

ling og blodsukkerovervåking av geriatrike pasienter som ikke er i stand til å iverksette slik behandling selv.

Selv om Johansen & Birkeland har rett i at insulinbehandling ikke har vært forbundet med økt forekomst av makrovaskulære komplikasjoner, må det være tillatt å stille spørsmål ved om ressursene i diabetesomsorgen brukes fornuftig. Jeg prøver her å antyde at fokus i større grad må utvides fra glykemisk kontroll til forebygging av makrovaskulære komplikasjoner.

#### Eivind Meland

Institutt for samfunnsmedisinske fag  
Universitetet i Bergen

#### Litteratur

1. Johansen OE, Birkeland KI. Misvisende om insulin til diabetikere. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2247.
2. UK Prospective Diabetes Study Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). Lancet 1998; 352: 837–53.
3. UK Prospective Diabetes Study Group. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). Lancet 1998; 352: 854–65.
4. UK Prospective Diabetes Study Group. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. BMJ 1998; 317: 703–13.
5. Claudi T, Cooper JG, Hausken MF et al. Risikointervensjon ved diabetes i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1508–10.

#### O.E. Johansen & K. Birkeland svarer:

Det er ingen uenighet om at moderne medikamentell behandling av type 2-diabetes er multifaktoriell og inkluderer blodtrykkssenkende og lipidsenkende medikamenter i tillegg til acetylsalisylsyre og ev. ACE-hemmer til pasienter med høy risiko for hjerte- og karsykdommer. Men det var ikke temaet for innlegget vårt. Det vi påpekte var at insulinbehandling for det første ikke fører til økt kardiovaskulær sykdom, og for det andre kan senke blodglukosenivået hos de fleste pasienter med type 2-diabetes, når det er nødvendig. Det kan det være for å fjerne symptomer på hyperglykemi. Ofte er det den viktigste grunnen til å behandle eldre pasienter med insulin. Da er målet ikke å redusere risikoen for senkomplikasjoner, men å øke livskvaliteten, som ofte er redusert når blodglukoseverdiene regelmessig ligger over 12–13 mmol/l.

Vi påpekte også at god blodsukkerkontroll kan redusere risikoen for diabetisk øyesykdom, nyresykdom og nervesykdom, som ikke bør bagatelliseres. I mange land er det nå flere pasienter med type 2-diabetes enn pasienter med type 1-diabetes som når terminal, transplantasjonskrevende nyresvikt, fotsårskomplikasjoner er som kjent forbundet med svært høye kostnader. I vestlige land er diabetes ledende årsak til blindhet.

Vi deler Eivind Melands bekymring for vektøkning ved insulinbehandling, og ser frem til alternative blodglukosesenkende behandlingsformer som måtte komme. Men i dag er insulinbehandling den behandlingsform som kan redusere blodglukosenivået hos flest pasienter med type 2-diabetes når deres egen insulinsekresjon svikter etter mange års sykdom.

#### Odd Erik Johansen

Sykehuset Asker og Bærum

#### Kåre Birkeland

Aker universitetssykehus

## Telling av fosterbevegelser – dokumentasjon mangler

Frøen og medarbeidere presenterte i Tidsskriftet nr. 19/2005 nye retningslinjer for gravide (1). De skal få brosjyren *Tell trivselen*, inkludert et sparkeskjema, ved rutineultralyscreening, og motiveres til å kjenne etter fosteraktivitet hver dag i tredje trimester.

I 2002 var den perinatale dødeligheten i Norge under 5 per 1 000 fødte, det betyr mer enn en halvering de siste 25 år. Den perinatale dødelighet i Norge er nå så lav at man ikke kan forvente noe særlig videre fall (2).

Hvis vi skal gi anbefalinger til friske personer, bør vi være sikre på at det er mer til nytte enn til skade. Screening er aldri harmløst. De foreslåtte anbefalingene tilfredsstiller ikke de krav til dokumentasjon som bør stilles til en screeningundersøkelse. De er ekspertbaserte og ikke utarbeidet etter allment anerkjente metoder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer. Anbefalingene er i strid med de nye retningslinjene for svangerskapsomsorgen fra Sosial- og helsedirektoratet (3). Disse anbefalingene bygger på en stor randomisert studie som ikke viste effekt av rutinemessig registrering av fosteraktivitet (4). Det foreligger ingen annen god dokumentasjon på at rutinemessig telling av fosterbevegelser hos alle gravide gjør mer nytte enn skade. I protokollen for Cochrane-oversikten om effekt av telling av fosterbevegelser heter det: «Fetal movement counting might potentially reduce fetal death and asphyxia by precipitating timely intervention. On the other hand, it might induce anxiety in the mother and increase obstetric interventions and prematurity. It is important to establish whether in practice benefits outweigh risks or vice versa» (5).

