

DEBATT

Redaktör Carina Stensson Bitr redaktör Björn Jorner
Debattredaktionen debatt@svd.se Telefon 08-13 51 49
Webb: SvD.se/debatt Twitter: twitter.com/SvDDebatt Facebook: SvD Debatt

Vad/var | Ämnet

→ SvD.se

4. Rubrik 18 p på två fina rader ruggrikt

I. Notis ui 3000 tkn inklusive ingressen. Non exped maximpores sit quibust ibusapi tinvel mi, int eum arum quianis. I. Notis ui 3000 tkn inklusive ingressen. Non exped maximpores sit quibust ibusapi tinvel mi, int eum arum quianis.

SvD.se/namnet-pa-grejen

Vad/var | Ämnet

→ SvD.se

4. Rubrik 18 p på två fina rader ruggrikt

I. Notis ui 3000 tkn inklusive ingressen. Non exped maximpores sit quibust ibusapi tinvel mi, int eum arum quianis. I. Notis ui 3000 tkn inklusive ingressen. Non exped maximpores sit quibust ibusapi tinvel mi, int eum arum quianis.

SvD.se/namnet-pa-grejen

Ta bort orättvisorna i cancervården

Det är inte rimligt att bedömningen av nya cancerläkemedel kan ta flera år längre i Sverige än i exempelvis Danmark, skriver företrädare för tre patientorganisationer.

Under de senaste åren har flera livsavgörande cancerläkemedel tagits fram, men introduktionsprocessen i Sverige är orimligt långsam. Den process som i genomsnitt tar drygt två månader i Danmark, tar ibland upp till tre år i Sverige. Till detta kommer att det sedan är respektive sjukvårdsregion som beslutar om läkemedlet ska användas eller inte. Resultatet blir stora regionala skillnader, och vilka patienter som får tillgång till nya effektiva läkemedel är därför en fråga om var man bor i landet.

I två aktuella rapporter från Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE) i Lund ligger Sverige på sjunde plats i Europas BNP per capita, men först på 14:e plats – just före Slovenien – när det gäller hur mycket pengar vi satsar på cancerläkemedel.

Vi har genom åren sett flera exempel på hur viktiga cancerläkemedel fördröjts, och inte nått behövande patienter. När det gäller spridd hudcancer, malignt melanom, godkändes det första läkemedlet inom immunterapi år 2011. En ny form av behandling som James Alison tillsammans med Tasuku Honjo fick Nobelpriset för 2018. Under de första fem åren behandlades dock mindre än 15 procent av patienterna i Sverige, medan 50 procent av patienterna fick behandlingen i Danmark (baserat på försäljningsdata och cancerstatistik). En kombination av olika immunterapier är hos en tredjedel av patienterna den mest effektiva behandlingen mot spridd melanomsjukdom. I Danmark har chanserna att få behandlingen varit nära fem gånger större än i Sverige.

2016 godkändes CDK-hämmare för hormonberoende spridd bröstcancer. I Danmark och Norge nådde dessa läkemedel de första åren nära tre gånger fler patienter än i Sverige. Därtill skiljer sig användningen i Sverige, i vissa regioner är chansen att få behandlingen fyra gånger större jämfört med andra landsdelar.

Några av de nya och mest effektiva läkemedlen mot blodcancersjukdomen myelom har fördröjts upp till två år och vi ser även här

stora regionala skillnader i användningen. Patienter i en sjukvårdsregion har närmare tre gånger större möjlighet att få behandling med dessa läkemedel än patienter i andra regioner. Sverige är dessutom ett av de få länder i Europa som fortfarande inte har nationella rekommendationer för behandling av myelom med monoklonala antikroppar i kombination med andra läkemedel.

Varför är då Sverige så långsamt och hur kommer det sig att regionernas agerande är så olika? Självklart spelar de höga priserna på nya cancerläkemedel en roll. Men återigen visar Danmark att det går att förhandla sig till stora rabatter som både leder till lägre nettopriser och en snabbare introduktion. Den största bristen är avsaknad på uppföljning av de ineffektiva processer som ytterst avgör om svenska patienter runt om i landet ska få ta del av nya och innovativa cancerläkemedel.

Innan ett nytt läkemedel ska introduceras inom EU görs en noggrann utvärdering av den europeiska läkemedelsmyndigheten EMA. Men i stället för att acceptera den redan gjorda analysen framhärdat Sverige med att göra en ny egen bedömning med färre experter i en snårig och icke-transparent organisation som sköts av Sveriges kommuner och regioner (SKR), en regional arbetsgivar- och medlemsorganisation. SKR:s utvärderingsgrupper är inte bara långsamma, de har också valt att inte arbeta med ledande svenska cancerexperter inom respektive område och dessutom aktivt uteslutit patientorganisationerna.

När sent omsider en rekommendation utfärdas följs den inte upp med en plan för implementering eller fortsatt bevakning. Regionerna och enskilda kliniker kan i praktiken göra som de vill, vilket ytterligare bidrar till en ojämlig vård. Av central betydelse inom cancervården är att man följer upp vad man gör. Det finns sedan tio år ett centralt register för cancerläkemedel, men det är frivilligt och täcker bara en del av de patienter som behandlas. Det saknas således ett heltäckande register för att mäta användningen av läkemedel i Sverige.



Ge staten ett utökat ansvar så att alla patienter oavsett bostadsort kan behandlas med det mest verkkningsfulla läkemedlet, skriver debattörerna.

Foto: Gorm Kallestad/TT

”
Några av de nya och mest effektiva läkemedlen mot blodcancersjukdomen myelom har fördröjts upp till två år.

Men det mest svårbegripliga i sammanhanget är kanske ändå SKR:s interagerande med Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) som ansvarar för prisförhandlingarna med läkemedelsföretagen. Då dessa förhandlingar inte ger några garantier på vilka volymer som kommer att inhandlas – det avgör regionerna senare – blir rabatterna generellt lägre än i många andra länder.

För 2019 beräknas kostnaden för cancerläkemedel till 7 miljarder kronor. Då är det rimligt att vi har kunskap om nyttan av alla dessa miljarder, inte bara en andel som är fallet i dag. Särskilt då nya behandlingsmetoder inte bara sparar liv och lidande, utan också kan vara lönsamma för samhället eftersom fler cancerpatienter kan komma tillbaka till ett yrkesverksamt liv.

Lösningen, som vi ser det, är att vända på dagens dåligt fungerande system och ta bort flera steg i processen, varefter vi föreslår följande åtgärder:

- Ge staten ett utökat ansvar så att alla patienter oavsett bostadsort kan behandlas med det mest verkkningsfulla läkemedlet.
- Låt staten sköta uppföljning och utvärderingen av nya läkemedel.
- Gör de nationella vårdprogrammen, som tas fram av landets ledande experter, styrande för regioner och kliniker. I dag är de bara en rekommendation.
- Inrätta heltäckande register för alla relativt dyra cancerläkemedel, så att man tidigt kan mäta effekter och kostnader.
- Inför interimslösningar och gör nya EMA-godkända behandlingar tillgängliga för behandling i Sverige senast tre månader efter ett EMA-beslut.

Detta skulle göra svensk cancervård mer effektiv och rättvis. Ytterst handlar det om att rädda och förbättra liv.

Lise-lott Eriksson

ordförande Blodcancerförbundet

Susanne Dieroff Hay

ordförande Bröstcancerförbundet

Magnus Norin

styrelseledamot Melanomföreningen

Foto: Xxxxxxx

Foto: Xxxxxxx