
Arbetsterapi för personer med MS

Introduktion

Arbetsterapeuten fokuserar på människors vardag med målet att varje person ska kunna vara så självständigt som möjligt i de sysslor/dagliga aktiviteter som han/hon anser är meningsfulla (1-3). Dagliga aktiviteter omfattar alla de sysslor som vi dagligen engagerar oss i och brukar omfatta personlig hygien och påklädning, förflyttningar, hushållsarbete, arbete/utbildning och fritidsaktiviteter. From 2017-01-01 införs Nationella riktlinjer för personer med MS (4) vilket gör att yrkesverksamma arbetsterapeuter i Sverige har ramar för hur arbetet med denna patientgrupp skall utföras.

Flera studier har visat att personer med MS kan få svårigheter att både utföra och vara delaktig i de aktiviteter de önskar (5-10). Det kan gälla aktiviteter som är både enklare som mer komplexa och det kan innefatta övergripande (ex. hela morgonrutinen) som mer specifika (ex. knäppa knappen i de röda byxorna) aktiviteter (6). Hushållsgöromål tillhör ofta de mest problematiska att utföra (5-6, 8, 10). För de som arbetar är det också viktigt att bibehålla sin anställning (8). Samtidigt visar en svensk studie (11) att både graden av sjukskrivning och sjukersättning är högre för personer med MS än för normalbefolkningen redan initialt under första diagnosåret. Dessutom ökar både sjukskrivning och sjukersättning signifikant hos MS-gruppen vilket visar på svårigheterna att bibehålla sin arbetsförmåga. Trots detta är det svårt för många personer med MS att få hjälp för att kunna fortsätta arbeta (12, 13), vilket ställer krav på samordnade rehabiliteringsinsatser.

Det har också visat sig att personer med MS anger att deras hälsorelaterade livskvalitet är nedsatt, särskilt i relation till hushållsgöromål, förflyttningar och rekreation (14) och de som är nöjda med sitt liv anger färre aktivitetsproblem än de som är missnöjda med sitt liv (15). Dessutom upplever personer med MS att möjligheten att engagera sig i dagliga aktiviteter inte enbart handlar om hur de kan utföra en viss aktivitet utan det har också betydelse för hur de upplever sin identitet och sitt liv (16-18). Personens sociala miljö, dvs familj, vänner och andra personer kan också påverka deras engagemang i aktiviteter (17, 18) samtidigt som det är känt att närstående också drabbas när en familjemedlem får MS (19), inte minst barnen (20). Eftersom arbetsterapeutens åtgärder riktas mot personens vardag är det därför viktigt att de personer (närstående, familj, arbetskamrater osv) som finns i dennes närhet är delaktiga när åtgärder planeras och genomförs så att dessa kan fungera för alla parter.

Som guide för sitt arbete använder arbetsterapeuten flera olika teoretiska modeller. Genom att använda tex Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) (2); Model of Human Occupation (MoHO) (3) eller Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) (21, 22), kan arbetsterapeuten få stöd i hur information ska insamlas, tolkas och användas för den fortsatta interventionen tillsammans med personen med MS. Valet av teoretisk modell är avhängigt var arbetsterapeuten arbetar i

vårdkedjan, då vissa modeller fungerar bättre på en slutenvårdsneurologin medan andra är bättre lämpade inom medicinsk rehabilitering eller primärvård.

Arbetsterapeutisk bedömning

Arbetsterapeuten inleder alltid med en intervju med personen med MS och ev. andra som är involverade i personens vardagliga situationer. Syftet är att skapa en god relation med personen och att göra en aktivitetsanamnes, dvs kartlägga vilka aktiviteter som patienten brukar engagera sig i, vilka aktiviteter personen anser är meningsfulla och vilka aktiviteter som är problematiska att engagera sig i. Det är viktigt att arbetsterapeuten skapar en god bild av personens familj, sociala nätverk, intressen och den fysiska och sociala miljö där personen är aktiv. Här ingår personlig vård, förflyttningar, hushållsgöromål, bostadens utformning, skolan/ arbetet samt intressen/fritidsaktiviteter. Därför är det viktigt att använda bedömningar som kan fånga olika aspekter av dagliga aktiviteter men också att fånga själva upplevelsen av engagemanget i aktiviteter, tex vilken betydelse en aktivitet har för individens identitet och roller i ett socialt sammanhang.

