och ungdomar med rmb har också beskrivits ha lägre självkänsla och färre kompisar än typiskt utvecklade jämnåriga (17) och riskerar att som unga vuxna känna sig socialt isolerade (18). Tonåringar med rmb avstår många gånger från att delta i fritidsaktiviteter på grund av bristande motivation då de inte kan relatera sin förmåga till omgivningens krav (19, 20).

Autonomi i dagliga livets aktiviteter utvecklas inte i samma takt för barn/unga födda med rmb som för jämnåriga utan funktionsnedsättning (21). Autonomi hos barn med rmb är starkt relaterat till barnets processfärdighet framförallt de som byggs upp av exekutiva förmågor, dvs. färdigheter att initiera och driva igenom en aktivitet och lösa de problem som uppstår i aktiviteten (12, 22). Det syns att utvecklingstakten är långsammare, vad gäller att förvärva vardagsfärdigheter, redan hos det lilla barnet (under tre år) (23). Svårigheterna kvarstår inom vissa områden upp i vuxen ålder. Det har visat sig att ungdomar med rmb, i de högre tonåren vid övergången till vuxenlivet, oftast inte är självständiga i aktiviteter som rör handhavande av pengar (24).

Studier har visat att många unga födda med rmb har svårt att göra autonoma val att förverkliga valet och utvärdera effekterna av desamma. (10, 16, 22, 25) Flera av dessa (12, 16) visar att det är de exekutiva funktionerna, som planering och mental flexibilitet som påverkar utvecklingen av autonomi i beslutsfattande mest. Att ha svårigheter att kunna fatta beslut gör också att föräldrar blir mer pådrivande (25). Personer med rmb beskrivs också ha svårigheter att hantera stress och anpassa sitt beteende för att passa in i olika sammanhang och att hantera ansvarstagande (10). Effekter av detta har beskrivits i en studie (26) som visar att det är svårt för många med rmb att som vuxna själva axla ansvaret för sin egen hälsa.

I vuxen ålder kan det vara problematiskt att klara ett självständigt boende (27, 28). Det har visat sig att endast en tredjedel av vuxna födda med rmb lever ett helt självständigt vuxenliv (28). Många bor kvar med sina föräldrar långt upp i vuxenlivet vilket beskrivs bero på nedsatta exekutiva funktioner (29). Dessa funktioner är en viktig förutsättning för att klara att flytta hemifrån och leva självständigt. Bedömningar av olika exekutiva funktioner och färdigheter kan förutsäga hur självständighetsutvecklingen kommer att bli (12, 22, 29).

Det finns ett samband mellan låg grad av självständighet i personlig vård, livstillfredsställelse och möjlighet till anställning. Svårigheter att utföra vardagsaktiviteter påverkar även möjligheten till arbete (30, 31).

## **Kroppsfunktioner/strukturer**

Aktivitetsutförandet påverkas ofta av en komplex kombination av kognitiva och motoriska/sensoriska faktorer (32). Exekutiva förmågor, perception och minne behövs i alla sammansatta icke automatiserade aktiviteter, från enkla motoriska rörelser till komplexa aktiviteter i flera steg (33, 34). Vid bedömning på kroppsfunktionsnivå är det viktigt att ta hänsyn till komplexiteten, att olika funktioner påverkar varandra.

### **Exekutiva funktioner**

Exekutiva funktioner är de kognitiva funktioner som är mest påverkade hos personer med ryggmärgsbråck och hydrocephalus (34, 35, 36). Detta yttrar sig i svårigheter att omsätta en idé till en handling, ta initiativ, organisera och planera aktiviteten samt att driva en aktivitet mot sitt mål. Vidare påverkas förmågan att fatta beslut i valsituationer, skifta uppmärksamhet från ett moment till ett annat, hålla flera moment i huvudet samtidigt samt utföra dem i rätt ordningsföljd. Svårigheterna blir tydliga i aktivitet och påverkar allt utförande, görande av vardagsaktivitet. 49 barn med rmb följdes från tre till sju år med fokus på tidig exekutiv social funktion/social problemlösning som att läsa av sociala koder, ta andras perspektiv och anpassa beteende till feedback. Föräldrarnas respons på och stöd i social interaktion studerades också vid olika åldrar liksom arbetsminne, målinriktat beteende, kognitiv social flexibilitet och pragmatiskt språk. De svårigheter man fann hos barnen vid tre års ålder kvarstod, men om föräldrar får tidig förståelse och kan ge rätt bemötande utgjorde det en positiv faktor som gjorde barnen **något** bättre rustade. (37)

### **Perceptuella funktioner**

Visuell perceptionsförmåga är ofta nedsatt hos barn med rmb (38, 39), speciellt gäller det förmågan att identifiera ett föremål ur olika vinklar samt att tolka två visuella stimuli tillsammans, t.ex. linjen på ett papper i relation till pennspetsen.

Studier visar att barn med rmb har spatiala svårigheter vilket påverkar förmågan att uppfatta kroppsdelarnas inbördes förhållande, förhållandet mellan omgivningen och den egna kroppen, att orientera sig i tid och rum, att föreställa sig relationer i rummet samt använda sig av rumslig förmåga på ett övergripande sätt (39, 40). Den spatiala förmågan behövs även för att kunna spegelvända mentalt, till exempel för att kunna beskriva vägen tillbaka (41). Nedsatt spatial förmåga påverkar i högsta grad aktivitetsutförandet. Det kan vara svårt att organisera material och redskap på en arbetsyta. Likaså kan det vara problematiskt för barnet/ungdomen att placera sig på lämpligt sätt vid bord eller bänk för att effektivt kunna använda armar/händer när aktiviteter utförs. För att kunna identifiera kroppens läge utan synens hjälp krävs förmåga att tolka känselintryck från muskler och leder (kinestetisk perception). Nedsatt förmåga är vanlig hos barn/unga födda med rmb och visar sig genom att barnet/ungdomen har svårigheter att veta hur handen/armen ska placeras för att få ett effektivt grepp om ett föremål då synen inte används (42).

