

det blir veldig bra. Våre høye ambisjoner når det gjelder å investere i sykehusledere kommer også til uttrykk gjennom vår årlige dialogkonferanse, der vi deler ut pris til årets legeleder.

#### Hege Gjessing

hege.gjessing@legeforeningen.no

Hege Gjessing (f. 1972) er president i Den norske legeforsking. Ingen oppgitte interessekonflikter.

## Hvor stor er effekten av intervensjon?

Rune J. Ulvik forklarer i Tidsskriftet nr. 12–13/2013 om hemoglobin at testen ikke sier noe om størrelsen på endringene, men «beregner sannsynligheten for at økning i hemoglobin hos deltakerne i gruppen er tilfeldig» (1). Etter mitt skjønn må det bety at endringen er statistisk signifikant. Ulvik og medarbeideres studie tar verken hensyn til biologisk eller analytisk variasjon og dokumenterer på ingen måte at kosttilskudd med jern optimaliserer hemoglobinnivå (2). Endringen som studien viser til (Median Hb-verdi økte med 0,4 g/100 ml i samme gruppe), kan til og med ligge innenfor både den biologiske og analytiske variasjonen.

Jeg ønsker med dette å sitere Arild Bjørndal & Dag Hofoss (3): «Statistisk signifikans er ikke det samme som klinisk relevans. Er det mange nok personer i utvalgene, vil selv klinisk betydningsløse forskjeller bli signifikante. Den gode læresetning som illustrerer dette lyder: A difference is a difference only if it makes a difference.»

#### Krystyna Sandvik

krystyna.sandvik@gmail.com

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

#### Litteratur

1. Ulvik RJ. Akutfaseprotein og/eller jernlager. Tilsvar. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1285.
2. Ulvik RJ, Møller R, Hervig T. Kosttilskudd med jern ved jernmangel. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 845–9.
3. Bjørndal A, Hofoss D. Statistikk for helse og sosialfagene. Oslo: Gyldendal, 2010.

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 11.7.2013. <http://tidsskriftet.no/article/3026672/>

#### R. Ulvik svarer:

Sandvik er skeptisk til at økningen i median hemoglobinverdi innen gruppene er reell etter jernbehandling. Nullhypotesen – ingen forskjell på medianverdien før og etter behandling med signifikansgrense  $p = 0,013$  – ble forkastet da sannsynligheten for å få en medianverdi etter behandling som var minst like stor som den vi faktisk fikk, gitt at nullhypotesen var sann, var  $< 0,1\%$  i lavdosegruppen og  $0,5\%$  i høydosegruppen (1).

Nullhypotesen ble testet med Wilcoxon signed-rank test som beregner p-verdien på basis av hvor mange individer som i en senere måling får en endret analyseverdi sammenliknet med utgangsverdien, uavhengig av verdiens størrelse. Sandvik mener at man må ta hensyn til intraindividuell biologisk og analytisk variasjon, og ved å anvende disse variasjonskoeffisientene på forskjellen i medianverdien før og etter behandling, finner hun at økningen ikke er statistisk signifikant. Men intraindividuell biologisk variasjon er, sammen med analytisk variasjon, et uttrykk for usikkerheten i et enkelt prøvesvar, ikke for variasjonen i en medianverdi som avhenger av interindividuell biologisk variasjon.

Som påpekt av Sandvik kan selv en liten og ubetydelig klinisk forskjell bli statistisk signifikant dersom antallet i forsøksgruppene

er stort nok (2). I vår studie var det, til tross for et relativt lavt antall deltakere i gruppene, statistisk signifikant effekt av behandlingen.

Sandvik har rett i at klinisk relevans ikke er det samme som statistisk signifikans. Skal man bedømme den kliniske relevansen av hemoglobinøkningen innen gruppen, må man ta hensyn til at andelen individer med lett anemi var lav, henholdsvis  $15\%$  og  $22\%$  i lavdose- og høydosegruppen. De fleste studiedeltakerne hadde jernmangel uten anemi. Det var derfor ikke forventet at en eventuell økning i hemoglobin ville bli særlig stor ved jerntilskudd, verken på individ- eller gruppenivå. I diskusjonen gikk vi grundig inn på det fysiologiske grunnlaget for hvor mye jern som må tilføres for å korrigere en lett nedsatt erytropoese, og vi begrunnet at lavdosejern var tilstrekkelig for å øke hemoglobinverdien med rundt  $0,5\text{ g}/100\text{ ml}$ . Derfor mener vi at våre funn har klinisk interesse både når det gjelder individuell behandling av lett jernmangelanemi og ved det faktum at man oppnår samme resultat med en lav som ved en tradisjonell høy jerdose.

#### Rune Ulvik

rune.ulvik@med.uib.no

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

Oppgitte interessekonflikter: Forfatter har fått dekket reiseutgifter Bergen-Oslo tur-retur fra Cederroth AS i juni 2013 i forbindelse med deltakelse i et TV-program om temaet jernmangel.

