

NYTT, DYRARE MEDEL MOT OVARIALCANCER

Är det värt sitt pris?

Thomas Högberg och Harald Anderson presenterar i detta nummer av Läkartidningen en epidemiologisk studie av patienter med ovarialcancer registrerade i det nationella cancerregistret under åren 1960–1989. De visar att den relativa femårsöverlevnaden ökat med 8 procent mellan 1960-tal och 1980-tal. För yngre patienter är dock överlevnadsförbättringen betydligt

större. Det rör sig inte bara om en förbättrad korttidsöverlevnad. Efter tio års uppföljning kvarstår fortfarande betydande överlevnadsvinster, om än något mindre än vid fem år.

Författarna visar att överlevnadsförbättringarna tidsmässigt sammanfaller med införandet av kemoterapi och bättre tumörreducerande kirurgi.

Förhoppningar om paklitaxel

Nyligen har paklitaxel (Taxol) introducerats vid behandling av bl a ovarialcancer. Paklitaxel är en naturprodukt som extraheras från idegran. Preparatet är sedan 1993 registrerat i Sverige för behandling av bl a ovarialcancerrecidiv. Paklitaxel har alldeles nyligen godkänts som förstahandsmedel vid ovarialcancer både av EUs läkemedelsmyndighet och av Läkemedelsverket i Sverige. Givetvis hoppas man nu att användning av paklitaxel i den primära kemoterapin av ovarialcancer skall förbättra resultaten ytterligare.

Det finns hittills endast en randomiserad klinisk studie avseende paklitaxel vid primärbehandling av ovarialcancer [1]. I den s k GOG-studien (Gynecologic Oncology Group) randomiserades 410 patienter med avancerad (stadium III–IV) epitelial ovarialcancer efter icke-optimal tumörreducerande kirurgi (>1 cm stor kvarvarande tumörbörda efter operation) antingen till standardbehandling med cisplatin–cyklofosfamid eller till den experimentella behandlingen med cisplatin–paklitaxel. Medianöverlevnaden förlängdes från 24 månader (95 procents konfidensintervall: 21–30) till 38 månader (konfidensintervall 32–44). Den relativa risken att dö i ovarialcancer var 0,6 (konfidensintervall 0,5–0,8; $P < 0,001$) för patienterna i paklitaxelarmen jämfört 1,0 vid standardbehandling. Mediantiden till progression var 13 månader (konfidensintervall 11–15) för standardbehandlingen, 18 månader (konfidensintervall 16–21) för paklitaxelbehandlingen.

Detta kommer att vara den enda studie där den faktiska överlevnadsskillnaden mellan paklitaxel- kontra icke-paklitaxelbaserad kemoterapi kan utvärde-

ras, då tillgången till paklitaxel vid tiden för denna studie var mycket begränsad och sålunda frekvensen crossover från cisplatin–cyklofosfamid till paklitaxel vid recidiv var mycket låg. Paklitaxel gavs i denna studie intravenöst som 24-timmarsinfusion.

Senare har ytterligare en internationell randomiserad studie avslutats, där nordiska centra bidrog med ett stort antal patienter. I denna studie gavs paklitaxel i tretimmarsinfusion. På grund av kort observationstid har den studien ännu inte kunnat utvärderas.

Standardbehandling på flera håll

Resultatet av GOG-studien har på kort tid inneburit att paklitaxelkombinationer i primärsituationen har blivit standardbehandling vid de flesta centra i USA. I Norge har staten anslagit särskilda pengar för att man vid Radiumhospitalet i form av kontrollerade kliniska studier skall kunna ge paklitaxel som primärbehandling av kvinnor med ovarialcancer. Detta har medfört att även de övriga sjukvårdsregionerna i Norge använder paklitaxel i denna situation. I Finland ges vid universitetssjukhusen paklitaxel rutinmässigt som primärbehandling vid ovarialcancer. Vid Köpenhamnsjukhusen startades redan 1992 en randomiserad klinisk studie av ovarialcancer, där man primärt gav paklitaxel till båda grupperna. Detta hade som konsekvens att paklitaxel sedan dess rutinmässigt används vid primärbehandling av ovarialcancer. I Sverige och i västra Danmark har paklitaxel än så länge i primärsituationen endast givits inom ramen för kontrollerade kliniska studier.