### **Uppmärksamhetsfunktioner**

Det har visat sig i ett antal studier att barn och ungdomar 8-19 år (43, 44, 45, 46, 47) med rmb har nedsatt inre automatisk uppmärksamhet (d v s utan kroppslig aktivitet) och inhibition of return (IOR ) i jämförelse med matchade kontroller. Dessa uppmärksamhetsbrister har relaterats till bakre funktioner i hjärnan, barn med rmb är ouppmärksamma snarare än hyperaktiva. De är också mer distraherbara och har svårt att fokusera och organisera än att de är hyperaktiva. I en studie (48) relateras svårigheter i uppmärksamhet till svårigheter med social utveckling. Barn 8-9 år gamla med rmb hade få vänner, svårt med social acceptans och var inte delaktiga i familjeinteraktioner, ett mönster som kvarstod vid 15 års ålder. Barn och

ungdomar med rmb har långsammare reaktioner på både yttre och inre signaler i datoriserade uppmärksamhetstest jämfört med kontrollgrupp (43, 44, 45, 46). I uppgifter som undersökte rumslig uppmärksamhet hade personerna också fördröjd inhibition of return (IOR), det vill säga en tendens att hänga fast vid ett stimuli och inte fokusera på nya. Reaktions tiden på yttre stimuli var längre än kontrollgruppens på grund av den förlångsammade reaktionsförmågan. Skador i mellanhjärnan skapar en fördröjning av inre uppmärksamhet och parietala skador stör förmågan att frigöra uppmärksamhet.

### **Armens och handens funktion**

Barn/ungdomar med ryggmärgsbråck och hydrocephalus har ofta inskränkningar i utförandet av finmotoriska aktiviteter på grund av nedsatt hand- och armfunktion (49).

Barnen/ungdomarna har problem att kontrollera sin motorik i förhållande till uppgiften samt att kalibrera/avväga den kraft som behövs för att exempelvis gripa och släppa ett föremål (50). Bråcknivåns betydelse för arm/handfunktion och handmuskulernas styrka beskrivs olika i litteraturen (42/51, 50/52). Båda händerna är påverkade, men den dominanta handen är skickligast. Det finns en högre procent vänsterhänta personer i gruppen mot i normalpopulationen (53). En studie av små barn (23) med rmb visade att de utvecklades långsammare jämfört med kontrollbarn. Barn med rmb uppnådde inte den förväntade nivån av motoriska färdigheter vid 36 mån ålder.

Arm- och handmotoriken är långsam men förbättras över tid och flickor når sin maxnivå tidigare än pojkar (52). I en studie undersöktes 92 barn regelbundet under 8 års tid för att undersöka om användning av styrkemätning i grepp och i pinchgrepp skulle kunna förutsäga om barnen skulle drabbas av neurologiska komplikationer. Resultatet visade att det inte gick att förutsäga om barnen skulle drabbas av neurologiska komplikationer. (54) Det finns ingen metod att undersöka känseln i övre extremiteterna tillförlitligt på barn under 5 år.

Förmåga att integrera motorik, sensorik och perception är ofta nedsatt och bidrar till en klumpig handfunktion och ger svårigheter att lösa icke intränade (automatiserade) uppgifter som kräver smidighet och precision (55). 62 barn med rmb i åldrarna 6-12 år (56) ingick i en studie av barnens handfunktion. Resultatet från denna undersökning visade att barn med rmb hade lägre resultat jämfört med gruppen barn utan funktionsnedsättning. Sammantaget klarade barnen med rmb betydligt färre uppgifter inom alla uppgiftsgrupper. Barnen får bekymmer i vardagen som exempelvis att skriva för hand, hantera kateter, öppna och stänga burkar, knäppa och knäppa upp kläder och att hantera mobiltelefon. De behöver ofta längre tid (57) och tydligare struktur för att lära in och utföra motoriska uppgifter.

### **Tidshantering**

Barn med rmb har beskrivits ha svårigheter med tidsupplevelse (13, 34). I kombination med de tidigare beskrivna problemen att planera ett skeende kan orsaken finnas till den oförmåga att planera tid som barn/unga ofta uppvisar (14). Forskningen inom detta område är dock ännu ofullständig. Barns svårigheter i vardagsfungerande relaterat till bristande tidsuppfattning har belysts i avhandlingen *Time for Time* (58).

Flera studier (43, 44, 45, 46) har undersökt perceptuell och motorisk timing hos barn och ungdomar med rmb i åldrarna 8-19 år. Man fann att gruppen med rmb hade signifikant svårare att mentalt beräkna tidsåtgång och svårigheter att hålla en motorisk rytm i en fingertappinguppgift än andra grupper av barn. Svårigheterna korrelerade med den reducerade volym i lillhjärnan som kan ses till följd av den tidiga missbildningen. Brister i båda timingfunktionerna antyder störning i en central timingmekanism.

## Arbetsterapeutisk utredning

Den arbetsterapeutiska utredningen startar med en bedömning av barnets aktivitetsutförande och delaktighet med ett "Top-down-perspektiv" (59, 60). Top-down innebär att arbetsterapeuten utgår från barnets/ungdomens och familjens uppfattning/önskan om delaktighet i vardagliga aktiviteter. Därefter utreds barnets/ungdomens förmåga till aktivitetsutförande med hjälp av observation i barnets naturliga miljö. I nästa utredningssteg bedömer arbetsterapeuten barnets/ungdomens eventuella nedsättning av kroppsfunktioner, (60) exempelvis handfunktion eller tidsuppfattning om så behövs.