Ofta är intervjun informell inledningsvis men standardiserade bedömningar används också, t ex ADL-taxonomi (23) eller Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (24). COPM genomförs som en semi-strukturerad intervju där personen får svara på frågor om vilka aktiviteter som han/hon upplever som problematiska att engagera sig i. Studier som använt COPM för att kartlägga vilka svårigheter personer med MS anser sig ha svårigheter att utföra visade att det dessa främst är relaterade till arbete (i artiklarna benämnda som produktivitet) och hushållsgöromål, men det fanns också en spridning över alla aktivitetsområden (6, 8, 25). Det innebär att arbetsterapeuter måste var lyhörda för att problem kan finnas i alla aktivitetsområden och att det är viktigt att utgå från varje enskild person.

När aktiviteterna är kartlagda behöver arbetsterapeuten gå vidare med att analysera vad det är som gör att en aktivitet upplevs som problematisk. Det gör man ofta genom att observera utförandet i dessa aktiviteter. Det finns många bedömningsinstrument som kan användas för detta ändamål och i tabell 1 visas några exempel.

Tabell 1. Observationsinriktade bedömningsinstrument.

Mätvariabel	Instrument
P-ADLa	Functional Independence Measure (FIM) (26)
P-ADL och I-ADLb	Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) (27)
Sociala interaktionsfärdigheter	Assessment of communication and Interaction Skills (ACIS) (28) Evaluation of Social Interaction (ESI) (29)
Arbetsförmåga	Assessment of Work Performance (AWP) (30)

^a P-ADL är en förkortning av personliga dagliga aktiviteter.

^b I-ADL är en förkortning av instrumentella dagliga aktiviteter som innefattar hushållsgöromål, kommunikation, inköp osv.

När aktivitetsbedömningarna är genomförda analyserar arbetsterapeuten vilka delar i aktivitetsutförandet som är mest problematiska och vilka som fungerar väl för att tydliggöra vad de arbetsterapeutiska åtgärderna (interventionen) ska fokusera på. Om det behövs genomförs också bedömningar av aspekter som kan påverka aktivitetsutförandet, dvs av funktionsnedsättningar eller miljöaspekter som på olika sätt kan utgöra en svårighet eller hinder för fortsatt engagemang i aktiviteter. Vanligt förekommande är bedömningar av handfunktion, kognitiva funktioner eller fatigueskattningar. Arbetsterapeuten gör också bedömning av miljöfaktorer och ett instrument som kan användas för att utreda vilka hinder som kan finnas i den fysiska miljön är Housing Enabler (31).

När alla bedömningar är färdiga sätter arbetsterapeuten mål tillsammans med personen. Ofta utgår målen från de aktiviteter som framkom i COPM-bedömningen då har ett tydligt fokus på vad personen vill kunna uppnå avseende sin aktivitetsförmåga. De övriga bedömningarna fungerar som ett stöd för arbetsterapeuten så att han/hon kan hjälpa personen att formulera mål som är realistiska och genomförbara under den tidsperiod som interventionen omfattar. Målen utgår ofta från en sk SMART-princip, vilket innebär att de ska vara specifika, mätbara, uppnåbara, realistiska och avgränsade i tid (32).

Arbetsterapeutisk intervention

Interventionen syftar till att nå de mål som formulerats tillsammans med personen. Interventionen kan bestå av åtgärder riktade individuellt till den enskilda personen men det är också vanligt att erbjuda gruppinterventioner. Det finns tre olika typer av interventioner; träning, kompensation eller undervisning (21), vilka förklaras mer i detalj nedan.

Träning

När arbetsterapeuten tränar tillsammans med en person med MS sker detta oftast genom att personen får öva sig på att utföra en viss aktivitet. Genom att vid upprepande tillfällen utföra samma aktivitet kan personen med MS återfå färdigheter eller funktioner som behövs för att utföra aktiviteten effektivt; s.k återställande träning. Exempelvis kan det vara en person som har fått ett skov och behöver träna sig på att åter kunna sköta sin påklädning. Efterhand som personen återfår tidigare funktioner och färdigheter kan svårigheten ökas genom att personen utmanas att göra fler moment som tar längre tid, är mer komplexa och utförs med färre och färre hjälpmedel eller assistans. Övre toalett är lättare att utföra än att duscha och övre påklädning är lättare än att ta på sig kläderna på hela kroppen.