De gravide kan nå ved ultralyscreening ved fødeavdelingene bli møtt med råd om å registrere fosteraktiviteten, mens leger og jordmødre som følger de nye nasjonale retningslinjene, forteller dem at det er unødvendig. Dette vil være uheldig. De nye retningslinjene er, som forfatterne selv understreker, ikke basert på sikker kunnskap om

at telling av fosterbevegelser reduserer forekomsten av intrauterin forsterdød. Telling kan føre til bekymring og til unødvendige og skadelige tiltak. Kvalitetssikringsprosjektet Femina er lagt opp slik at vi dessverre ikke vil ha mulighet til å evaluere effekten av *Tell trivselen* på en god måte.

#### Signe Flottorp

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

#### Litteratur

1. Frøen JF, Saastad E, Tveit JV et al. Store praksisvariasjoner ved redusert fosteraktivitet. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2631–4.
2. Melve K. Perinatal dødelighet halvert. Nytt fra Folkehelseinstituttet 2005; nr. 3.
3. Klovning A, Backe B, Eide BI et al, red. Retningslinjer for svangerskapsomsorgen. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2005.
4. Grant A, Elbourne D, Valentin L et al. Routine formal fetal movement counting and risk of antepartum late death in normally formed singletons. Lancet 1989; 2: 345–9.
5. Mangesi L, Hofmeyr GJ. Fetal movement counting for assessment of fetal well-being. Protocol. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 3.

#### J.F. Frøen og medarbeidere svarer:

Signe Flottorp gir oss anledning til å rette opp flere misforståelser.

Dødfødsler kan forebygges. I Femina konkluderer rapporterende leger at fire tideler «kunne vært unngått». Omsorgssvikt er prevalent ved dødfødsler, deriblant ved «lite liv». Dødsfall, veksthemming, for tidlig fødsel og lite liv er sterkt assosiert. Svangerskapsomsorgen har her et stort forbedringspotensial.

Å informere de gravide om fosterbevegelser, å anbefale dem å kjenne etter hver dag og å kontakte helsepersonell hvis det er lite liv og utredning av lite liv – intet av dette har støtte i randomiserte studier. Det gjelder også bruk av fallskjerm ved fritt fall (1). Flottorp blir bekymret når helhetlig informasjon inkluderer og omtaler sparkeskjema som et enkelt hjelpemiddel og oppfordrer til bruk og innlevering til forskningsformål. Bruk av skjemaet skal gi større årvåkenhet, redusere risikoatferd, hjelpe kvinner med å skille mellom normal og avvikende variabilitet og gi kunnskapsbaserte tommelfingerregler i tvilstilfeller. Dette er ikke noen studie for eller imot sparketelling eller screening, men kvalitetsheving av informasjon til gravide.

«Sikker evidens» oppnås fra randomiserte studier, men «randomisert» er ikke synonymt med «god kunnskap». Studien Flottorp henviser til, dreide seg utelukkende om hvorvidt bare de 10 % med høyest risiko skulle telle eller om alle skulle, men kontrollpersonene ble «forurenset» pga. skriftlig informasjon om tellestudien med dødfødsler der de selv ikke skulle telle. I hele studiepopulasjonen var det en betydelig redusert dødfødselsrate. En presentasjon i Genève av den planlagte Cochrane-oversikten Flottorp nevner, tyder på at de vil

ekskludere denne enslige studien som er omtalt i retningslinjene for svangerskapsomsorgen (2). Pasient-kontroll-studier viser betydelig reduksjon i dødelighet og ikke mer bekymring ved telling, men studier av unødvendige intervensjoner og sykkelighet finnes ikke (3).