Ekonomiska konsekvenser

Den första analysen av den ovan nämnda internationella randomiserade paklitaxelstudien är nu nära förestående. Det är hög tid att diskutera de ekonomiska konsekvenserna för den svenska sjukvården om paklitaxelkombinationer blir den internationellt accepterade standardbehandlingen för ovarialcancer.

I Cancer publicerades nyligen en ka-

Författare

THOMAS HÖGBERG

med dr, överläkare, sektionschef för gynekologisk onkologi, Universitetssjukhuset i Lund

GÖRAN KARLSSON

fil dr, Handelshögskolan, Stockholm

MONA RIDDERHEIM

med dr, överläkare, onkologiska kliniken, sektionen för gynekologisk onkologi, Universitetssjukhuset i Lund

KARIN BOMAN

med dr, överläkare, onkologiska kliniken, sektionen för gynekologisk onkologi, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

BO FRANKENDAL

docent, överläkare, sektionschef för gynekologisk onkologi, Radiumhemmet, Stockholm

GYÖRGY HORVATH

docent, överläkare, divisionschef för gynekologisk onkologi, Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg

BENGT SORBE

docent, chefsöverläkare, kliniken för gynekologisk onkologi, Region-sjukhuset, Örebro

PETER STRANG

docent, chefsöverläkare, kliniken för gynekologisk onkologi, Akademiska sjukhuset, Uppsala

PER ROSENBERG

med dr, chefsöverläkare, kliniken för gynekologisk onkologi, Universitetssjukhuset, Linköping.

Tabell I. Kostnaderna per vunnet levnadsår – en jämförelse med behandling för måttlig hypertoni.

Tillstånd	Kostnad per sparat levnadsår, kr
Måttlig hypertoni kvinnor >70 år betablockerare + diuretika [6]	8 000
Måttlig hypertoni män >70 år betablockerare + diuretika [6]	13 000
Måttlig hypertoni män 45–65 år betablockerare + diuretika [6]	26 000
Måttlig hypertoni kvinnor 45–65 år betablockerare + diuretika [6]	122 000
Måttlig hypertoni män >70 år ACE-hämmare + kalciumantagonist [6]	127 000
Behandling med cisplatin–paklitaxel i stället för cisplatin–cyklofosfamid vid avancerad ovarialcancer [2]	168 000
Betablockerarbehandling för överlevande patienter med låg risk för recidiv efter hjärtinfarkt [7]	176 000
Adjuvant kemoterapi för postmenopausala kvinnor med bröstcancer [7]	187 000
Måttlig hypertoni kvinnor >70 år ACE-hämmare + kalciumantagonist [6]	200 000
Måttlig hypertoni män 45–65 år ACE-hämmare + kalciumantagonist [6]	245 000
Kranskärlskirurgi (2 kärl) i stället för medicinsk behandling [7]	780 000
Måttlig hypertoni kvinnor 45–65 år ACE-hämmare + kalciumantagonist [6]	900 000
Hjärttransplantation för en 50-årig patient med dödlig hjärtsjukdom [7]	1 085 000

nadensisk hälsoekonomisk studie där man analyserade frågan om paklitaxel i kombination med cisplatin är en kostnadseffektiv primärbehandling för ovarialcancer [2]. Man undersökte retrospektivt kostnaderna för standardbehandling med cisplatin–cyklofosfamid, efterföljande uppföljning och kemoterapi vid recidiv samt terminalvård. Kostnaderna för den primära tumörreducerande kirurgin ingick ej, då den var densamma oberoende av kemoterapi. Man antog en livstidsförlängning på 50 procent vid behandling med paklitaxel–cisplatin jämfört med standardbehandling (cyklofosfamid–cisplatin). Den ökade kostnaden för behandling med paklitaxel–cisplatin hänförde man dels till den primära kemoterapi, dels till en längre uppföljningstid efter den primära kemoterapi beroende på längre tid till tumörrecidiv.

Merkostnaden för behandling med paklitaxel–cisplatin beräknades till motsvarande 109 000 kr, varav merkostnaden för paklitaxel stod för 82 700 kr. Omräknat i kostnad per vunnet levnadsår hamnade man på 168 000 kr. Man gjorde omfattande sensitivitetsanalyser och kom fram till kostnader mellan 127 000 och 221 000 kr vid 50 procents överlevnadsförlängning. Om överlevnadsförlängningen skulle bli endast 25 procent blir priset per vunnet levnadsår 297 000 kr (248 000–380 000 kr); vid 75 procent 124 000 kr (83 000–182 000 kr).

