

ver inte remitteras till annan mottagning för kompletterande medicinsk eller psykiatrisk bedömning. I teamet ska samtliga kompetenser finnas: medicinsk/neurologisk/psykiatrisk, psykologisk/neuropsykologisk, logopedisk, motorisk, pedagogisk och social. Alla typer av funktionsbedömningar – kognitiva, språkliga, motoriska, adaptiva, pedagogiska och sociala – sker inom ESSENCE-teamet, liksom den medicinska bedömningen.

När den primära utredningen är klar tas ställning till den medicinska uppföljningen, annan uppföljning och till det

fortsatta stödet. Efter utredning kan uppföljning ske i ESSENCE-teamet, inom barnmedicin, inom barnneurologi, inom barn- och ungdomspsykiatri eller inom habilitering, utifrån problembild och behov. De barn/ungdomar som fått en diagnos tillhörande någon av habiliteringens målgrupper följs upp i denna enhet och har sin läkare inom habilitering eller pediatrik/neuropediatrik eller inom barn- och ungdomspsykiatri beroende på behov och lokal organisation. Barn som inte tillhör målgrupperna för habiliteringen men är i behov av motsvarande stöd ska erbjudas

detta via ESSENCE-teamet. Det gäller till exempel barn med ADHD.

ESSENCE-teamet skulle också kunna stå för »första steget-utbildningar«, utbildningar rörande utvecklingsavvikelse och pedagogiska strategier till föräldrar, förskolor, BVC och skolor.

REFERENSER

1. Anderlid BM, Blennow E, Giacobi M, et al. Gendos-array upptäcker även små kromosomförändringar. Ger fler barn med utvecklingsavvikelse en etiologisk diagnos. *Läkartidningen*. 2010;107:1144-9.
2. Coleman M, Gillberg C. *The Autisms*. 4th ed. New York: Oxford University Press; 2012.
3. Fernell E, Ek U. Borderline intellectual functioning in children and adolescents – insufficiently

ESSENCE-teamet kommer således att verka i nära samarbete med habilitering, pediatrik/neuropediatrik och psykiatri/neuropsykiatri samt med BVC och skolhälsovård/elevhälsa.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

recognized difficulties. *Acta Paediatr*. 2010;99:748-53.

4. Lundström S, Chang Z, Råstam M, et al. Autism spectrum disorders and autistic like traits: similar etiology in the extreme end and the normal variation. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69:46-52.
5. Gillberg C. *The ESSENCE in child psychiatry: Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations*. *Res Dev Disabil*. 2010;31:1543-51.

Sängläge vid risk för prematurbörd kan göra mer skada än nytta

■ Rekommendation om sängläge är vanligen första åtgärd vid hotande prematurbörd (förlossning vid 22+0–36+6 graviditetsveckor), för tidig livmoderhalsutmognad, preeklampsi eller komplicerad multipel graviditet. Det förefaller dock finnas begränsat stöd i litteraturen för att sängläge verkligen förhindrar prematurbörd och förbättrar graviditetsutfallet [1, 2]. De rapporter som finns manar tvärtom till stor restriktivitet. Den samlade bilden talar närmast för att sängläge kan ha skadlig inverkan på såväl mor som barn. Många har också argumenterat för att denna praxis tillkommit i huvudsak för att skydda vårdgivaren från kritik om utgången skulle bli olycklig [3-5].

Prematurbörd förekommer i 5–8 procent av alla förlossningar i västvärlden och i upp till 25 procent av alla förloss-

ningar i utvecklingsländer. Hela 70 procent av all perinatal morbiditet och mortalitet beror på prematurbörd, och siffran ökar med kortare gestationslängd [6].

Vila har rekommenderats sedan 1900-talets början för att minska fysisk påfrestning och stressrelaterade symtom under graviditet eftersom tungt fysiskt arbete och extrem stress anses öka risken för prematurbörd. I dag rekommenderas vila av mer än 90 procent av alla obstetrikare [5].

Vilan kan vara partiell eller total. Vid total vila rekommenderas sängläge på sjukhusavdelning eller i hemmet. Kvinnan får gå upp endast i samband med måltid, toalettbesök och tvätt. Ofta ges trombosprofylax. Det är väl underbyggt att sängläge redan efter några få dygn medför ökad diures, minskad plasmavolym, elektrolytförlust, muskelatrofi och förhöjt blodtryck.

Ett längre planläge ökar också risken för trombos och prematurbörd <34 graviditetsveckor. Det har sannolikt

även en negativ inverkan på vårt immunförsvar.

Studier visar att det finns risk för psykosociala följder som ökad stress och depression hos kvinnan, liksom ett minskat välbefinande för familjen som helhet. Risken för ekonomiska förluster bör också beaktas [3-5]. Vid en jämförelse mellan vila på sjukhus och i hemmet tyder ett flertal väl överensstämmande studier på att vila i hemmet ger ett gynnsammare utfall vad gäller prematurbörd, spädbarnsdödlighet, födelsevikt och Apgar-poäng, men även vad gäller stress och depression hos modern [5].

Vill vi mana till försiktighet vad gäller ordination av sängläge och samtidigt understrika behovet av fler randomiserade studier på området. Preventiva åtgärder som familjeplanering och tidig mödravårdskontakt bör inte heller försummas. Det är också viktigt att komma ihåg att mindre än hälften av alla kvinnor som söker med tecken på hotande prematurbörd verkligen föder för tidigt [7].



Foto: Colourbox

Här manas till försiktighet vad gäller ordination av sängläge vid hotande prematurbörd.

Monika Cardell
med dr, överläkare
Ylva Vladic Stjernholm
docent, överläkare
kvinnokliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Solna
ylva.vladic-stjernholm@karolinska.se

REFERENSER

1. Sosa C, Althabe F, Beltzian J, et al. Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(1):CD003581.
2. Sciscione AC. Maternal activity restriction and the prevention of preterm birth. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;202(3):232.e1-5.
3. Bigelow C, Stone J. Bed rest in pregnancy. *Mt Sinai J Med*. 2011;78:291-302.
4. Maloni JA. Antepartum bed rest for pregnancy complications: efficacy and safety for preventing preterm birth. *Biol Res Nurs*. 2011;12:106-24.
5. Lang CT, Iams JD. Goals and strategies for prevention of preterm birth: an obstetric perspective. *Pediatr Clin North Am*. 2009;56(3):537-63.

LÄS MER Fullständig referenslista *Läkartidningen.se*