Med unntak av én enkelt uheldig setning i informasjonen til gravide om de nye retningslinjene (4) har vi ikke samme konfliktfokus overfor retningslinjene som Flottorp har. Vi utfyller der retningslinjer mangler. Retningslinjenes «anbefaler foreløpig ikke» må ikke leses som fraråding av sparketelling, noe det totalt mangler dokumentasjon for. Vi oppfyller den kanskje viktigste påpeking i retningslinjene: Behovet for forskning omkring fosteraktivitet for å bedre svangerskapsomsorgen. Leger og jordmødre vil kunne forstå og forklare gravide dette. Vi tror på god oppslutning blant dem som møter dette betydelige problemområdet i hverdagen. Flottorp tar feil i sin «kvalitetsbekymring» for forskning hun kun kjenner overfladisk. Om det skyldes en oppfatning av at kun «randomisert» tilsvarende «god kunnskap», blir det flere av dem som med oss tror på fallskjerm som blir bekymret (1). Mer informasjon finnes på [www.telltrivselen.no/femina/helsepersonell](http://www.telltrivselen.no/femina/helsepersonell).

#### J. Frederik Frøen

Nasjonalt folkehelseinstitutt

#### Litteratur

1. Smith GCS, Pell JP. Parachute use to prevent death and major trauma related to gravitational challenge: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ* 2003; 327: 1459–61.
2. Mangesi L. Fetal movement counting for assessing fetal well-being: a draft systematic review. [www.gfmer.ch/Medical\\_education\\_En/PGC\\_RH\\_2005/pdf/Fetal\\_movement.pdf](http://www.gfmer.ch/Medical_education_En/PGC_RH_2005/pdf/Fetal_movement.pdf) (21.11.2005).
3. Frøen JF. A kick from within – fetal movement counting and the cancelled progress in antenatal care. *J Perinat Med* 2004; 32: 13–24.
4. Frøen JF, Saastad E, Tveit JV et al. Store praksisvariasjoner ved redusert fosteraktivitet. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 2631–4.

## Slagpasienter og syn

Med både bekymring og lettelse ser jeg at bilkjøring og slagpasienter er tema for to artikler i *Tidsskriftet* nr. 19/2005 (1, 2). I den ene skriver Sven-Mårten Samuelsson «Det var ibland tilfälligheter att en homonym hemianopsi upptäcktes, t.ex. vid undersökning hos optiker. Flera av patienterna med homonym hemianopsi körde bil flera månader, ibland mer än ett år, innan hemianopsin upptäcktes» (2).

Tilfeldig? Hvor mange har vi som optikere tilfeldig oppdaget med hemianopsier, diploper eller for dårlig visus? Det mest utrerte eksemplet var den slagrammede mannen med afasi som ikke klarte å svinge inn på veier til venstre. Hans kone fortalte uproblematisk: «Da pleier jeg å styre og han å kjøre!» Donders test avslørte homonym hemianopsi. I erindringen er også

trailersjåføren med tilsvarende uoppdaget hemianopsi. Et epilepsianfall resulterer i midlertidig kjørestopp. Hva med de slagrammede?

Undertegnede deltok i 1995 i Eldreprosjektet i Oppland (3) sammen med øyelege Bjørn Simensen og synspedagog Eivind Sverre. Et utvalg pensjonister i Vestre Toten kommune fikk oftalmologisk og optometrisk undersøkelse og ble intervjuet av synspedagog. Flere inviterte våget ikke å delta i studien av frykt for å miste førerkortet. En slagrammet bilende mann med afasi klarte ikke uttrykke hva som var galt. Tester avslørte vertikal diplopi. Han smilte da prismeglass halverte synsinntrykkene. En tungheørt, monokulær mann i 80-årene med beste visus 0,4 disponerte tre biler, blant annet en BMW og en Porsche!

219 eldre (av 283 inviterte) med gjennomsnittsalder 75 år, deltok i studien, hvorav 56 % kvinner. 16 % levde som svaksynte, men trengte ny brillekorreksjon. 6 % var reelt svaksynte, dvs. visus < 0,3. 45 % hadde førerkort, den eldste var 87 år gammel. 20 % av dem som kjørte bil, tilfredsstilte ikke førerkortforskriftens visuskrav. Ny refraksjon gav alle bilistene visus > 0,5. 32 % hadde feilaktig ikke påskrift i førerkortet om at de skulle bruke briller under kjøring. 28 % syntes de kunne kjøre bil uten briller selv om undersøkelsene viste noe annet.