Arbetsterapeutisk aktivitetsutredning bör påbörjas redan i tidig förskoleålder för att identifiera barnets styrkor och svagheter och med den kunskapen som bas, kunna stötta utveckling av för barnet viktiga färdigheter i sin vardag. Uppföljningar bör därefter göras vid viktiga övergångar under uppväxten allteftersom förväntningar på vardagsautonomi ökar. The Occupational Therapy Intervention Process Modell (OTIPM) ligger till grund för dessa riktlinjer (60). De metoder/instrument som nämns nedan är förslag på instrument att använda inom varje steg.

*Referenser till samtliga instrument finns i separat referenslista på sid 17.*

*Instrument som är med fet text är de som ingår i MMCUPs uppföljningsprogram*

- **Steg 1**

Kartläggning av aktivitetsmönster och delaktighet i vardagsliv hemma, på förskola/skola och fritid. Intervju med barn och dess nätverk (familj, lärare, assistenter).

*Instrument:*

COPM, **PEDI**, ADL- taxonomin, BAS, Min Mening, Min Mening Barn

Kommentar:

Det är viktigt att tidigt ta med barnet i processen och att barnets egen uppfattning beaktas.

- **Steg 2**

Bedömning av barnets förmåga till aktivitetsutförande. Detta bör göras med antingen standardiserad metod eller icke-formaliserad observation som bedömer bland annat kvalitet, ansträngning, effektivitet, flöde, säkerhetsrisk samt assistansnivå.

*Metod/Instrument*

Observation och utförandeanalys från ca 1-3 års ålder i lek och vardagsaktiviteter (eventuellt med videodokumentation), **AMPS** från 3-4 år och Skol-AMPS från 3-4 år.

*Kommentar:*

Att förstå **hur** barnet gör när det utför eller försöker utföra aktiviteter är centralt i den arbetsterapeutiska utredningen. Kvaliteten i de målinriktade aktiviteterna i dagliga livet bedöms och beskrivs, t.ex. om personen utförde eller inte utförde aktiviteten med/utan ansträngning, effektivt, säkert, oberoende och/eller socialt lämpligt. De motoriska, process- och/eller social interaktionsfärdigheterna observeras av arbetsterapeuten. Det är viktigt att kunna hjälpa personer i nätverket att skapa optimala förutsättningar för barnet/ungdomen i miljön.



- **Steg 3**

Utredningen fortsätter med att definiera/klargöra och tolka orsaken till barnets/ungdomens problem i aktivitetsutförandet. Är problemen beroende av barnets/ungdomens funktionsnedsättning, den fysiska/sociala miljön eller sociala faktorer?

Bedömning av barnets/ungdomens kroppsfunktioner, exempel tidsuppfattning och handfunktion.

### **Tidsuppfattning**

Utförs vid 6 års ålder och är återkommande.

*Instrument: KaTid-B, KaTid-U, Koll på tiden och observation i aktiviteter*

*Kommentar:*

Förståelse för nedsatt tidsuppfattning, tidsplanering och förmågan att hantera tid är mycket viktig och behovet accelererar med barnets stigande ålder och omgivningens ökande krav.

### **Handfunktion**

Bedöms kontinuerligt för att få en aktuell och realistisk bild av barnets förmåga samt för att tidigt kunna se tecken på eventuell försämring. Motorisk förmåga, som utveckling av handdominans, greppstyrka, kraftreglering, kvalitet i utförandet samt sensorisk förmåga och tidsåtgång bör ingå i bedömningen. Visuell perceptionsförmåga inkl spatial förmåga med motoriska inslag behöver bedömas.

*Metod/Instrument:*

Observation i aktivitet, **HABBA** Handfunktionsbedömning, **PDMS-2**,

*Kommentar:*

Barnets handfunktion är ofta påverkad och det är viktigt att förstå på vilket sätt och hur/om det påverkar aktivitetsutförandet.

## Arbetsterapeutiska insatser/åtgärder

Nedanstående rekommendationer bygger huvudsakligen på yrkesgruppens kliniska erfarenheter. Det finns ännu inte någon hög grad av evidens för specifika arbetsterapeutiska åtgärder och metoder när det gäller barn och ungdomar med rmb. Det studier som finns visar att det kan finnas viss effekt att använda metoder som har syftet att öka förmågans hos personen via träning av strategier eller genom att sätta upp tydliga mål och att dela upp målen i delmoment. (61, 62, 63, 64). Däremot visade en studie (65) att enbart anpassningar i miljö och aktivitet (genom digitala påminnelser) inte någon effekt på personernas förmåga att komma iväg önskade aktiviteter. Alla dessa studier är små och det behövs många fler studier för att rätt interventioner ska ges till personer med rmb för att öka delaktighet och autonomi i vardagen (66). Det är viktigt att de interventionsmetoder som används ska vara av god kvalitet. Alla personer med rmb ska erbjudas likvärdiga interventioner, oberoende var i Sverige man bor.

Viktigt är att förstå barnets/ungdomens förutsättningar för aktivitet och delaktighet på person/kroppsfunktionsnivå och att de svårigheter barnet har i sig inte går över eller växer bort (33). Genom att förstå barnets/ ungdomens förutsättningar på personnivå kan arbetsterapeuten, i samarbete med de vuxna i barnets nätverk, skapa en maximal ”fit” mellan miljö, aktivitet och person för att stötta barnets/ungdomens aktivitetsutförande och delaktighet.