Kompensation

En annan strategi som arbetsterapeuten använder är den kompensatoriska, som innebär att man anpassar bort de svårigheter som finns för att aktivitetsutförandet ska fungera utan problem. Det kan innebära att personen får lära sig nya tekniker för att kunna utföra en aktivitet på ett effektivt sätt, t. ex genom att arbetsterapeuten lär en person att sitta ner när han/hon dammsuger för att undvika uttrötthet. Andra kompensatoriska åtgärder

gärder kan vara att anpassa den fysiska miljön genom bostadsanpassningar eller utprovning av hjälpmedel. Anpassningarna kan innebära borttagning av trösklar, uppsättning av stödhandtag eller ledstänger, trapphiss, breddning av dörrar eller andra åtgärder för att göra bostaden mer tillgänglig. Utprovning av hjälpmedel kan innebära allt från att prova ut ett tjockare grepp på en penna eller bestick till att prova ut rollatorer eller rullstolar för att möjliggöra förflyttningar inom eller utomhus. En eldriven rullstol eller scooter kan göra personen mer aktiv och delaktig i sociala sammanhang med familj och vänner eller underlätta och möjliggöra ett självständigt boende. Arbetsstolen i köket kan underlätta förflyttningar i hemmet och kan göra att matlagning och andra hushållssysslor blir mindre arbetsam. Arbetsterapeuten kan också bidra till att personen får hjälp med anpassningar på sitt arbete för att undvika sjukskrivning och sjukpensionering.

Undervisning

Många arbetsterapeuter arbetar med utbildning både individuellt och i grupp. Individuellt sker detta i samband med att andra åtgärder genomförs medan de som sker i grupp ofta har ett undervisande syfte. En gruppintervention som en del arbetsterapeuter använder för personer med MS kallas ReDO™-metoden (33). Det är ett evidensbaserat arbetsterapeutiskt behandlingsprogram som används med personer som önskar och kan förändra sin vardag, oavsett diagnos eller funktionsnedsättning. Programmet syftar till att deltagarna ska strukturera om sina vardagliga aktiviteter och skapa nya rutiner i vardagen med målet att skapa en mer hälsosam balans mellan olika vardagliga aktiviteter. Initialt utvecklades metoden för kvinnor med stressrelaterad ohälsa men den har även använts med andra målgrupper i olika vårdformer, men på senare tid har den alltså också använts bland personer med MS. Originalversionen sträcker sig över 10 + 6 veckor men andra versioner har, och är under utarbetande.

En annan arbetsterapeutisk gruppintervention som fått genomslag i Sverige det senaste året är Fatigue Management (FM) som riktar sig till personer som har MS-fatigue (34, 35). Kursen genomförs med 8-10 deltagare som träffas 1 gång/vecka á 2 tim/tillfälle under 6 veckor. Alla deltagare måste vara motiverade till att delta i kursen men de kan ha sin diagnos olika länge och ha olika påverkan av sin sjukdom. Varje kurstillfälle följer ett liknande upplägg, vilket omfattar föreläsningar, diskussioner, praktiska övningar och genomgång av hemuppgifter där den enskilda individen ges möjlighet att tillämpa de olika övningarna i sin egen vardag. Ex. tas vikten av vila upp och deltagarna lär sig hur man kan skapa en balans mellan dagens och veckans olika aktiviteter för att minska inverkan av MS-fatigue. Kursen tar också upp hur man kan kommunicera med andra om sin fatigue samt hur man kan prioritera bland olika aktiviteter.

Utvärdering och överrapportering

Arbetsterapeuten bör alltid utvärdera de insatser som utförts och använda samma bedömning som genomfördes initialt. Det är också viktigt att rapportera till nästa instans i vårdkedjan för att personen med MS skall få en kontinuitet i de insatser som görs men också för att få att möjliggöra en utvärdering över tid.