Førerkortforskriftens § 5 sier at den del av legeattesten som gjelder syn, kan erstattes av attest fra offentlig godkjent optiker dersom synsnedsettelsen skyldes brytningsfeil i øyet. Optikerens hovedoppgave er å kartlegge og forbedre synsfunksjonen. Optikere har praksis i folks nærrområde, har kort ventetid og er vant til å kommunisere tverrfaglig. Mange har tilgang til synsfeltinstrumenter. Stadig flere optikere tar masterstudier i klinisk optometri. Optikerne bruker god tid i sine undersøkelser.

Eldreprosjektet viste at det ligger et stort visusmessig potensial hos eldre. Optikerne er en ressurs som kan bidra i en tverrfaglig innsats når det legges strategier for en rutinemessig og ikke tilfeldig oppfølging av slagpasienten.

#### Tone E. Walberg

optiker  
Gjøvik

#### Litteratur

1. Brækhus A. Leger, helse og førerkort. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 2609.
2. Samuelsson S-M. Läkares kontroll av körkortsfrågor efter slaganfall. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 2610–2.
3. Walberg T. Eldreprosjektet i Oppland. *Optikeren* 1998, nr. 5, 4–13.

#### S.-M. Samuelsson svarer:

Optiker Tone E. Walbergs utmerkta inlägg styrker min oppfatning att ett antal bilförare – av hälsomässiga skäl – inte borde köra bil. Dessa problem existerar troligen

inte endast i Finnmark och Oppland utan även i många andra regioner i Norge. Pga. bristande rutiner fångas dessa bilförare inte upp inom akut- eller primärsjukvården.

Min undersökning omfattade sjukdomsgruppen akut slagdrabbade. Men det finns troligen även många andra sjukdomsgrupper där körkortsfrågan missas inom akut-sjukvården eller primärsjukvården, t ex demenssjukdomar. Slutligen, bilförare med exempelvis visusnedsättning pga. refraktionsfel kan med relativt enkla åtgärder, glasögonkorrektion, förbättra sitt visus om de kommer till optikers eller sjukvårdens kännedom.

Avdelingen for fysikalsk terapi och rehabilitering («rehab-avdelingen») i Helse Finnmark har haft några möten tillsammans med representanter för Statens vegvesen, politidistrikt och Fylkesmannen, bl.a. fylkeslege, i de tre nordligaste fylkena. Vi har kommit fram till att samarbetsrutinerna bör kunna förbättras. Men problemen är så pass generella att vi menar att en nationell översyn – mellan Statens helsetilsyn och Vegdirektoratet – bör komma till stånd.

Ett trafikmedicinskt centrum bör inrättas i varje fylke, i Finnmark exempelvis på «rehab-avdelingen» i Kirkenes. Förslagsvis bör samtliga slagpatienter undersökas på centret av ett tvärfackligt team 1–3 månader efter det akuta slagtilfallet. Då kan behov av vidare rehabilitering kartläggas och adekvata åtgärder insättas. I denna undersökning bör även ingå en kartläggning av förmågan att köra bil. Men sådan kartläggning skall göras inte bara hos slagpatienter utan även hos andra utvalda sjukdomsgrupper. I teamet bör ingå synpedagog och neuropsykolog, bristvaror i norra Norge. Vill helseforetakene ge resurser till sådana centra?

«Rehab-avdelingen» i Kirkenes har sedan 1997 ett välfungerande tvärfackligt team för körkortsbedömningar (1). I teamet ingår rehabiliteringsläkare, ögonläkare, ergoterapeut och körskollärare. Eftersom patienterna kommer på remiss, är det dock ganska slumpartat vilka personer som blir kartlagda, vilket är en stor nackdel.

Walbergs förslag att optiker bör delta i tvärfackligt team vid körkortsbedömningar är utmärkt. Sådana team borde kunna inrättas inom t ex primärsjukvården. Slagpatienter är en ganska svårbedömd sjukdomsgrupp och bör nog första gången undersökas av ett team på «rehab-avdelingen». Men vid uppföljning av dessa patienter borde optiker kunna utnyttjas mycket mer än vad som sker idag.

#### Sven-Mårten Samuelsson

Kirkenes sykehus

#### Litteratur

1. Wik Rushfeldt J, Samuelsson SM, Petersen M et al. Kan ergoterapeuter teste den kognitive funksjonen ved førerkortvurderinger? Erfaringer fra Kirkenes med det nye screeningsinstrumentet Nordic Stroke Driver Screening Assessment. *Ergoterapeuten* 2005; 48: nr. 5.