

Stor risk för framtida problem för svensk cancersjukvård

Författarna ser med oro att Sveriges ställning som ett land där man med stor förtröstan hittills har kunnat låta sig behandlas för sin cancersjukdom nu kan vara på väg att förändras.

En rapport till det engelska hälso-
vårdsministeriet presenterade sir
Mike Richards, den engelske »can-
certsaren«, i juli 2010 en internatio-
nell jämförelse avseende läkemedelsan-
vändningen för ett antal viktiga sjuk-
domsområden [1]. Detta är en första
rapport som måste följas av mer detal-
jerade analyser. Rapporten har kom-
menterats nyligen i Nature [2]. Avsikten
var att skapa en större kunskap om i vil-
ken utsträckning England och Storbri-
tannien använder läkemedel, framför
allt nya, men även äldre, för att behand-
la till exempel akut hjärtinfarkt, hy-
perlipidemi, psykos/demens, hepatit
C, multipel skleros, osteoporos, RDS
(respiratory distress syndrome), reu-
matoid artrit, och cancer. Läkeme-
delsanvändningen har studerats i tio
europeiska länder (Danmark, Frankri-
ke, Italien, Norge, Spanien, Sverige,
Schweiz, Storbritannien, Tyskland och
Österrike) och fyra utomeuropiska län-
der (Australien, Kanada, Nya Zeeland
och USA).

Läkemedel spelar en varierande roll
för behandling av olika sjukdomstill-
stånd, men vid vissa har läkemedel en

helt avgörande betydelse. Flera nya lä-
kemedel som introducerats de senaste
decennierna har varit mycket värde-
fulla och gjort olika sjukdomstillstånd
mer behandlingsbara och därigenom
förbättrar patienternas prognos. Vi har
till exempel sett en dramatisk sänkning
av dödlighet och morbiditet i hjärt-
kärlsjukdomar de senaste årtiondena.
En stor del av denna förbättring kan
tillskrivas nya läkemedel.

Eftersom läkemedel har en ökande
betydelse för hanteringen av en lång
rad sjukdomstillstånd är det extra oro-
ande att Sverige tillsammans med Nya
Zeeland belägger bottenplatsen vad
gäller rankningen av användningen av
läkemedel för nämnda tillstånd (Figur
1). Sverige har endast en »högsta rank-
ning« (1–4), plats 3 för reumatoid artrit,
men däremot fem placeringar/rank-
ningar på plats 10–14 (den lägsta rank-
ningen) för ovan nämnda sjukdomstill-
stånd. Storbritannien har tre placering-
ar i den högsta rankningsgruppen. Ett
viktigt observandum är dock att produ-
centdata inte erhöles i 40 procent av
fallen. Detta kan givetvis påverka rak-
ningsplaceringen.

I Sverige satsar vi väsentligen mindre på
läkemedel, speciellt cancerläkemedel,
än vad länder med liknande ekonomiska

förutsättningar gör. Den ständigt aktu-
ella debatten om dyra läkemedel, speci-
ellt cancerläkemedel, ter sig i ljuset av
denna rapport som mindre insiktsfull,
särskilt i relation till de prioriteringar
som görs i andra, ekonomiskt likvärdiga
länder [Figur 1]. Inom behandlingen av
solida tumörer och hematologiska ma-
ligniteter har det skett stora framsteg de
senaste decennierna, och en i det när-
maste explosiv läkemedelsutveckling
pågår [3]. För cancersjukvården är
många områden förutom läkemedels-
området av stor, i vissa fall av större be-
tydelse för att uppnå goda behandlings-
resultat.

Till den totala behandlingsarsenalen
räknas olika preventionsstrategier, ti-
digdiagnostik med mammografi, gyne-
kologisk hälsokontroll och koloskopi,
hälso- och sjukvårdens organisation
med multidisciplinär handläggning av
patienterna, kirurgi och strålbehand-
ling för behandling av lokaliserad can-
cersjukdom och i tilltagande grad an-
vändningen av olika läkemedel för be-
handling av mikroskopisk sjukdom i
samband med primärdiagnosen.