Evidens för arbetsterapi

Arbetsterapi som en del av teambaserad, sammanhållen rehabilitering

I de Nationella riktlinjerna (4) rekommenderar Socialstyrelsen att hälso- och sjukvården kan erbjuda person med MS ett multidisciplinärt team då det kan ge en större möjlighet att uppnå en god funktionsförmåga och upplevd hälsa. Flera professioner arbetar gemensamt i det multidisciplinära teamet, tillsammans med den enskilda personen och dennes närstående. Teamets sammansättning och arbetsfördelning utgår från den enskilda personens behov och kan därför variera över tid. Samma riktlinjer rekommenderar också att personer med MS som har en nedsatt funktionsförmåga ska erbjudas sammanhängande teamrehabilitering. En sammanhängande teamrehabilitering pågår under en avgränsad period och utgår från en heltäckande bedömning som sedan leder fram till att en tydlig rehabiliteringsplan sammanställs. Med utgångspunkt från bedömningen och de uppsatta målen planeras sedan åtgärder och tidsplanen som genomförs gemensamt av teamet, den enskilda personen, dennes närstående och ev. andra personer som är involverade i den enskilda personens vardag.

Det finns flera studier som konstaterat att det saknas tillräcklig kunskap om vilka effekter arbetsterapeutiska interventioner har för personer med MS. I slutet på 90-talet kom de första studierna som utvärderade effekterna av sammanhållen rehabilitering för personer med MS, främst inriktad mot att förbättra P-ADL. En Cochranerapport från 2007 (36) beskrev att sammanhållen rehabilitering förbättrar aktivitet och delaktighet för personer med MS, men deras funktionsnedsättningar förbättras inte. Vidare beskrev Cochranerapporten att det är bättre om rehabiliteringen genomförs med låg intensitet och över en längre period. Enskilda arbetsterapeutiska insatser kunde inte urskiljas i dessa studier, mer än att arbetsterapi varit en del i rehabiliteringen. En annan rapport beskrev att funktionshöjande träning och åtgärder som riktades mot utförandet av dagliga aktiviteter förbättrades efter en rehabiliteringsperiod (37) men mer rigorösa studier som också utvärderade enskilda arbetsterapeutiska interventioner efterfrågades. Samma slutsats fastställdes i en Cochranerapport om arbetsterapi för personer med MS (38). Ytterligare en annan rapport sammanställde arbetsterapeutisk forskning under fem år där arbetsterapeutiska interventioner för personer med MS som erhållit ineliggande vård utvärderades. Rapporten visade att arbetsterapi förbättrade personernas utförande av personlig vård och funktionsnedsättningarna minskade men andra aktivitetsområden omfattades dock inte (39). En annan Cochranerapport (40) undersökte effekterna av arbetsinriktad rehabilitering för personer med MS men fastslog att det finns för få studier som kan styrka effekterna av arbetsinriktad rehabilitering för att man ska kunna uttala sig enhälligt positivt om denna intervention. Detta bekräftades i en systematisk review från 2012 (41) som också rapporterade att forskningen visar på de barriärer som finns, men också vilka åtgärder som krävs för att personer med MS ska kunna arbeta. Trots att detta är flera år sedan saknas det fortfarande studier som

Specifika arbetsterapeutiska interventioner

Två översiktsartiklar presenterade arbetsterapi-relaterade interventioner för personer med MS där den ena artikeln (42) i huvudsak fokuserade på interventioner som riktades mot aktivitet och delaktighet. Den andra artikeln (43) presenterade forskning som fokuserade på återställande interventioner riktat mot träning, kognition osv.

