

ble erstattet av vanfør > handikappet > funksjonshemmet > person med funksjonshemming > person med nedsatt funksjonsevne, eller hvordan gamle hjem ble til aldershjem > sykehjem > bolig for eldre > bo- og rehabiliteringssenter (3). Man forsøker seg på omskrivninger og nye måter å si vanskelige ting på, men som regel varer det ikke lenge før de negative konnotasjonene følger etter, som nissen på lasset. Når et ord blir negativt ladet, finner vi på et nytt. Det blir fort en lang, lang rekke (3).

Antakelig spiller det ikke så stor rolle hva Frahm Jensen og jeg måtte mene. Dersom mange nok synes at «pasient» er et ugreit begrep, ja, da blir det nok ugreit (4).

#### Erlend Hem

erlend.hem@medisin.uio.no

Erlend Hem (f. 1970) er dr.med. og assisterende sjefredaktør i Tidsskriftet. Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Ny rettskrivning 1938: bokmål: regler og ordliste: utarbeidd etter tiltak av Kirke- og undervisningsdepartementet. Oslo: Olaf Norlis forlag, 1938: 45.
2. Hem E. Det vanskelige ordet angivelig. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 1637.
3. Halvorsen BE. Utgått på dato. A-magasinet 16.3.2012: 26–31.
4. Lund J. Negre, sopere, krøplinger og idioter. Aftenposten 12.4.2013. [www.aftenposten.no/meninger/kommentarer/Negre\\_sopere\\_kroplinger-og-idioter-7171818.html](http://www.aftenposten.no/meninger/kommentarer/Negre_sopere_kroplinger-og-idioter-7171818.html) [3.6.2013].

## Akutfaseprotein og/eller jernlager

Jeg viser til oversiktsartikkelen av Ulvik og medarbeidere i Tidsskriftet nr. 8/2013 om kosttilskudd ved jernmangel, hvor de beskriver effekten av jerntilskudd hos friske voksne forsøkspersoner med jernmangel (1). Jeg ønsker å utfordre enkelte biokjemiske analyser og resultater presentert i studien.

Ferritin er et akutfaseprotein og stiger ved aktive prosesser. I studien er det en god beskrivelse av plagsomme bivirkninger ved bruken av både hemjern og jernsalt. Det oppgis at 58 % av deltakerne i høydosegruppen rapporterte om symptomer på gastrointestinale bivirkninger. Samtidig vises det til en økning i ferritin fra 9,5 µg/l til 22,5 µg/l, og endringen tolkes som økte jernlagre etter jernbehandling.

I lavdosegruppen måles stigningen i ferritin fra 10 µg/l til 17 µg/l, med innrapporterte symptomer på gastrointestinale bivirkninger hos 35 % av forsøkspersonene. Konklusjonen er at stigningen av ferritin kan skyldes bivirkningene, snarere enn økte jernlagre, og at høydosejern forårsaket større bivirkninger enn lavdosejern.

I studien viser man også til stigningen i hemoglobin i høydosegruppen fra 12,5 g/dl til 12,9 g/dl, og i lavdosegruppen fra 12,8 g/dl til 13,2 g/dl. Endringene betegnes som signifikante.

På basis av analysevariasjon 1 % og intraindividuell biologisk variasjon på 3 % mener jeg imidlertid at forskjellen burde ha endret seg med mer enn 8 % for at endringen skulle bli statistisk signifikant (2). Etter mitt skjønn kan endringen i hemoglobin på 0,4 g/dl dermed ikke være signifikant, da stigningen måtte vært på minst 1,0 g/dl.

#### Krystyna Sandvik

krystyna.sandvik@ous-hf.no

Krystina Sandvik (f. 1959) er bioingeniør ved Avdeling for medisinsk biokjemi, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Ulvik RJ, Møller R, Hervig T. Kosttilskudd med jern ved jernmangel. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 845–9.
2. Lyngbye J, Kjær A, Ladefoged S et al. red. Lyngbyes laboratoriemedicin. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 2010.

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 25.4. 2013. <http://tidsskriftet.no/article/2998257/>

## R. J. Ulvik svarer:

Krystyna Sandvik stiller et interessant spørsmål om økningen i s-ferritin kan skyldes en akutfasereaksjon forårsaket av toksiske reaksjoner i tarmen som er utløst av jerntabletter. Det forutsetter i så fall at akutfasereaksjonen har en styrke og varighet som er stor nok til å stimulere syntese av ferritin og gi en forbigående økning av s-ferritin. Alvorlighetsgraden vurderes ut fra det kliniske bildet med feber som et viktig symptom, og om det er økning av andre akutfasereaktanter, særlig CRP (1). I vår studie var de kliniske bivirkningene av det milde slaget i form av obstipasjon, diaré og mageknip. Ferritinnivået i serum var jevnt økende, og ingen fikk påvist økt CRP-nivå. Det er derfor lite sannsynlig at behandlingen utløste en akutfasereaksjon som var alvorlig nok til alene å forklare økningen i s-ferritin.

Sandvik stiller også spørsmål om økningen av medianverdien for hemoglobin innen behandlingsgruppene er signifikant. Vi har brukt Wilcoxon's signed ranks-test som viser hvor mange innen gruppen som fikk høyere hemoglobin enn utgangsverdien i løpet av behandlingen (2). Testen sier intet om størrelsen på endringene, men beregner sannsynligheten for at økning i hemoglobin hos deltakerne i gruppen er tilfeldig. Dette punktet kunne vært bedre presisert i artikkelen. Sandvik har på sin side med utgangspunkt i analytisk og biologisk variasjon beregnet hvor stor forskjellen må være på to etterfølgende hemoglobinprøver hos en og samme person, for at den skal være statistisk signifikant. Men det er en annen problemstilling enn vi hadde i vår studie.

#### Rune J. Ulvik

rune.ulvik@med.uib.no

Rune J. Ulvik (f. 1947) er professor ved Klinisk institutt 2 ved Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen. Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Eskeland B, Baerheim A, Ulvik RJ et al. Influence of mild infections on iron status parameters in women of reproductive age. Scand J Prim Health Care 2002; 20: 50–6.
2. Altman DG. Practical statistics for medical research. London/New York, NY: Chapman & Hall/CRC, 1991: 187–9.

## RETTELSE

En helsedirektør for vår tid

Kari Tveito

Tidsskr Nor Legeforen 2013, 133: 838–40

I intervjuet med Bjørn Guldvog i Tidsskriftet nr. 8/2013 side 838 nevnes «helseøkonom Hans Petter Waaler». Det skulle stått: *sosialøkonom* Hans Thomas Waaler.

Vi beklager feilen.