Vid spridd tumörsjukdom och vid he-
matologiska maligniteter spelar läkeme-
del en överskuggande roll, även om be-
handlingseffekterna vid återfall av sjuk-



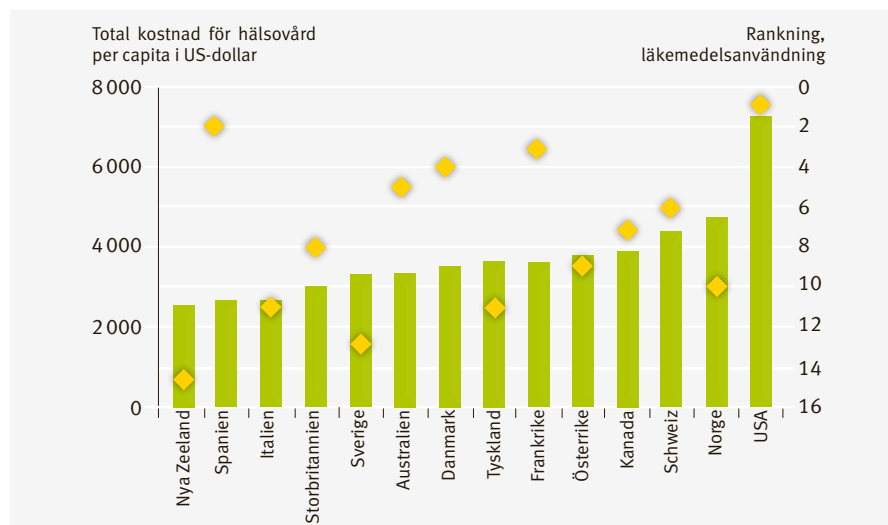
JONAS BERGH

professor, överläkare, CCK,
Radiumhemmet, Karolinska
institutet och Karolinska
universitetssjukhuset, Solna
jonas.bergh@ki.se



NILS WILKING

överläkare, strategisk rådgivare,
Divisionen för cancer och hema-
tologi, Skånes universitetssjuk-
hus, Lund; docent Karolinska
universitetssjukhuset, Solna
nils.wilking@ki.se



Figur 1. Total kostnad för hälsovård per capita i US-dollar (köpkraftjusterat) i 14 länder (2007) jämfört med den totala rankningen av läkemedel i 14 behandlingsområden (från den aktuella rapporten, publiceras med tillstånd av sir Mike Richards, CBE) [1]. Nationell ranking för stroke och RSV kan inte göras av konfidentialitetsskäl.

domen i allmänhet är mer modesta än i den kurativa situationen. Vi har under de senaste decennierna sett en markant ökad överlevnad och bot vid bröst- och kolorektalcancer, men även framsteg vid lungcancer och andra solida tumörer. För vissa hematologiska maligniteter som kronisk myeloisk leukemi, non-Hodgkin-lymfom och multipelt myelom har prognosen förbättrats, till stor del beroende på bättre läkemedelsterapi.

Överlevnaden för cancerpatienter i

Sverige är generellt sett god. I vissa fall, exempelvis för bröstcancer, har hittills gjorda analyser visat att bröstcancerpatienter i Sverige har en prognos som är bland de allra bästa i Europa [4, 5]. Dessa data speglar dock en behandlingsstrategi som rårde för 5–10 år sedan. Vården av dagens behandlingsstrategier kommer att kunna avläsa först om 5–10 år. För bröstcancer vet man att det som har betydelse för prognosen är i vilket stadium sjukdomen behandlas, kvaliteten på diagnostik och primär behandling med kirurgi och strålbehandling, men även i vilken grad och med vilka läkemedel patienterna erhåller medikamentell tilläggsbehandling. Som ett exempel kan nämnas att några månaders behandling med cytostatika följt av fem års behandling med östrogenreceptorblockeraren tamoxifen resulterar i en halverad risk att dö av bröstcancer med 15 års uppföljning jämfört med enbart lokal behandling [6]. I absoluta tal kan detta uttryckas på följande sätt: utan given systembehandling avlider hälften av patienterna med metastatisk sjukdom inom 15 år om tumören är primärt lymfkörtelmetastaserande; om behandling enligt ovan ges dör endast 25 av 100. Självklart drar inte alla patienter nytta av behandlingen, utan det är av central betydelse att identifiera och styra rätt patient till rätt behandling för att minska båda över- och underbehandling.

För cancerläkemedel som helhet rankas Sverige på plats 9 bland de 14 studerade länderna. I Europa har endast Italien, Norge och Storbritannien lägre användning av cancerläkemedel. För cancerläkemedel som lanserats de senaste fem åren kommer Sverige också på plats 8. För läkemedel som är väl utprovade och som nådde marknaden för mellan sex och tio år sedan hamnar Sverige på plats 11, med endast Norge efter sig av de europeiska länderna. För cancerläkemedel som lanserades för mer än tio år sedan hamnar Sverige på plats 9. Storbritannien och Norge är de enda länder i Europa som använder min-

dre av dessa mycket väl etablerade cancerläkemedel.