Flera studier har studerat effekterna av Fatigue management kurserna. I Cochranerapporten från 2003 (38) rapporterades att studierna av 'fatigue management' hade små undersökningsgrupper och inga kontrollgrupper (44, 45) men flera studier har sedan presenterats inom området. En RCT-studie med 169 personer med MS (46), visade att kursen bidrog till att personernas MS-fatigue samt dess påverkan i vardagen minskade, deltagarnas självförtroende ökade och vissa aspekter av livskvaliteten förbättrades. Samma patienter fick svara på en enkät angående effekterna av de strategier de lärt sig under kursen (47) och mer än hälften av deltagarna använde alla strategierna, varav vila och delegering upplevdes som mest effektiva. En uppföljning av RCT-studien visade sedan att resultaten höll i sig upp till ett år efter interventionen (48). Finlayson och medarbetare vidareutvecklade därefter interventionen till en telefonkonferensutbildning som både visade goda resultat i en inledande pilotstudie (49) och i en senare RCT-studie med 190 personer med MS-fatigue (50) där också deltagarna intervjuades ang sitt deltagande (51). Resultatet visade att personerna hade förbättrat sina möjligheter att hantera sin MS-fatigue medan den i sig inte förbättrades. De personer som missat något grupptillfälle och istället genomfört hemstudier upplevde samma förbättringar som de som deltagit under alla grupptillfällen (52). 'Fatigue management' har även genomförts i Spanien med goda resultat (53). Ytterligare studier av FM-kursen pågår, såväl utvärderingsstudier som studier som undersöker hur deltagarna upplever kursens betydelse. Dessutom undersöks kursens validitet för svenska förhållanden där resultatet beräknas vara färdigt i början av 2018.

Studier har också genomförts som undersökt effekterna av kompensatoriska åtgärder för personer med MS som har kognitiva svårigheter. Kompensatoriska åtgärder (dagbok, minnesanteckningar m.m.) som enbart genomfördes av neuropsykologer har tidigare studerats, men några effekter av interventionen gick då ej att påvisa (54) men då erhöll personerna ingen praktisk träning i reella situationer. Ett annat interventionsprogram har utvecklats – Mind over Matter – som är utformad som en fem-veckors, gruppbase-rad, self-management utbildning, ledd av arbetsterapeuter (55). Studier har sedan visat att deltagarna upplevde att interventionen hjälpte dem att göra förändringar i sin vardag och därmed hantera sina kognitiva svårigheter (56), samt att deltagarna signifikant förbättrade sin tro på att de kunde hantera sina kognitiva svårigheter och detta bibehölls vid uppföljningen (57). Behovet av kognitiva hjälpmedel för personer med MS har också beskrivits (58). Effekterna av att använda en handdator undersöktes i en studie av 20 personer med MS och resultatet visade att personernas aktivitetsförmåga signifikant förbättrades när de använde handdatorer och att det bibehölls vid uppföljningen (59). Trots att det fn saknas vetenskaplig evidens inom detta område sker utvecklingen snabbt och detta är ett av de områden som många MS-forskare fokuserar på.

Det finns också studier som undersökt effekter av andra typer av hjälpmedel, såsom tex effekter av att använda förflyttningshjälpmedel. I en sammanfattning av 50 studier (60) visades att personerna har nytta av sina förflyttningshjälpmedel men att utprovningen måste innefatta en noggrann bedömning och utvärdering så att rätt typ av hjälpmedel kan förskrivas. Slutligen har effekterna av att använda en kylväst undersökts, för de personer med MS som är värmeintoleranta. Studierna har visat att personerna upplevde förbättringar både avseende sina funktioner och aktivitetsförmåga (61-62). Nyligen kom också Socialstyrelsen ut med ett forskningsstöd för hjälpmedel (63). Syftet är att det ska öka kunskapen om förskrivning av hjälpmedel samtidigt som det är tänkt att öka delaktighet och jämlikhet för användarna. Förskrivarstödet består av två delar; detta dokument och en webutbildning. Detta dokument riktar sig till förskrivare och chefer medan webutbildning vänder sig till förskrivare, chefer samt vård- och omsorgspersonal.

Kliniska implikationer och framtida forskning

Även om forskningen av effekter av arbetsterapeutiska interventioner ökar så saknas det fortfarande tillräckligt underlag för att kunna uttala sig kring effekterna av arbetsterapi. Det är svårt att urskilja arbetsterapeutiska interventionerna i de studier som undersökt effekterna av sammanhållen rehabilitering för personer med MS. Flera enskilda arbetsterapeutiska interventioner har dock visat sig ha god effekt för personer med MS och en begynnande forskning sker även inom andra arbetsterapeutiska områden. Tills det finns vetenskaplig evidens för arbetsterapi får vi dock utgå från den vetenskap som finns samt använda klinisk beprövad erfarenhet.