### **Ökat aktivitetsutförande, delaktighet och autonomi i vardagslivet**

De arbetsterapeutiska insatserna har fokus på att öka förutsättningarna för barnet/ungdomen att vara delaktig i meningsfulla aktiviteter i vardagen och för att utvecklas mot ett autonomt vuxenliv. Barn/ungdomar med rmb kan ha svårt att lära sig nya färdigheter genom att helt på egen hand upptäcka och hitta lösningar (8). De behöver riktad och systematiskt stöd och guidning för att lära sig hitta och använda strategier. Ett sätt att hjälpa barnet kan vara att bryta ner aktiviteten i sina delmoment (67). Olika delmoment är ofta olika svåra och det är inte säkert att de lär sig stegen i den ordning de kommer i en aktivitetskedja, utan inläringen kanske fungerar bättre om den sker efter delmomentens svårighetsgrad och/eller enligt barnets/ungdomens önskemål. Det är viktigt att inläringen sker i den reella aktivitetssituationen då barnet/ungdomen med rmb måste förstå helheten och ofta kan ha svårt att generalisera kunskap från en situation till en annan (8, 64).

Det är av stor betydelse att personer i barnets/ungdomens nätverk är delaktigt i utformandet av aktivitetskedjan och följer det överenskomna utförandesättet (68). Alla bör göra lika för att stötta barnet/ungdomen i utvecklandet av automatiserade vardagsrutiner. Det är viktigt att förstå att det inte räcker att lära sig **kunna** något utan de behöver också stöd för lära sig att **få det gjort** (69). Det vill säga att initiera och driva aktiviteten, hålla fokus och tempo och kunna avsluta densamma. Behovet av sådan stöttning och handledning kan för vissa personer behövas livet ut till exempel i form av en mentor. (67)

## Kliniska rekommendationer

### AKTIVITETSUTFÖRANDE

- Tidig start  
Börja tidigt med introduktion i egenvård och andra aktiviteter och förändra/minska stödet efter barnets utvecklingstakt. Låt barnet vara delaktig i planeringen och utförandet av aktiviteten för att minska risken att barnet passivt låter sig hanteras av den vuxne.
- Instruktion  
Ge barnen steg-för-steg-arbetsbeskrivningar och instruktioner som bygger på principen; *en sak i sänder*. Eftersom enbart muntlig instruktion ställer höga krav på abstrakt tänkande kan inläringen av nya aktiviteter underlättas genom exempelvis bildstöd, rollspel och guidade handrörelser. Om barnet t.ex. frågar, hur de skall göra något, svara med en motfråga som; Hur tror du? Eller hur gjorde du förra gången?
- Träning i aktivitet  
Den aktivitet som barnet vill kunna/eller förväntas kunna. Träningen innebär att lära sig planera hur aktiviteten ska genomföras, hitta de strategier som krävs, lösa problem då de uppstår, driva aktiviteten vidare och utvärdera sitt resultat.
- Kompensatoriska strategier  
Träna barnet i eget ansvar och att använda kompensatoriska strategier för att komma ihåg och att få viktiga aktiviteter utförda. Inläring av kompensatoriska strategier och användning av hjälpmedel är en lång process som kräver aktivt och konsekvent stöd från nätverket runt barnet. Viktigt att vara medveten om att det inte alltid hjälper med påminnelser i form av ringsignaler och timers utan att ett ”mänskligt påminnelsestöd” kan behövas.
- Ansvar för egen uppgift  
Ge barnet tidigt åldersadekvata sysslor att ansvara för i hemmet, som exempelvis att duka bordet eller göra mellanmål. Det är viktigt att det finns förväntningar på att barnet kan själv, samtidigt som aktiviteten måste tränas och stöttas aktivt i början och kanske påminnas för att den skall bli gjord. Bygg successivt på med nya uppgifter allteftersom barnets kompetens ökar.
- Toalettkิจกรรมer  
Börja tidigt med att låta barnet vara interaktivt vid RIK och tarmtömning, redan i tvåårsåldern. Introducera barnet i rutiner, ordningsföljd, teknik, minnestekniker, arbetsställning och om varför RIK behövs.
- Av- och påklädning  
Ge barnet möjligheter att tidigt delta i sin av- och påklädning och medverka så mycket som möjligt. Det är alltid lättare att klä av sig än att sätta på kläderna igen. Barnen har oftast svårast att ta på sig byxor, strumpor och skor. Allra svårast är att dra upp byxorna över stussen.

- Förflyttning  
Ge barnet goda möjligheter att förflytta sig självständigt inomhus, utomhus samt mellan förflyttningshjälpmedel och stolar/sängar/toalettstolar. Träna förflyttning på olika underlag och i olika miljöer. Träna omdöme och risktänkande i samband med förflyttning.  
*Se vidare riktlinjer för sjukgymnastik*
- Fritidsaktiviteter  
Ge barnet möjlighet att utveckla och prova på olika fritidsaktiviteter för att finna sina intressen och ingå i olika sociala sammanhang. Även här behövs målmedveten guidning och stöttning.
- Sociala relationer  
Barnet behöver stöttning för att vara aktivt delaktig med kamrater, speciellt på raster och i fria aktiviteter. Stöttnigen kan bestå i guidning av hur man kan ta initiativ för att bli delaktig i en lek. Kanske kan barnet behöva lära sig regler och annat som oftast inte uttalas explicit i kamratsituationer utan är sådant som ”man förväntas läsa av i situationen”.