I Storbritannien är man bekymrad över denna rapport. I Sverige borde man också ta rapporten som en väckarklocka. Kollegor som uttrycker oro avseende underanvändning av bra (cancer-)läkemedel bör rimligen inte ständigt ifrågasättas som varande megafoner som okritiskt anammar läkemedelsindustrins tankar. De som hyser liknande tankar bör läsa den engelska rapporten en extra gång. Extra bekymmersamt i ett svenskt perspektiv är att vi över landet dessutom har en påfallande och alltför stor variation i användningen av viktiga cancerläkemedel. Ett exempel är trastuzumab för bröstcancerbehandling som förbättrar överlevnaden vid återfall av sjukdomen och som på ett tydligt sätt reducerar risken för återfall vid primär behandling som tillägg till kirurgi, strålbehandling och cytostatikabehandling. Tio år efter dess godkännande i Sverige finns en stor variation i användningen, trots att denna typ av bröstcancer är i stort sett lika vanlig i alla delar av landet [7].

Cancerläkemedel är givetvis inte det

enda saliggörande för att förbättra prognosen för cancerpatienterna, men de är en viktig komponent som av många anses få en ökande betydelse. Rimligtvis kan det inte vara läkemedelskostnaderna per se som kan förklara de skillnader vi ser, eftersom det land i västvärlden som har de största ekonomiska förutsättningarna, Norge, har en ännu lägre användning. Tydligt är det andra faktorer som har betydelse, nämligen beslutsfattaress och läkares attityder till hur läkemedel bör användas. Detta gäller inte bara nya utan även äldre, i många fall mycket väldokumenterade läkemedel, där vi ser förvånansvärt stora skillnader mellan olika regioner.

Detta reflekterar inte alltid underbehandling, utan i vissa fall även en irrationell och kostsam behandlingsstrategi, utan att en högre grad av bot uppnås. Det finns till exempel ett stort utrymme för att möta ökande kostnader för nya läkemedel med en mer rationell användning av generiska läkemedel. Sedan 2007 finns det nationella riktlinjer i Socialstyrelsens regi som ger information om hur olika behandlingsmodaliteter för cancer ska prioriteras. Uppenbarligen gör man olika prioriteringar i olika delar av landet, vilket knappast främjar patienternas tilltro till cancervården. Man kan också notera liknande skillnader inom andra terapiområden som till exempel att osteo-

Det finns en stor regional variation i användningen av cancerläkemedel i landet.

porosläkemedel har näst lägst användning i Sverige trots att osteoporosproblemen, beroende på vår nordliga breddgrad, borde indikera en väsentligen högre användning. Högst användning av osteoporosmediciner noteras i Spanien och Frankrike. Storbritannien är här på plats nummer 6.

Sammanfattningsvis visar denna viktiga rapport en oroväckande låg användning av cancerläkemedel i Sverige; även av dem som har en väldokumenterad effekt på överlevnaden. Vi ser med oro att Sveriges ställning som ett land där man med stor förtröstan hittills har kunnat låta sig behandlas för sin cancersjukdom nu kan vara på väg att förändras. Nyttänkande och bättre prioriteringar är därför av central betydelse.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Jonas Bergh har deltagit i advisory boards för läkemedels-, diagnostik- och konsultföretag; han har också varit ordförande/hållit föredrag och fått arvode. Nils Wilking har varit konsult vid i3 Innovus, ett dotterbolag till United Health Group, ett av USA:s största sjukförsäkringsbolag, som arbetar med uppdrag från läkemedelsindustrin, myndigheter och branschorganisationer. Nils Wilking har anlitats som arvoderade föreläsare av de flesta företag verksamma inom området cancerläkemedel och av myndigheter både nationellt och internationellt.*

REFERENSER

1. Richards M. Extent and causes of international variations in drug usage: a report for the Secretary of State for Health by Professor Sir Mike Richards CBE. London: Department of Health; 2010.
2. Cressey D. US tops international drug use ranking – July 27, 2010. nature.com. http://blogs.nature.com/news/thegreatbeyond/2010/07/us_tops_international_drug_use.html
3. Wilking N, Jönsson B, Wettermark B. Användning av cancerläkemedel i Sverige och Europa. Läkartidningen. 2010;107(16):1075–80.
4. Richards M. EUROCARE-4 studies bring new data on cancer survival. Lancet Oncol. 2007; 8(9):752–3.
5. Autier P, Boniol M, La Vecchia C, Vatten L, Gavin A, Héry C, et al. Disparities in breast cancer mortality trends between 30 European countries: retrospective trend analysis of WHO mortality database. BMJ. 2010;341:c3620.
6. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. Lancet. 2005;365(9472):1687–717.
7. Wilking U, Jönsson B, Wilking N, Bergh J. Trastuzumab use in breast cancer patients in the six Health Care Regions in Sweden. Acta Oncol. 2010;49(6):844–50.

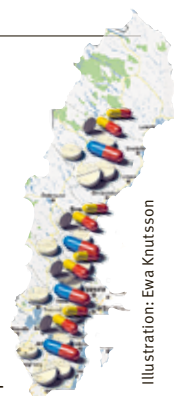


Illustration: Ewa Knutsson