



Kommentar

Debattinnlegg på inntil 800 ord sendes inn via www.manusnett.no

Om sannsynlighet og risiko

En riktig forståelse og tolking av begrepet risiko vil kunne være fruktbart for medisinsk debatt. Her er et forsøk på å avklare begrepene.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Jeg har støtt på uttalelser omtrent som følgende: «Legemidlet har sannsynligvis ikke vært årsak til denne bivirkningen fordi den ses veldig sjelden i forbindelse med bruk av dette legemidlet.» Å si dette er omtrent like ulogisk som å hevde at «mannen døde neppe av det samtidige lynnedslaget fordi dødsfall på grunn av lynnedslag er en hendelse som svært sjelden forekommer». I bayesiansk språkbruk forveksler man her prior med posterior.

Sannsynligheten for at en hendelse skyldes et bestemt agens, er svært lett å beregne, forutsatt at man har de nødvendige data: Man dividerer hyppigheten av hendelsen i en eksponert gruppe med den relative hyppigheten i en kontrollgruppe. Dersom dette forholdet blir 2 eller større, vil sannsynligheten for at hendelsen hos en enkelt pasient skyldes eksponeringen, være tilnærmet 50 % eller større. Ved sannsynligheter over

50 % (overveiende sannsynlig) kan det inntre et erstatningsansvar.

I erstatningssammenheng hefter det ytterligere en feiloppfatning til begrepet årsaksammenheng. Jeg kan se uttalelser som at «pasienten hadde så mange riskofaktorer for den aktuelle hendelsen at legemidlet sannsynligvis ikke var involvert». En parallell her ville være å si at «pasienten hadde så høyt radoninnhold i sin bolig at hans mangeårige røyking neppe hadde noen betydning for hans lungekreft». Alle vet at det ikke er sånn. I biologien, og dermed medisinen, har de fleste hendelser et sammensatt årsaksforhold. De biologiske effektene av riskofaktorene adderes, eller til og med multipliseres, og produserer sykdom. Jo større risiko et individ har for å oppleve en sykdom eller uønsket hendelse, jo større er sannsynligheten for at et bestemt legemiddel kan ha medvirket til hendelsen, dersom det i kontrollerte undersøkelser er påvist at et slikt middel kan øke forekomsten.

Jeg vil også gjerne kommentere diskusjonsbegrepet «risikanter.» Med det menes friske individer som har riskofaktorer for senere sykdom. Linn Getz og medarbeidere publiserte i 2005 i *BMJ* sin studie der de påviste

at i Nord-Trøndelag stiger andelen innbyggere som har økt kardiovaskulær risiko kraftig med økende alder (1). Gruppen med høy risiko («high risk»; mer enn 5 % sannsynlighet for kardiovaskulær død innen ti år) utgjør i de høyere aldersgrupper en overveldende del av befolkningen (se faksimile). Forfattergruppen kan vanskelig tenke seg å medisinere så mange. Det blir da heller ikke gjort. Ifølge landets grossistbaserte legemiddelstatistikk får, omregnet i kontinuerlig bruk, ikke mer enn 13 % av befolkningen kolesterolsenkende statiner. Nøyaktige tall for andel medisinerte på de forskjellige aldersstrinnene kan man om en tid få gjennom det nyopprettede reseptbaserte legemiddelregisteret.

Hva er forklaringen på diskrepansen? Etter min mening er forklaringen igjen at det er spørsmål om relativ risiko. Illustrasjonen i *BMJ* viser kun på hvilken måte aldersfaktoren kan innberegnes i en risikovurdering. Det som er relevant for pasienten, er hvor mye hans/hennes risiko er økt i forhold til individer uten de påviste riskofaktorene. Dersom risikoen er mindre enn doblet, vil sannsynligheten for at et sykdomstilfelle skyldes den økte risikoen som er påvist og tilgjengelig for behandling, være under 50 % (tilnærmet). I disse studiene er behandlingseffekten også forholdsvis beskjeden, rundt 20 % av samlet risiko.

Mange leger tar hensyn til dette og velger ofte å avvente en eventuell medikasjon, kanskje også noen ganger ut fra et nasjonaløkonomisk perspektiv. Pasienter som får tilbudet, kan velge å avstå av andre grunner, slik som sykdomssituasjonen for øvrig, hans/hennes sosiale situasjon, holdning til risiko for sykdom og holdning til bruk av tabletter. Samlet blir resultatet det edruelige forholdet vi har til legemiddelbruk i Norge i dag.

Ivar Aursnes

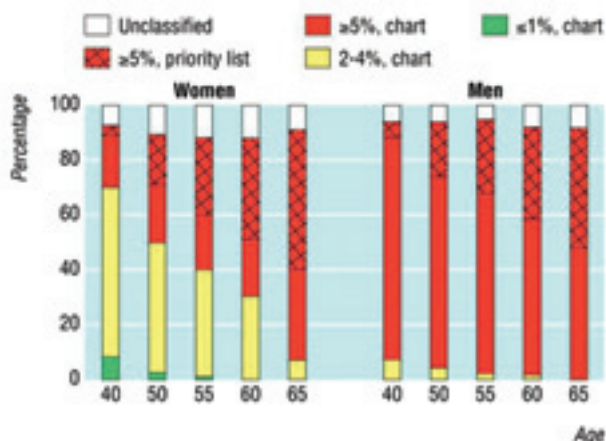
i.a.aurunes@medisin.uio.no
 Institutt for farmakoterapi
 Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Getz L, Sigurdsson JA, Hetlevik I et al. Estimating the high risk group for cardiovascular disease in the Norwegian HUNT 2 population according to the 2003 European guidelines: modelling study. *BMJ* 2005; 331: 551–7.

Manuskriptet ble mottatt 29.9. 2006 og godkjent 2. 11. 2006. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.

Fig 1 Distribution of risk categories for cardiovascular disease when risk is extrapolated to 60 years, as recommended by the 2003 European guidelines



Getz, L. et al. *BMJ* 2005;331:551

Faksimile fra *BMJ* (1)