Referenser

1. Kielhofner, G. (2007). A model of human occupation: theory and application (4th ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
2. Townsend, E & Polatajko, H. (2007). Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice through Occupation Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT).
3. Tipping, L. (2002). Multiple sclerosis. In A. Turner, M. Foster & S. E. Johnson (Eds.), Occupational therapy and physical dysfunction - principles, skills and practice (5th ed., pp. 507-522). Edinburgh: Churchill Livingstone.
4. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för MS och Parkinsons sjukdom. Socialstyrelsen; 2016. <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjermsochparkinsonssjukdom> (hämtad 171026.).
5. Månsson, E., & Lexell, J. (2004). Performance of activities of daily living in multiple sclerosis. Disability and Rehabilitation, 26(10), 576-585.
6. Lexell, E. M., Iwarsson, S., & Lexell, J. (2006). The complexity of daily occupations in multiple sclerosis. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 13(4), 241-248.
7. Lexell EM, Lund ML, Iwarsson S. Constantly changing lives: Experiences of people with Multiple Sclerosis. American Journal of Occupational Therapy. 2009; 63(6): 772-781.
8. Finlayson M, Impey MW, Nicolle C, Edwards J. Self-care, productivity and leisure limitations of people with multiple sclerosis in Manitoba. Canadian Journal of Occupational Therapy. 1998; 65(5):299-308.
9. Einarsson, U. People with multiple sclerosis in Stockholm - aspects of motor and cognitive function, activities of daily living and social/lifestyle activities. 2006. Stockholm: Karolinska University Press.
10. Doble, S. E., Fisk, J. D., Fisher, A. G., Ritvo, P. G., & Murray, T. J. (1994). Functional competence of community-dwelling persons with multiple sclerosis using the assessment of motor and process skills. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 75(8), 843-851.
11. Landfeldt, E., Castelo-Branco, A., Svedbom, A. et al. (2016). Sick leave and disability pension before and after diagnosis of multiple sclerosis. Multiple Sclerosis, 22(14), 1859-1866.
12. Townsend G. Supporting people with Multiple Sclerosis in employment: A United Kingdom survey of current practice and experience. British Journal of Occupational Therapy 2008; 71(3):103-111.

13. Van Denend T. Employment needs of people with multiple sclerosis: a review of current literature and application to occupational therapy practice. *Occupational Therapy in Health Care*. 2006; 20(1):61-77.
14. Gottberg, K. Studies of people living with multiple sclerosis in Stockholm county : evaluation of methods for data collection and aspects of functioning and use of health care services. 2006. Stockholm: Karolinska University Press.
15. Lundmark P, Bränholm IB. Relationship between occupation and life satisfaction in people with multiple sclerosis. *Disability and Rehabilitation*. 1996; 18(9):449-453.
16. Magnus E. Everyday occupations and the process of redefinition: a study of how meaning in occupations influences redefinition of identity in women with disability. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2001; 8(3):115-124.
17. Reynolds F, Prior S. "Sticking jewels in your life": exploring women's strategies for negotiating an acceptable quality of life with multiple sclerosis. *Qualitative Health Research*. 2003; 13(9):1225-1251.
18. Lexell EM, Iwarsson S, Lund ML. Occupational adaptation in Multiple Sclerosis. *OTJR – occupation, participation and health*. 2011; 31(3):127-134.
19. Kouzoupis AB, Paparrigopoulos T, Soldatos M, Papadimitriou GN. The family of the multiple sclerosis patient: a psychosocial perspective. *International Review of Psychiatry*. 2010; 22(1):83-89.
20. Turpin M, Leech C, Hackenberg L. Living with parental multiple sclerosis: children's experiences and clinical implications. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2008; 75(3):149-156.
21. Fisher AG. *Occupational Therapy Intervention Process Model: A model for planning and implementing top-down, client-centered, and occupation-based interventions*. Fort Collins, CO: Three Star Press; 2009.
22. Fisher, A.G., & Nyman, A. (2007). OTIPM: En model för ett professionellt resonemang som främjar bästa praxis i arbetsterapi. FoU-rapport Nr.:9. Nacka: Förbundet Sveriges arbetsterapeuter.
23. Törnquist, K., & Sonn, U. (2001). ADL-taxonomin: en bedömning av aktivitetsförmågan. Nacka. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.
24. Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H., Pollock, N. (1998). *The Canadian Occupational Performance Measure*. (3rd. ed.). Ottawa, ON: CAOT Publications.