Om man beräknar merkostnaden för att ersätta cisplatin–cyklofosfamid med cisplatin–paklitaxel enligt svenska läkemedelspriser blir den för sex kemoterapicykler ca 66 000 kr för den pakli-

taxeldos på 135 mg/m² som man räknade med i den kanadensiska studien. I den internationella studien gav man 175 mg/m², vilket skulle ge en merkostnad på ca 87 000 kr. Dessa siffror hamnar ungefär i samma region som de kanadensiska.

Är extrakostnaden försvarbar?

Tidigare har det oftast räckt med att visa att en behandling är överlägsen en annan för att den skall accepteras som ny standardbehandling. Idag är det dock viktigt att kunna påvisa även de ekonomiska konsekvenserna av att införa ett nytt och dyrare läkemedel. En central fråga är om den extra kostnad som ett rutinmässigt användande av paklitaxel vid ovarialcancer medför kan vara försvarbar i svåra ekonomiska tider. Om en behandling är dyr eller billig måste sättas i relation dels till de hälsoeffekter behandlingen ger, dels till vad resurserna hade haft för värde inom alternativa användningsområden. Hälsoekonomiska studier där den extra kostnaden sätts i relation till vunna levnadsår (eventuellt kvalitetsjusterade) är ett sätt att belysa den första relationen.

Frågan är om 168 000 kr för att vinna ytterligare ett levnadsår är en rimlig kostnad? Ibland används bruttonationalprodukten per capita – snarast som en undre gräns – som jämförelse. För 1995 uppgick den till ca 170 000 kr. Denna siffra relaterar huvudsakligen värdet av ett människoår till individens produktionsvärde.

Ett teoretiskt bättre mått är individens betalningsvilja för en riskreduktion. En sådan ansats används vid vär-

dering av minskade olycksfallsrisker vid vägtransporter. Vägverket använder i sina kalkyler för år 1997 ett värde på ett »statistiskt liv» på 13 miljoner kr [3], vilket motsvarar ca 430 000 kr per levnadsår. Att överföra detta till hälso- och sjukvårdssektorn är dock svårt av flera skäl.

Värderingen av en riskreduktion beror på ett flertal faktorer, t ex från vilken risknivå reduktionen sker, vilken typ av risk det är fråga om och åldern på den som gör värderingen.

Livskvalitet

Livstidsförlängningen måste givetvis också innebära livskvalitet. Därför har man skapat olika begrepp som »kvalitetsjusterade levnadsår» (QALY, quality adjusted life years) eller »tid utan symtom eller behandling» (TWIST, time without symptoms or treatment). I en amerikansk studie från 1982 [4] har man försökt beräkna vilka kostnader/QALY som kunde anses samhällsekonomiskt rimliga. Man fann att åtgärder understigande 295 000 kr/QALY var odiskutabelt kostnadseffektiva enligt dåvarande standard inom den amerikanska sjukvården. Åtgärder som betingade ett pris på 295 000–1 475 000 kr/QALY kunde diskuteras, men många åtgärder som faller inom detta intervall accepteras rutinmässigt både av sjukvården och samhället. Kostnader överstigande 1 475 000 kr/QALY kunde ej anses samhällsekonomiskt motiverade. En likartad beräkning för Kanada har rapporterat motsvarande intervall till <170 000 kr/QALY, 170 000–850 000

Översikt eller medicinsk kommentar?

Många av Läkartidningens läsare följer utvecklingen inom olika områden i internationella specialtidsskrifter och böcker. Om nya rön är av så stor betydelse att stora läkargrupper i Sverige borde informeras om dem kanske en medicinsk kommentar eller kort översikt i Läkartidningen är motive-rad.

Redaktionen sätter stort värde på artiklar där flera aktuella arbeten jämförs och sammanfattas så att kliniskt viktiga slutsatser kan dras, likaså på översikter som speglar spännande utveckling inom en specialitet eller ett ämnesområde.

Skriv eller ring gärna innan du skriver en artikel av denna typ!

Hur jämföra våra kostnader med andras?

Att jämföra ekonomiska studier som vid olika tidpunkter utförts i Kanada, USA eller andra länder med svenska förhållanden innebär åtminstone två problem:

För det första, hur skall kostnaden för en behandling som uttrycks i kanadensiska eller amerikanska dollar överföras till svenska kronor? För det andra, hur skall man ta hänsyn till att kostnader som är beräknade vid olika tidpunkter är uttryckta i olika penningvärden?