#### Litteratur

1. Samuelsen CH. Riktig definisjon av p-verdi? Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 500.
2. Skovlund E. Spør først, regn siden. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 10.

## Nye diagnosesystemer – ny virkelighet?



I Tidsskriftet nr. 12–13/2013 skrev Anne Høye en fin artikkel som viste med all ønskelig tydelighet hvordan diagnosekulturen har utviklet seg og blitt misbrukt (1). I dagens helsevesen, og kanskje særlig i sykehus, der økonomien er så styrende og diagnosen utløser pengene, er dette et viktig dokument. Det er helt grunnleggende kunnskap å kjenne til hva en diagnose i de forskjellige psykiatriske klassifikasjonssystemene egentlig er. De er ikke noe uproblematisk speil av virkeligheten

der ute! Til tross for det, blir de ulike kategoriene i de diagnostiske systemene behandlet som separate sykdommer som finnes i virkeligheten: Det det gjelder er å finne den rette. Skjemadiagnostikerne med sine avkryssingsteknikker har en tendens til å utvide diagnoser i de tilfeller der det ikke finnes eksakte kriterier, eller der det er overlappning av «tilstander». Det farlige er jo at menneskenes egentlige behov blir fullstendig oversett. Det har kommet flere og flere ikke-medisinere som ledere ved klinikkene, og lederen kan få stor innflytelse på hva behandlingen skal konsentreres om. Når diagnosesystemene blir styrende for både den økonomiske kontrollen og den medisinske/psykologiske behandlingen, er det virkelig fare på ferde.

Hvordan få gjennomslag i klinisk praksis for det denne artikkelen omhandler? Det er vel og bra med et nytt system, men de «gamle» diagnosene stemmer for godt overens med den folkelige forestillingen om at det finnes en riktig diagnose et sted. Det kan bli en rent akademisk forbedring, men vil den nye tenkningen gjennomsyre systemet slik at menneskene får hjelp? Hvordan få ledere til å lære dette? Hvordan får vi krav til utdanning hos lederne, ikke bare i skjemadiagnostikk, men også i grunnlagstenkning? Jeg vil virkelig utfordre både artikkelforfatteren, som skal ha all mulig

>>>

honnør, og andre som er yngre enn jeg til å begynne et systematisk arbeid for å bringe frem i lyset problemet med psykiatrisk klassifikasjon: En stein er ikke en stein bare fordi vi kaller den det.

#### Liv Følling

Liv Følling (f. 1939) er pensjonert psykiater.  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Høye A. På tide å tenke nytt om psykiatriske diagnoser. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1329–31.

*Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 13.7. 2013. <http://tidsskriftet.no/article/3029122/>*

## På tide å tenke annerledes!

I Tidsskriftet nr. 12–13/2013 hadde Anne Høye en interessant og tankevekkende kronikk (1). Problemet med de diagnostiske kategoriene i DSM/ ICD er vel at disse ikke kan gjøre rede for hvorfor og hvordan det kan ha seg at en pasient «ytrer» seg slik og slik. Det går ikke uten å involvere psykiske prosesser og mekanismer, ubevisst materiale, følelser og emosjoner.

Hvis jeg forstår kronikken riktig, er det nye perspektivet som lanseres i det forskningsmessige rammeverket Research Domain Criteria sprunget ut av et motiv for å finne og oppnå «sannhet» bak de diagnostiske kategoriene. Det man kan undre seg over, er at det i dette

rammeverket ikke er innlemmet et annet perspektiv for slik forståelse. Jeg refererer til en modell som allerede er oppfunnet, og som er utviklet gjennom mer enn 100 år, der teori og terapi, i den moderne form, passer som «hånd i hanske». I denne teorimodellen for psykiske lidelser, dynamisk psykoanalyse, er det ingen hjelp i de diagnostiske kategorier som DSM/ ICD representerer. Derimot baserer den seg på dyptgående kunnskaper om individets personlighetsstrukturer. Det er utviklet en dybdepsykologisk metode for terapien, der terapeuten «tenkning er hele tiden én og den samme» (2, s. 17).

Psykoanalytikerens «forståelse er fremoverrettet, og legger automatisk føringer for hvilke intervensjoner som er terapeutisk produktive» (2, s. 95). Det er derfor et tankekors at det synes å være slik at Research Domain Criteria presenteres som et prosjekt som er i startgropen for å «oppfinne hjulet på nytt».

#### Dag Pedersen

*d-p2@online.no*

Dag Pedersen (f. 1948) er pensjonert lege.  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Høye A. På tide å tenke nytt om psykiatriske diagnoser. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1329–31.
2. Gullestad SE, Killingmo B. Underteksten. Oslo: Universitetsforlaget, 2005.

*Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 9.8. 2013. <http://tidsskriftet.no/article/3029122/>*

---