## OMGIVNING

- Utbildning och stöd till barn, familj och personer i nätverket  
Tidigt skapa förståelse för barnets svårigheter. Skapa förståelse för ett gemensamt förhållningssätt med lika krav hemma som i skolan. Detta för att underlätta barnets utveckling och minska risken för orealistiska förväntningar och krav.
- Arbetstempo och rutiner  
Anpassa tiden efter förmågan så att barnet successivt ges möjlighet att utföra alla delmoment i en aktivitet för att på sikt bemästra hela vardagsaktiviteten. Skapa rutiner för vardags- och skolaktiviteter för att minska kravet på barnet att ta egna initiativ och göra egna val. Ansvar att följa rutinerna bör successivt läggas över på barnet. En del barn kommer alltid att behöva stöd av mentor. Barnet har ett långsammare arbetstempo och behöver mera tid både att lära in aktiviteten och att utföra den.
- Åtgärdsprogram  
Använd dessa för att tillsammans med barnet sätta upp kort- och långsiktiga mål. Bedömningsmaterial med bilder och målsättningsinstrument kan vara till god nytta.
- Eget ansvar  
Planera dagen så att tid och utrymme finns för att utveckla förmåga till eget ansvar för egenvård, studier och fritid. Barnen fortsätter att utveckla sin kompetens långt upp i skolåldern under förutsättning att omgivningsfaktorer som tid och stöd/coachning från en vuxen finns och är individanpassat. I många fall har individen behov av påminnelse och ”starthjälp” även i vuxenålder, men kan ändå ha eget ansvar.

- Assistentens uppgifter  
Assistenten ska framför allt stötta barnet att hitta sitt eget arbetssätt. Barnet ska bli expert på sin egen vardag med sina egna strategier och rutiner. En assistent kan inte bara invänta initiativ från barnet och ska inte enbart ge service. Varje assistentsituation är ett unikt dynamiskt samspel mellan givare och mottagare och bör förändras och utvecklas över tid. Börja varje ny situation med att ge stöd, utvärdera och förändra stödet allt eftersom barnets kompetens utvecklas, utvärdera igen tills lämplig nivå uppnås. Utvärdera situationen igen efter exempelvis ett halvår för att undvika att slentrianmässigt ge fel sorts stöd.
- Handleda sin assistent  
Lär barnet handleda sin assistent. Det är viktigt att barnet är delaktigt i att utforma assistansen genom ett samarbetsavtal där barnets eget ansvar tydliggörs. *”Vad är mitt ansvar och vad gör assistenten åt mig? Hur ska jag instruera min assistent?”*
- Mentor  
Ge adekvat individanpassat stöd så länge som barnet behöver det. Utvärdera regelbundet. I och med att omgivningens krav ökar blir problematiken tydligare. Svårigheterna att möta, bedöma och klara av nya problemområden kvarstår efter skolåren. En form av mentor är därför att rekommendera i vuxenlivet. Mentorn måste ha kunskap om hur personer med ryggmärgsbråck fungerar och vilket stöd de behöver. En del individer behöver mer stöd i form av en personlig assistent.

## PERSON

- Tidshantering (-orientering, -uppfattning)  
Skapa en detaljerad bild av hur barnet uppfattar tid. Ta tiden på olika aktiviteter och låt barnet gissa och jämföra med sig själv. Om barnet inte förstår tid, hjälp barnet att konkretisera tiden genom att använda tidshjälpmiddel som visualiserar tidsrymder. Skapa individanpassade system för starthjälp och påminnelser. Barnet behöver träna sig i tidshantering för att kunna förstå t.ex. *”När ska jag börja för att vara klar i tid? Hur bråttom har jag?”* Schema och översiktsplan ger en bild av dagen, veckan och året. Träna barnet tidigt att använda fickkalender, mobil eller handdator. En sådan kan innehålla arbetsplaner och komihåglister. Hitta system för att barnet ska komma ihåg att titta i sitt schema och göra som påminnelsen säger.
- Handfunktion  
Träna barnets användande av händerna i den aktivitet barnet behöver utveckla. I dagsläget föreligger ingen evidens för att handfunktionsträning är generaliserbar och automatiskt kan överföras från en aktivitet till en annan. Se sidan 4.

## Referenser

1. Etisk Kod för Arbetsterapeuter 2012. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA), Stockholm, Uppdaterad 2014-12-08.
2. Coster WJ. Eleanor Clarke Slagle Lecture. Embracing ambiguity: facing the challenge of measurement. *Am J Occup Ther.*2008;62:743-52.
3. Wagman, P. Conceptualizing life balance from an empirical and occupational therapy perspective. Dissertation Series no. 25, 2012. Jönköping University.
4. Townsend E, Polatajko H. Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice through Occupation. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists; 2007.
5. Davis A, Polatajko H. Occupational development. Från Christiansen H ,Townsend A. Introduction to Occupation, the art and science of living 2 ed, Upper Sadler River, NJ: Pearson Education; 2010.
6. Peny-Dahlstrand M, Åhlander A-C, Krumlinde –Sundholm L, Gosman-Hedström G. Quality of performance of everyday activities in children with spina bifida: a population-based study. *Acta Paediatr* 2009;98:1674-79.
7. Jacobson LA, Tarazi RA, McCurdy MD, Schultz S, Levey E, Mahone EM, Zabel TA. The Kennedy Krieger independence scales-spina bifida version: a measure of executive components of self-management. *Rehabil Psychol.* 2013 Feb;58: 98-105.
8. Fletcher JM, Ostermaier KK, Cirino PT, Dennis M. Neurobehavioral outcomes in spina bifida: Processes versus outcome. *J Pediatr Rehabil Med* 2008;1:311-24.
9. Svensson E. Tid till eget ansvar? – tidsplanering i förskola/skola och dess inverkan på aktivitet och delaktighet för barn och ungdomar född med ryggmärgsbråck. Forsknings- och utvecklingsenheten Habilitering och hjälpmedel, Region Skåne.2003; rapport nr 2003:3.
10. Friedman D, Holmbeck GN, DeLucia C, Jandaseck B, Zebracki K. Trajectories of autonomy development across the adolescent transition in children with spina bifida. *Rehabil Psychol.* 2009 Feb;54:16-27.
11. Donlau M. Kortare toalettbesök för större oberoende. *Rörelse.*2008;5:10.
12. Tuminello ER, Holmbeck GN, Olson R. Executive functions in adolescents with spina bifida: relations with autonomy development and parental intrusiveness. *Child Neuropsychol.* 2012;18(2):105-24.
13. Donlau M & Falkmer T. Independence in the toilet activity in children and adolescents with myelomeningocele-managing clean intermittent catheterization in a hospital setting. *Acta Paediatr.* 2009;98:1972-6.
14. Buran CF, Sawin KJ, Brei TJ Fastenau .Adolescents with myelomeningocele, activities, beliefs, expectations and perceptions. *Dev Med Child Neurol* 2004;46:244-252