En jämförelse länder emellan medför flera problem. Behandlingsrutinerna är ofta olika, t ex rörande frekvensen av diagnostiska test och läkarbesök, förekomst av öppen respektive slutna vård och skillnader i behandlingen av eventuella biverkningar, såsom benmärgsdepression, infektioner och illamående. Relativpriser och relativa kostnader för olika moment – såsom läkarbesök, läkemedel och laboratorieprov – kan vara olika.

För att med hjälp av en konverteringsfaktor mellan olika valutor – exempelvis växelkurs – kunna överföra kostnaden för en behandling mellan länder bör dels behandlingsrutiner, dels relativa kostnader mellan olika behandlingsmoment överensstämma. Även om så vore fallet kvarstår frågan om vilken konverteringsfaktor som är lämplig. Syftet med att överföra kostnaden till svenska kronor är att spegla vad behandlingen skulle kosta om den utfördes i Sverige. Därför bör en konvertering ta

hänsyn till köpkraften hos olika valutor. Detta gör det problematiskt att använda den faktiska växelkursen, eftersom den påverkas av finansiella marknader som inte nödvändigtvis har att göra med köpkraften. En konverteringsfaktor som speglar köpkraften hos olika valutor kan därför vara bättre. Sådana finns också. OECD publicerar t ex köpkraftspariteter avseende bruttonationalprodukten (BNP).

Eftersom penningvärdet förändras över tiden måste kostnadsstudier som utförts vid olika tidpunkter göras jämförbara. Den vanliga metoden är att med hjälp av ett lämpligt prisindex korrigera för detta.

Kostnaderna i den kanadensiska studien och de amerikanska studierna som refereras i denna artikel är uttryckta i svenska kronor i 1995 års prisnivå. Omräkningen har först skett till kronor med hjälp av köpkraftspariteter för BNP enligt OECD-statistik i det års penningvärde studien är utförd. Därefter har kostnaden omräknats till 1995 års prisnivå med hjälp av den svenska BNP-deflatorn (mellan åren 1994 och 1995 konsumentprisindex).

En överföring av behandlingskostnaderna mellan länder är således förenad med flera felkällor. De kostnadsuppgifter som redovisas i denna artikel, och som baseras på utländska studier, måste därför ses som approximationer rörande svenska förhållanden.

kr/QALY respektive över 850 000 kr/QALY [5].

Vad kostar andra sjukdomar?

För att ge ytterligare perspektiv på denna fråga kan man se vad kostnaderna för ett extra levnadsår är i andra behandlingar. Tabell I visar att kostnaden per vunnet levnadsår för behandling av måttlig hypertoni (initialt diastoliskt blodtryck 90–94) enligt en svensk studie [6] och ett urval av medicinska interventioner från en amerikansk studie [7]. Man har jämfört kostnaderna för 500 livräddande interventioner och deras kostnadseffektivitet. Kostnaderna är givetvis inte direkt jämförbara länderna emellan (se separat ruta), men de säger något om storleksordningen på kostnaden för ett antal accepterade medicinska interventioner.

En myt att cancerbehandling är dyr

Det är en utbredd myt att cancerbehandling är mycket dyr. Ca 20 procent

av dödsfallen i Sverige orsakas av tumörsjukdomar [8], medan cancervården har beräknats stå för ca 6 procent av de totala sjukvårdskostnaderna [9]. Det är inte utrett hur mycket en behandling för avancerad ovarialcancer kostar samhället. Svenska studier saknas såvitt vi vet helt. Vi finner det osannolikt att en svensk analys av kostnaderna för behandling av ovarialcancer skulle skilja sig nämnvärt från den citerade kanadensiska studien. Det är dock mycket angeläget att en ingående hälsoekonomisk analys av nuvarande kostnader för standardbehandling i Sverige görs för att vi i framtiden skall kunna ta ställning till olika behandlingsalternativ.

