

av behandlingen, ettersom totalrisiko er aldersavhengig, og den høye alderen slår ut nesten alt annet. Et sterkt søkelys på en moderat blodtrykksforhøyelse kan utløse mye engstelse hos et gammelt menneske som for øvrig opplever mye sykdom og død rundt seg (4).

Jeg kan ikke se at tiden er moden for en generell anbefaling om screening og forebyggende behandling av friske 80–90-åringene, men klinisk forskning for å klarlegge nytte, risiko og bivirkninger av blodtrykksbehandling i denne aldersgruppen må ønskes velkommen. I denne aldersgruppen må vi først og fremst behandle sykdom og symptomer, seponere uheldige medikamentkombinasjoner og utvise forsiktighet ved medikamentelle forebyggende intervensjoner.

Bjørn Gjelsvik

bjorn.gjelsvik@medisin.uio.no

Bjørn Gjelsvik (f. 1949) er fastlege og forsker ved Avdeling for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.

Oppgitte interessekonflikter: Han har vært medlem av faggruppen som utarbeidet de nasjonale faglige retningslinjene for primærforebygging av hjerte- og karsykdom.

Litteratur

1. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. *BMJ* 2009; 338: b1665.
2. Wright JM, Musini VM. First-line drugs for hypertension. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; nr. 3: CD001841.
3. Beckett NS, Peters R, Fletcher AE et al. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med* 2008; 358: 1887–98.
4. Lipsitz LA. A 91-year-old woman with difficult-to-control hypertension: a clinical review. *JAMA* 2013; 310: 1274–80.

Dette er en redigert versjon av debatten, publisert som rask respons på nett 14.10.2013. <http://tidsskriftet.no/article/3058042/>

Endring innenfor analytisk variasjon

I Tidsskriftet nr. 17/2013 fremfører Rune Ulvik et statistisk resonanement (1), mens mitt poeng var at det måtte tas hensyn til biologisk og analytisk variasjon i tolkningen av prøvene.

I studien (2) dokumenterte Ulvik og medarbeidere at medianverdien for hemoglobin økte med 0,4 g/100 ml i både høydosegruppen og lavdosegruppen. Analytisk variasjon på 1 % med 95 % konfidensintervall for en medianverdi for hemoglobin på 12,5 g/100 ml vil tilsi en akseptabel analytisk variasjon innenfor 0,74 g/100 ml. En endring av hemoglobinnivået på 0,4 eller 0,5 g/100 ml dokumenterer etter mitt skjønn altså ikke at hemoglobinnivået har økt som følge av intervensjonen.

Krystyna Sandvik

krystyna.sandvik@ous-hf.no

Krystyna Sandvik (f. 1959) er bioingeniør ved Avdeling for medisinsk biokjemi, Universitetssykehuset i Oslo, 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. Bjørndal A, Hofoss D. Statistikk for helse og sosialfagene. Oslo: Gyldendal, 2010.

Dette er en redigert versjon av debatten, publisert som rask respons på nett 7.10.2013. <http://tidsskriftet.no/article/3058455/>

R.J. Ulvik svarer:

I vår artikkel målte vi hemoglobinnivå før og etter tilskudd med lavdose- og høydosejern (1). Differansen mellom parvise data i de to målesettene var normalfordelt. Tilfeldig variasjon forårsaket av intraindividuell biologisk variasjon og analytisk variasjon, forutsettes å være den samme ved gjentatt prøve ved to ulike tidspunkter hos samme individ (2).

I artikkelen brukte vi Wilcoxon signed-rank test som tester om medianen i fordelingen av differansene er lik eller forskjellig fra null (3). Tilsvarende parametriske test er parett t-test for gjennomsnittet i fordelingen. Disse testene danner grunnlaget for beregning av p-verdi og for vurdering av om behandlingen gir en statistisk signifikant forskjell i hemoglobinverdi ved de to måletidspunktene.

Bruk av parett t-test (ikke beskrevet i artikkelen) ga lavere p-verdi enn bruk av Wilcoxon signed-rank test: for lavdosejern 0,0002 versus 0,0004, og for høydosejern 0,003 versus 0,005. Vi har brukt anerkjente statistiske metoder for å vurdere forskjell mellom parvise data i to målesett. Det kan virke som om Sandvik mener dette er feil uten at hun har utdypet det nærmere. Jeg takker for en interessant diskusjon som herved avsluttes fra min side.

Rune J. Ulvik

rune.ulvik@k2.uib.no

Rune J. Ulvik (f. 1947) er professor og overlege ved Klinisk institutt 2 og Laboratorium for klinisk biokjemi, Universitetet i Bergen

Oppgitte interessekonflikter: Han har mottatt reisetilskudd fra Cederroth AS.

Litteratur

1. Ulvik RJ, Møller R, Hervig T. Kosttilskudd med jern ved jernmangel. *Tidsskr Nor Legeforen* 2013; 133: 845–9.
2. Altman DG. *Practical statistics for medical research*. London/New York: Chapman & Hall/CRC, 1991: 187–90.
3. Peat J, Barton B. *Medical statistics. A guide to data analysis and critical appraisal*. Oxford: Blackwell, 2005: 92.

Dette er en redigert versjon av debatten, publisert som rask respons på nett 14.10.2013. <http://tidsskriftet.no/article/3058455/>

Interessant om elsykkel

I Tidsskriftet nr. 17/2013 (1) vises det til en studie hvor man har funnet at bruk av elsykkel gir tilstrekkelig treningseffekt (2). Denne informasjonen er viktig å få frem. Mange, med meg, kvier seg for de lange, bratte bakkene. Dette kan senke terskelen. Er det noen som vet hva man kan velge av løsninger og modeller?

Tore Gutteberg

tore.gutteberg@unn.no

Tore Gutteberg (f. 1945) er overlege og professor ved Avdeling for mikrobiologi og smittevern, Universitetssykehuset Nord-Norge.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Lobben SE. Elsykkel til jobb gir treningseffekt. *Tidsskr Nor Legeforen* 2013; 133: 1812.
2. Gojanovic B, Welker J, Iglesias K et al. Electric bicycles as a new active transportation modality to promote health. *Med Sci Sports Exerc* 2011; 43: 2204–10.

Dette er en redigert versjon av debatten, publisert som rask respons på nett 24.9.2013. <http://tidsskriftet.no/article/3059062/>