15. Oakshott P, Hunt G, Poulton A, Reid F. Expectation of life and unexpected death in open spina bifida: a 40 year complete, non selective, longitudinal cohort study. *Dev Med Child Neurol.* 2009;52:749-53.
16. Peny-Dahlstrand M, Krumlinde-Sundholm L, Gosman-Hedstrom G. Patterns of participation in school-related activities and settings in children with spina bifida. *Disabil Rehabil.* 2013 Oct;35:1821-7.
17. Shields N, Taylor NF, Dodds KJ. Self-concept in children with spina bifida compared with typically developing Children. *Dev Med Child Neurol.* 2008;50:733-43.
18. Barf HA, Post MWM, Verhoef M, Jennekens-Schinkel A et al. Restrictions in social participation in young adults with spina bifida. *Disabil Rehabil.* 2009;31:921-7.
19. Buffart LM, Berg-Emons RJ, Meeteren JV, Stam HJ, Roebroek ME. Lifestyle, participation, and health-related quality of life in adolescents and young adults with myelomeningocele. *Dev Med Child Neurol.* 2009;5:886-94.
20. Boudos RM, Mukherjee S. Barriers to community participation: Teens and young adults with spina bifida. *J Pediatr Rehabil Med* 2008;1:303-10.
21. Davis BE, Shurtleff DB, Walker WO, Seidel KD, Duguay S. Acquisition of autonomy skills in adolescents with myelomeningocele. *Dev Med Child Neurol* 2006; 48: 253-58.
22. Peny-Dahlstrand M, Krumlinde-Sundholm L, Gosman-Hedstrom G. Is autonomy related to the quality of performance of everyday activities in children with spina bifida? *Disabil Rehabil.* 2012;34(6):514-21.
23. Lomax-Bream LE, Barnes M, Copeland K, Taylor HB, Landry SH. The impact of spina bifida on development across the first 3 years. *Dev Neuropsychol* 2007;31(1):1-20.
24. Davis BE, Shurtleff DB, Walker WO, Seidel KD, Duguay S. Acquisition of autonomy skills in adolescents with myelomeningocele. *Dev Med Child Neurol.* 2006 Apr; 48: 253-58.
25. Turminello ER, Holmbeck GN, Olson R. Executive functions in adolescents with spina bifida: relations with autonomy development and parental intrusiveness. *Child Neuropsychol.* 2012;18:105-24.
26. Berry JG, Kusminsky M, Foley SM, Hobbs N, Queally T, Bauer SB, Kaplan J, Weitzman ER. Strategic directions for transition to adulthood for patients with spina bifida. *J Pediatr Neur.* 2013;11:211-20.
27. Andrén E, Grimby G. Dependence and perceived difficulty in activities of daily living in adults with cerebral palsy and spin bifida. *Disabil Rehabil.* 2000;22: 299-307.
28. Oakshott P, Hunt GM. Long-term outcome in open spina bifida. *Br J Gen Pract.* 2003;53:632-6

29. Zukerman JM, Devine KA, Holmbeck GN. Adolescent predictors of emerging adulthood milestones in youth with spina bifida. *J Pediatr Psychol*. 2011 Apr;36:265-76.
30. van Mechelen MC, Verhoef M, van Asbeck FW, Post MW. Work participation among young adults with spina bifida in the Netherlands. *Dev Med Child Neurol*. 2008;50:772-7
31. Barf HA, Post MWM, Verhoef M, Jennekens-Schinkel A et al. Life satisfaction of young adults with spina bifida. *Dev Med Child Neurol*. 2007;49:458-63
32. Henderson A, Pehoski C. Handfunction in the child, foundations for remediation. St Louis: Mosby-Year Book Inc;1995
33. Dennis M, Barnes MA. The cognitive phenotype of spina bifida meningocele. *Dev Dev Disabil Res Rev*. 2010;16:31-39.
34. Fletcher JM, Brookshire BL, Bohan TP, et al. Early hydrocephalus. In Rourke BP (ed) *Syndrome of nonverbal learning disabilities: Neurodevelopmental manifestations*. New York: Guilford; 1995.
35. Lindquist B. *Hydrocephalus in children; Cognition and behaviour*. (PhD thesis) Göteborg: Göteborgs Universitet, Sahlgrenska Akademin; 2007.
36. Heffelfinger AK, Koop JI, Fastenau PS, Brei TJ, Contenant L, Kazenstein J, Cashin S E, Sawin K. The relationship of neuropsychological functioning to adaptation outcome in adolescents with spina bifida. *J Int Neuropsychol Soc*. 2008 Sep;14:793-804.
37. Landry SH, Taylor HB, Swank PR, Barnes M, Juranek J. Longitudinal mediators of social problem solving in spina bifida and typical development. *Rehabil Psychol*. 2013 May;58:196-205.
38. Dennis M, Fletcher JM, Rogers T, et al. Object-based and action-based visual perception in children with spina bifida and hydrocephalus. *J Int Neuropsychol Soc*. 2002;8:95-106.
39. Jansen-Osmann P, Wiedenbauer G, Heil M. Spatial cognition and motor development: a study of children with spina bifida. *Percept Mot Skills* 2008;106 (2): 436-46.
40. Vinck A, Nijhuis-van der Sanden MWG, Roeleveld NJA. et. al. Motor profile and cognitive functioning in children with spina bifida. *Euro J Peadiatr*. 2009;14; 86-92.
41. Wiedenbauer G, Jansen-Osmann P. Mental rotation ability of children with spina bifida: What influence does manual rotation training have? *Dev Neuropsychol* 2007;32:809-24.