Värdet av palliativ terapi

I diskussionen om värdet av ett vunnet levnadsår för ovarialcancerpatienten måste givetvis frågan om livskvalitet beaktas. Även i de fall man inte uppnår en komplett tumörremission har kemoterapi ett dokumenterat palliativt värde. Avancerad cancersjukdom ka-

rakteriseras bl a av anorexi och avmagering. Vid avancerad ovarialcancer påverkas också ofta tarmen, med partiell eller total obstruktion som följd. Vidare är stora mängder vätska i buken och i lungsäckarna vanligt förekommande. Vätskeproduktionen kan vanligen snabbt elimineras med moderna cytostatika och utgör idag inte alls samma problem som för 10–20 år sedan. I ca 70 procent av fallen uppnår man en minskning av tumörvolymen, med symptomlindring som följd. Palliering av symptom innebär att man lägger inte bara år till livet utan också livskvalitet till den tiden.

Vi måste välja väg

Det är vår uppgift som företrädare för de medicinska och sjukvårdsekonomiska professionerna att påvisa dels vilket resultat dagens respektive morgondagens »state of the art»-behandling kan förväntas ge, dels vilka merkostnader detta innebär. Frågan om man samhällsekoniskt kan acceptera nya behandlingar som innebär bättre resultat, men till markant ökade kostnader, måste vara föremål för politiskt administrativa beslut.

Tyvärr hänvisar man ofta till att prioriteringar får göras inom den aktuella klinikbudgeten. Detta låter sig göras om det gäller mindre summor. Om det, som i detta fall, rör sig om en betydande andel av totalbudgeten kan detta givetvis inte göras inom en klinik, då i så fall större delen av klinikens övriga vård skulle behöva prioriteras bort. För att kunna införa nya behandlingar med bättre resultat, men som förbrukar avsevärt större resurser, måste omprioriteringar göras på övergripande nationell eller landstingsnivå.

För närvarande ges majoriteten av paklitaxelbehandlingarna i poliklinisk vård. Läkemedelskostnaderna belastar därmed Riksförsäkringsverket. Inom en snar framtid kommer dock dessa kostnader att överföras på landstingen. Detta innebär en transferering av kostnaderna mellan olika kostnadsställen, och berör därför inte denna diskussion, som gäller vilka kostnader samhället som helhet kan acceptera för en bättre medicinsk behandling.

Sammanfattningsvis kan sägas att även om introduktionen av paklitaxel i den primära kemoterapien av ovarialcancer skulle höja kostnaderna betydligt, finns det data som tyder på att behandlingen är kostnadseffektiv och att den ekonomiskt hävdar sig väl i jämförelse med andra vedertagna medicinska livs-

förlängande interventioner, om man räknar kostnad per vunnet levnadsår. Samhället står nu inför ett vägsval, där vi måste bestämma om svensk samhällsekonomi klarar att ge »state of the art»-behandling vid ovarialcancer.

Vi som företräder den medicinska professionen ställer frågan:

Hur mycket är de sista åren i en människas liv värda?

Eller, annorlunda uttryckt: Hur stora resurser är det rimligt att avsätta för ytterligare ett års förlängning av livet?

Referenser

- McGuire WP, Hoskins WJ, Brady MF, Kucera PR, Partridge EE, Look KY et al. Cyclophosphamide and cisplatin compared with paclitaxel and cisplatin in patients with stage III and stage IV ovarian cancer. *N Engl J Med* 1996; 334: 1-6.
- Covens A, Boucher S, Roche K, Macdonald M, Pettitt D, Jolain B et al. Is paclitaxel and cisplatin a cost-effective first-line therapy for advanced ovarian carcinoma? *Cancer* 1996; 77: 2086-91.
- Persson U, Vigelius C. Revidering av vägverkets olyckskostnader – en uppräknings till 1997 års priser. Lund: Institutionen för trafikteknik, Lunds tekniska högskola, 1995.
- Kaplan RM, Bush TW. Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis. *Health Psychol* 1982; 1: 61-80.
- Laupacis A, Feeny D, Detsky AS, Tugwell PX. How attractive does a new technology have to be to warrant adoption and utilization? Tentative guidelines for using clinical and economic evaluations. *Can Med Assoc J* 1992; 146: 473-81.
- Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik. Måttligt förhöjt blodtryck. SBU-rapport nr 121, 1994.
- Tengs TO, Adams ME, Pliskin JS, Safran DG, Siegel JE, Weinstein MC et al. Five hundred life-saving interventions and their cost-effectiveness. *Risk Anal* 1995; 15: 369-90.
- Dödsorsaker 1991. Stockholm: Statistiska centralbyrån, 1993.
- Jacobson L, Lindgren B. Vad kostar sjukdomarna? Sjukvårdskostnader och produktionsbortfall fördelat på sjukdomsgrupper 1980 och 1991. Stockholm: Socialstyrelsen, 1996.