25. Lexell EM, Flansbjer UB, Lexell J. Self-perceived performance and satisfaction with performance of daily activities in persons with Multiple Sclerosis following interdisciplinary rehabilitation. *Disability and Rehabilitation* 2013; 36: 373-378.
26. Granger, C. V., Cotter, A. C., Hamilton, B. B., Fiedler, R. C., Hens, M. M. (1990). Functional assessment scales: a study of persons with multiple sclerosis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 71(11), 870-875.
27. Fisher, A. G. (2006). *Assessment of Motor and Process Skills: Volume I – Development, standardization, and administration manual*. (6th. ed.). Fort Collins: CO, Three Star Press, Inc.
28. Kjellberg, A., Haglund, L., Forsyth, K., & Kielhofner, G. The measurement properties of the Swedish version of the Assessment of Communication and Interactions Skills. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2003; 17(3), 271-277.
29. Center for Innovative Solutions. Evaluation of Social Interaction. <http://innovative-otsolutions.com/tools/esi> (hämtad 171026).
30. Sandqvist, J. Bedömningsinstrument Assessment of Work Performance (AWP) version 2.0. <https://liu.se/artikel/awp> (hämtad 2017-10-26).
31. Iwarsson, S., & Slaug, B. (2000). *Housing Enabler. Ett instrument för bedömning av tillgänglighetsproblem i boendet*. Nävlinge & Staffanstorp: Vetem & Skapen HB, Slaug Data Management AB.
32. Bovend'Eerd TJH., Botell, RE., & Wade, DT. Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide *Clinical Rehabilitation* 2009; 23: 352–361.
33. Vardagsrevidering. <http://www.medvetenvardag.se/var dagsrevidering-redo/> (hämtad 171026).
34. Packer TL, Brink N, Sauriol A. *Managing fatigue: A six-week course for energy conservation*. Tucson, AZ: Therapy Skill Builders;1995.
35. Packer T, Brink N, Sauriol A, av Öob, Månsson Lexell E, Haglund L. *Fatigue Management - En sex-veckors kurs för att lära sig hantera fatigue i sin vardag* (svensk version av av *Managing Fatigue – A six-week course for energy conservation*.). Stockholm: 2017. Hämtad 2017-04-26 från: <http://www.arbetsterapeuterna.se/Min-profession/Kompetensutveckling/Forbundets-forlag/Fatigue-Management/>.
36. Khan F, Turner-Stokes L, Ng L, Kilpatrick T. Multidisciplinary rehabilitation for adults with multiple sclerosis. *Cochrane Database Systematic Review*. 2007(2):CD006036.

37. Baker NA, Tickle-Degnen L. The effectiveness of physical, psychological, and functional interventions in treating clients with multiple sclerosis: a meta-analysis. *American Journal of Occupational Therapy*. 2001; 55(3):324-331.
38. Steultjens EM, Dekker J, Bouter LM, Cardol M, Van de Nes JC, Van den Ende CH. Occupational therapy for multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003 (3):CD003608.
39. Maitra K, Hall C, Kalish T, Anderson M, Dugan E, Rehak J, et al. Five-year retrospective study of inpatient occupational therapy outcomes for patients with multiple sclerosis. *American Journal of Occupational Therapy* 2010; 64(5):689-694.
40. Khan F, Ng L, Turner-Stokes L. Effectiveness of vocational rehabilitation intervention on the return to work and employment of persons with multiple sclerosis. *Cochrane Database Systematic Review* 2009(1):CD007256.
41. Sweetland, J., Howse, E., & Playford, ED. A systematic review of research undertaken in vocational rehabilitation for people with multiple sclerosis. *Disability and Rehabilitation*, 2012; 34:24, 2031-2038, DOI: 10.3109/09638288.2012.669019.
42. Yu, C.-H., & Mathiowetz, V. (2014). Systematic review of occupational therapy-related interventions for people with multiple sclerosis: Part 1. Activity and participation. *American Journal of Occupational Therapy*, 68, 27-32.
43. Yu, C.-H., & Mathiowetz, V. (2014). Systematic review of occupational therapy-related interventions for people with multiple sclerosis: Part 2. Impairment. *American Journal of Occupational Therapy*, 68, 33-38.
44. Mathiowetz V, Matuska KM, Murphy ME. Efficacy of an energy conservation course for persons with multiple sclerosis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2001; 82(4):449-456.
45. Vanage SM, Gilbertson KK, Mathiowetz V. Effects of an energy conservation course on fatigue impact for persons with progressive multiple sclerosis. *American Journal of Occupational Therapy*. 2003; 57(3):315-323.
46. Mathiowetz VG, Finlayson ML, Matuska KM, Chen HY, Luo P. Randomized controlled trial of an energy conservation course for persons with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis* 2005; 11(5):592-601.
47. Matuska K, Mathiowetz V, Finlayson M. Use and perceived effectiveness of energy conservation strategies for managing multiple sclerosis fatigue. *American Journal of Occupational Therapy*. 2007; 61(1):62-69.
48. Mathiowetz VG, Matuska KM, Finlayson ML, Luo P, Chen HY. One-year follow-up to a randomized controlled trial of an energy conservation course for persons with