42. Hwang, R., Kentish, M., Burns, Y. Hand positioning sense in children with spina bifida myelomningocele. *Austr J Phys Ther*, 2002;48:17-22.
43. Dennis M, Edelstein K, Hetherington R, Copeland K, Frederick J, Blaser SE, Kramer LA, Drake JM, Brandt M, Fletcher JM. Neurobiology of perceptual and motor timing in children with spina bifida in relation to cerebellar volume. *Brain*. 2004 Jun;127:1292-301.
44. Dennis M, Edelstein K, Copeland K, Frederick J, Francis DJ, Hetherington R, Blaser SE, Kramer LA, Drake JM, Brandt ME, Fletcher JM. Covert orienting to exogenous and endogenous cues in children with spina bifida. *Neuropsychologia*. 2005;43:976-87.
45. Dennis M, Edelstein K, Frederick J, Copeland K, Francis D, Blaser SE, Kramer LA, Drake JM, Brandt M, Hetherington R, Fletcher JM. Peripersonal spatial attention in children with spina bifida: Associations between horizontal and vertical line bisection and congenital malformations of the corpus callosum, midbrain and posterior cortex. *Neuropsychologia*. 2005;43:2000-10.
46. Dennis M, Edelstein K, Copeland K, Frederick JA, Francis DJ, Hetherington R, Blaser SE, Kramer LA, Drake JM, Brandt ME, Fletcher JM. Space-based inhibition of return in children with spina bifida. *Neuropsychology*. 2005 Jul;19:456-65.
47. Burmeister R, Hannay HJ, Copeland K, Fletcher JM, Boudousquie A, Dennis M. Attention problems and executive functions in children with spina bifida and hydrocephalus. *Child Neuropsychol*. 2005 Jun;11:265-83.
48. Holmbeck GN, DeLucia C, Essner B, Kelly L, Zebracki K, Friedman D, Jandasek B. Trajectories of psychosocial adjustment in adolescents with spina bifida. *J Consult Clin Psychol*. 2010 Aug;78:511-25.
49. Dennis M, Salman MS, Jewell D, Hetherington R, Spigler BJ, MacGregor DL, Drake JM, Humphreys RP, Gentili F. Upper limb motor function in young adults with spina bifida and hydrocephalus. *Childs Nerv Syst* 2009;25:1447-53
50. Gölge M, Schutz C, Dreesmann M, Kuhtz-Buschbeck JP, Hoppe B, Wezelburger R, Stephani U, Illert M. Grip force parameters in precision grip of individuals with myelomeningocele. *Dev Med and Child Neurol* 2003;45:249-56.
51. Turner A. Upper-limb Function of Children with Myelomeningocele. *Dev Med Child Neurol*. 1986;28:790-98
52. Muen, WJ., Bannister, CM. Hand Function in Subjects in Spina Bifida. *Euro J Pediatr Surg*.1997;7:18-22
53. Wassing, HE, Siebelink BM, Luyendijk W. Handedness and progressive hydrocephalus in spina bifida patients. *Dev Med Child Neurol*. 1993;35:788-97.
54. Liptak GS et al. Do grip and pinch strength predict neurologic complications in children with spina bifida and hydrocephalus? *Pediatric Neurosurgery*. 2006; 42:208-213.