Se även artikeln på sidan 28 i detta nummer.

NYA PERSPEKTIV PÅ REUMATOID ARTRIT

Reumatoid artrit (RA) är en sjukdom där dagens kunskapsläge uppvisar en rad paradoxer: Trots att tillståndet länge varit känt som en av våra stora folksjukdomar är det först under de senaste åren som epidemiologisk forskning har klart påvisat dess långsiktigt allvarliga prognos; trots att relativt få helt nya preparat introducerats i terapin, har behandlingsstrategin i grunden förändrats från en ganska avvaktande hållning till att betona det avgörande behovet av snabb diagnos och aktiv behandling; och trots stora forskningsframsteg kring förståelsen av de immunologiska uppkomstmekanismerna, har denna forskning ännu gett relativt liten avkastning i form av nya farmaka för vardagssjukvården.

Några av dessa problem behandlas i två artiklar av Jan Bondeson i detta nummer av *Läkartidningen*, och diskussionen förtjänar uppmärksamhet, särskilt som det ökande behovet av tidig diagnos och aktiv behandling ställer större krav på tidig reumatologisk konsultation vid nyupptäckta ledinflammationer.

Stor risk för utslagning från arbetslivet

Att reumatoid artrit är en sjukdom som kan orsaka rörelsesvårigheter och svår kronisk värk är uppenbart. Mindre uppenbara har varit långtidseffekterna av sjukdomen vad gäller dödlighet, risk att drabbas av följdsjukdomar och risk för sociala konsekvenser, som t ex oförmåga att fortsätta sitt yrkesarbete.

Trots att sjukdomen, som beskrivs i den historiska redogörelsen av Jan Bondeson, har varit föremål för intresse under lång tid, är det först under senare år som det klarlagts att reumatoid artrit inte bara orsakar lidande; sjukdomen är också förknippad med en avsevärt ökad mortalitetsrisk – i olika undersökningar beräknad till en genomsnittligt reducerad livslängd om mellan 5 och 15 år [1, 2]. Den ökade mortaliteten tycks framför allt bero på en ökad dödlighet i hjärt-kärlsjukdom [1-3], och till mindre del på en ökad risk att drabbas av allvarliga infektioner [1, 2].

Vad gäller sociala konsekvenser är resultaten från en nyligen genomförd svensk studie särskilt anmärkningsvär-

da; man fann att ca 40 procent av dem som nyinsjuknat i reumatoid artrit, och som samtidigt var yrkesarbetande, hade tvingats lämna sitt arbete helt eller delvis inom två år [4].

Slutsatserna av dessa och många andra studier kring konsekvenser av att insjukna i RA tyder starkt på att det inte bara, eller kanske inte ens främst, är led-symtomen som ger problem. I stället kan det vara den uttalade tröttheten och andra systemiska effekter av kronisk inflammation som leder till följdsjukdomar och social utslagning.

Det positiva med resultaten av dessa långtidsuppföljningar är samtidigt att de för första gången – i en artikel från våren 1996 [5] – klart kunde påvisa positiva effekter av långtidsbehandling med aktiva antireumatiska läkemedel (guld, metotrexat etc) vad gäller handikappgrad. Den enorma mängd artiklar som tidigare publicerats kring terapieffekter av olika farmaka vid reumatoid artrit har nästan uteslutande handlat om resultat under kortare tider, i allmänhet de månader under vilka en viss läkemedelsstudie pågick.

Eftersom de flesta studier kring mortalitet och invaliditet på lång sikt samtidigt härrör från den tid då terapitraditionen var mer passiv än idag, finns möjligheten att långtidsprognosen för dagens aktivt behandlade reumatiker har förbättrats. Preliminära studier tyder på att detta är fallet, men här ligger givetvis ett stort ansvar hos professionen, i första hand reumatologkåren, att åstadkomma en systematisk långtidsuppföljning av patienter med reumatoid artrit.

Hur använda de ökade kunskaperna för bättre terapi?

I dagens kliniska rutin gäller det främst att fastställa hur de farmaka som redan finns tillgängliga skall kunna användas och kombineras på nya sätt. Samtidigt har vi under de senaste ett till två åren sett redovisningar av en rad

Författare

LARS KLARESKOG

professor, reumatologiska kliniken, Karolinska sjukhuset, Stockholm.