- multiple sclerosis. *International Journal of Rehabilitation Research*. 2007; 30(4): 305-313.
49. Finlayson M. Pilot study of an energy conservation education program delivered by telephone conference call to people with multiple sclerosis. *NeuroRehabilitation* 2005; 20(4):267-277.
 50. Finlayson M, Preissner K, Cho C, Plow M. Randomized trial of a teleconference-delivered fatigue management program for people with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*. 2011; 17(9):1130-1140.
 51. Finlayson M, Holberg C. Evaluation of a teleconference-delivered energy conservation education program for people with multiple sclerosis. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2007; 74(4):337-347.
 52. Lamb AL, Finlayson M, Mathiowetz V, Chen HY. The outcomes of using self-study modules in energy conservation education for people with multiple sclerosis. *Clinical Rehabilitation*. 2005; 19(5):475-481.
 53. Garcia-Burguillo MP, Aguila-Maturana AM. Energy-saving strategies in the treatment of fatigue in patients with multiple sclerosis. A pilot study. *Revista de Neurologica*. 2009; 49(4):181-185.
 54. Shevil E, Finlayson M. Perceptions of persons with multiple sclerosis on cognitive changes and their impact on daily life. *Disability and Rehabilitation*. 2006; 28(12): 779-788.
 55. Shevil E. Developing and pilottesting a cognitive intervention program for persons with Multiple Sclerosis. 2008. University of Illinois, Chicago.
 56. Shevil E, Finlayson M. Process evaluation of a self-management cognitive program for persons with multiple sclerosis. *Patient Education and Counseling*. 2009; 76(1): 77-83.
 57. Lincoln NB, Dent A, Harding J, Weyman N, Nicholl C, Blumhardt LD, Playford ED. Evaluation of cognitive assessment and cognitive intervention for people with multiple sclerosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. 2002; 72(1):93-98.
 58. Shevil E, Finlayson M. Pilot study of a cognitive intervention program for persons with multiple sclerosis. *Health Education Research*. 2010; 25(1):41-53.
 59. Johnson KL, Bamer AM, Yorkston KM, Amtmann D. Use of cognitive aids and other assistive technology by individuals with multiple sclerosis. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*. 2009; 4(1):1-8.

60. Gentry T. PDAs as cognitive aids for people with multiple sclerosis. *American Journal of Occupational Therapy*. 2008; 62(1):18-27.
61. Souza A, Kelleher A, Copper R, Cooper RA, Iezzoni L, Collins DM. Multiple sclerosis and mobility-related assistive technology: Systematic review of literature. *Journal of Rehabilitation Research & Development*. 2010; 47(3):213-224.
62. Flensner G, Lindencrona C. The cooling-suit: a study of ten multiple sclerosis patients' experiences in daily life. *Journal of Advanced Nursing*. 1999; 29(6):1444-1153.
63. Kinnman J, Andersson T, Andersson G. Effect of cooling suit treatment in patients with multiple sclerosis evaluated by evoked potentials. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*. 2000; 32(1):16-19.
64. Nilsagård Y, Denison E, Gunnarsson L-G. Evaluation of a single session with cooling garment for persons with multiple sclerosis - a randomized trial. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*. 2006; 1(4):225-233.