55. Norrlin, S, Dahl, M., Rösblad, B. Control of reaching movements in children and young adults with myelomningocele. *Dev Med Child Neurol* 2004;46:28-33
56. Jacobsson H. Construct validity of the test Handfunction of children, HABBA-for children with myelomeningocele. Umeå, Institutionen för medicinsk rehabilitering, Magisterutbildning för arbetsterapeuter, D-uppsats, 1998.
57. Dahl M, Ahlsten G, Kihlgren M, Norrlin S, Strinnholm M, Winberg A. Interdisciplinary Assessment of School-Aged Children with Myelomeningocele. *Eur J Pediatr Surg* 7, 1997 (Suppl 1)
58. Janeslätt, G. Time for Time: Assessment of time processing ability and daily time management in children with and without disabilities (PhD Thesis). Stockholm: Karolinska Institutet; 2009
59. OTIPM- En modell för ett professionellt resonemang som främjar bästa praxis i arbetsterapi. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA) Nacka. 2007; FoU rapport nr 1/2007.
60. Fisher A G. Occupational Therapy Intervention Process Model, OTIPM. Fort Collins: Tree Star Press Inc; 2009
61. Holbein CE, Murray CB, Psihogios AM, Wasserman RM, Essner BS, O'Hara LK, Holmbeck GN. A camp-based psychosocial intervention to promote independence and social function in individuals with spina bifida: moderators of treatment effectiveness. *J Pediatr Psychol*. 2013 May;38:412-24.
62. Stubberud J, Langenbahn D, Levine B, Stanghelle J, Schanke AK. Goal management training of executive functions in patients with spina bifida: a randomized controlled trial. *J Int Neuropsychol Soc*. 2013 Jul;19:672-85.
63. Stubberud J, Langenbahn D, Levine B, Stanghelle J, Schanke AK. Goal management training improves everyday executive functioning for persons with spina bifida: self- and informant reports six months post-training. *Neuropsychol Rehabil*. 2014;24(1):26-60.
64. Donlau M, Mattsson S, Glad-Mattsson G. Children with myelomeningocele and independence in the toilet activity: A pilot study. *Scand J Occup Ther*. 2013:64-70.
65. Crytzer TM, Dicianno BE, Fairman AD. Effectiveness of an upper extremity exercise device and text messages reminders to exercise in adults with spina bifida: A Pilot study. *Assist Technol*. 2013 winter;25:181-93.
66. Sawin KJ, Betz CL Lindroth R. Gaps and oppurtunities: an agenda for further research, services and program development in spina bifida. *Pediatr Clin north Am*. 2010;57:1041-57.

67. Allbrink Oscarson K. Ökad medverkan vid Ren Intermittent Kateterisering (RIK) för barn med Ryggmärgsbråck. Handikapp och habilitering i Stockholm; 2004; FoU-rapport nr 02.
68. Berg M, Butler A, Dahl M, Eklund P et al. Självständighet och hälsa hos unga och unga vuxna med ryggmärgsbråck; behov och åtgärder. Uppsala: Akademiska Sjh, FBH; Projektrapport 2007
69. Peny-Dahlstrand, M. (2011). To get things done, the challenge in everyday life for children with spina bifida. Quality of performance, autonomy and participation (PhD Thesis) Göteborg. Göteborgs Universitet 2011

## Referenser och utgivare för alla instrument

Baron K, Kielhofner G, Goldhammer V, Wolenski J. Occupational Self Assessment (OSA), version 2.2 (2006). **Min Mening**, svensk översättning (2000): Hellsvik E M  
Svensk utgivare: [www.fsa.akademikerhuset.se/forlag](http://www.fsa.akademikerhuset.se/forlag).

Fisher AG (2003) Assessment of motor and process skills - **AMPS**, femte upplagan. Fort Collins. CO,; Three Star Press.  
Kontakt: <http://www.ampsintl.com/>

Fisher AG, Bryze K, Hume V, (2004) **School-AMPS**: School version of the Assessment of Motor and Process Skills.(2nd ed). Fort Collins, CO: Three Star Press.  
Kontakt: <http://www.ampsintl.com/>

Folio MR, Fewell RR (1983) **PDMS, PDMS-2** (97-98) Peabody Developmental Motor Scale (2<sup>nd</sup> ed)  
Utgivare: <http://psychcorp.pearsonassessments.com/>  
Svensk utgivare: [www.pearsonassessment.se](http://www.pearsonassessment.se) och [www.hogref.se](http://www.hogref.se)

Haley SM, Coster WJ et al (1992) **PEDI** - Pediatric Evaluation of Disability Inventory.  
Svensk översättning och bearbetning (1999): Nordmark E, Orban K  
Svensk utgivare: [www.hogref.se](http://www.hogref.se)

Hemmingsson H (1998).**BAS** - Bedömning av anpassningar I skolmiljön.  
Utgivare: [www.fsa.akademikerhuset.se/forlag](http://www.fsa.akademikerhuset.se/forlag).

Jacobsson H, Sundqvist Möller A (2006) **HABBA Handfunktionsbedömning på barn från 6 år**,  
Kontakt: *HABBAH Handelsbolag, Kurgatu 18, 783 95 Gustafs.*

Janeslätt G, Alderman I (2010). **Ka-TID-B ver 18 b** Kartläggning av Tidsuppfattning,  
Kontakt: *Gunnel Janeslätt, CKF, Nissers väg 3, 791 82 Falun.*

Kramer J, Velden M, Kafkes A, Basu S, Federico J, Kielhofner G. Child Occupational Self Assessment (COSA), ver 2.2 (2014). **Min Mening Barn**, svensk översättning (2016): Bjuvmar E, Munkholm M, Peny-Dahlstrand M, Öhrvall AM.  
Utgivare: [www.cade.uic.edu/moho](http://www.cade.uic.edu/moho)  
Svensk utgivare: [www.fsa.akademikerhuset.se/forlag](http://www.fsa.akademikerhuset.se/forlag)

Law M et al (1998). **COPM** Canadian Occupational Performance Measure, Tredje svenska versionen.  
Svensk utgivare: [www.fsa.akademikerhuset.se/forlag](http://www.fsa.akademikerhuset.se/forlag).

Missiuna C. & Pollock N. *Perceived efficacy and goal setting in young children - PEGS. Can J Occ. Ther.* 2000; Vol 67: 101-09. Finns som uppdaterad version, PEGS-2.  
Svensk version kommer att säljas via [www.canchild.ca](http://www.canchild.ca).

RBU (2010). **Ge mig vingar som bär** – om transitionsprocessen mot vuxenlivet.  
<http://www.rbu.se/sites/rbu.se/files/transitionsflyermaj.pdf>

Törnquist K, Sonn U (2001). **ADL-taxonomi**.  
Utgivare: [www.fsa.akademikerhuset.se/forlag](http://www.fsa.akademikerhuset.se/forlag).