

Motion till riksdagen 2005/06:So627

av **Kenneth Lantz (kd)**

Screening av hjärt- och kärlsjukdomar

Förslag till riksdagsbeslut

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförts om att utreda möjligheten att erbjuda screening av män i 60-årsåldern med avseende på bukaortaaneurysm.

Motivering

Sjukdomar i hjärtats kranskärl är den vanligaste dödsorsaken i Sverige. Högt blodtryck och ärftliga faktorer i kombination med livsstilsfaktorer som rökning, stress och matvanor ligger oftast bakom de allra vanligaste sjukdomarna som hjärtinfarkt och angina pectoris. Människor i riskzonen för att drabbas av dessa sjukdomar upptäcks ibland, men inte alltid i primärvården, eller som ett resultat av andra åkommor.

Abdominella aortaaneurysm och då särskilt förstoring av kroppspulsåden (bukaortaaneurysm) är en annan vanlig sjukdom som drabbar var tjugonde äldre man (65 år eller äldre) i Sverige. Det finns idag ca 38 000 individer i den åldersgruppen.

Det dominerande problemet vid bukaortaaneurysm är ruptur, vilket ofta leder till omedelbar död – eller om patienten hinner få vård – lång intensivvårdsbehandling och konvalescens. Vid screening kan man på basis av aneurysmets diameter relativt väl förutspå en ruptur som därmed kan förhindras genom elektiv operation. Vid sådan operation är mortaliteten ca 5 procent, medan den är 50 procent vid akut operation. Av de som trots allt överlever en operation uppkommer ofta svåra etiska överväganden om rätt fortsatt behandling.

I en studie i Norsjö kommun i Västerbotten studerades resultatet av att införa allmän screening med avseende på bukaaortaaneurysm. Deltagarfrekvensen var 91 procent och så många som 17 procent av männen och 3,5 procent av kvinnorna visade sig vara drabbade. I randomiserade studier i England och

Fel! Okänt namn på

Danmark påvisades också att risken för ruptur minskade till hälften vid screening. Kan man minska de akuta operationerna till hälften, kan man också minska lidandet med hälften i den mån lidande låter sig mätas.

Kostnaderna för elektiv operation respektive akut operation är 113 000 respektive 216 000 kronor (skillnaden beror i huvudsak på behovet av intensivvård efter genomgången akut operation) och den totala kostnaden för operationer i Sverige är 154 miljoner kronor årligen. Av dessa är 400 akuta operationer och de svarar således för 86 miljoner, medan de elektiva är 600 och svarar för 68 miljoner kronor. Både ur individens perspektiv och i samhällsekonomiskt hänseende vore det naturligtvis önskvärt om antalet akuta operationer kunde minska.

Som bland annat studien i Norsjö visade har de svenska studier som gjorts av screening med avseende på bukaortaaneurysm varit helt i enlighet med Världshälsoorganisationens, WHO, rekommendationer för screening: Sjukdomen skall vara vanlig i den undersökta populationen, sjukdomens naturliga förlopp skall vara allmänt känt, deltagarfrekvensen skall vara hög, diagnostiken skall vara tillförlitlig och behandlingen effektiv. Om dessa riktlinjer är uppfyllda och man har den tekniska utrustning och kompetens som behövs, förefaller det inte mindre än etiskt förpliktande att också införa allmän screening.

Med de begränsade resurserna inom vården måste screening dock ses i ljuset av hälso- och sjukvårdslagens normer för prioritering; människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Det förefaller inte kostnadseffektivt att införa allmän screening med tanke på att prevalensen av aneurysm är mycket låg hos kvinnor. Screening borde istället erbjudas män i 60-årsåldern; exakt vilken åldersgrupp bör vara föremål för utredning.

Man kan också fråga sig om det är i enlighet med människovärdesprincipen att det – som idag – är slumpen som ska avgöra vilka som i tid får vård. Behovets storlek, åtgärdens effektivitet och nyttan av att tillfredsställa behovet i termer av människors livskvalitet kan vara andra minst lika viktiga parametrar för att avgöra om en viss vårdåtgärdsatsning är lämplig.

Den stora poängen med screening är alltså att man har goda chanser att fånga upp behovet innan det är för sent, så att fler elektiva istället för akuta operationer kan genomföras. Medicinens allra viktigaste uppgift är att förhindra, lindra och bota sjukdom. Är det etiskt försvarbart att inte göra detta om det kan ske till en rimlig kostnad?

Stockholm den 30 september 2005

Kenneth Lantz (kd)