



FOTO: NICLAS AHLBERG

# ”Vi måste få igång användningen

Varje dag dör tio svenskar i lungcancer. De senaste årens forskningsgenombrott inom diagnostik och behandling av lungcancer med immunterapi ger dock patienterna nytt hopp. Men kommer de att få tillgång till de nya behandlingarna? Detta diskuterades på seminariet ”Lungcancer – från dödsdom till framtidshopp” som Bristol-Myers Squibb arrangerade i Almedalen i somras. **Fredrik Hed** redogör här för vad som sades.

**V**arje år drabbas ungefär 3800 människor av lungcancer i Sverige. Ungefär lika många dör varje år av sjukdomen. Lungcancer är den femte vanligaste cancerformen i Sverige och bara 15 procent av de drabbade lever efter fem år. Enligt Cancerfondsrapporten 2015 är det den cancersjukdom som dödar flest människor.

Rökning är, hos närmare 90 procent av dem som insjuknat, orsaken till sjukdomen. I 10-20 procent av fallen har det med arbetsmiljön att göra, även att utsättas för radogas kan bidra, enligt Klas Kärre, professor i immunologi vid Karolinska Institutet och ordförande i Cancerfondens forskningsnämnd.

– Men ibland kan vi inte förklara varför en ung, icke-rökare insjuknar. Det kan bero på dagliga mutationer i celler-

na som kroppen inte kan laga, men vi vet inte med säkerhet orsaken.

I sitt arbete med att förebygga lungcancer har Cancerfonden ett visionärt mål om ett tobaksfritt Sverige år 2025. Ett första steg kan vara att minska exponeringen av tobaksförpackningar.

– Forskning visar att ett förbud mot exponering av tobaksförpackningar minskar förekomsten av lungcancer, framför allt bland unga. Här har exempelvis Australien och Kanada kommit mycket längre än Sverige, fortsatte Klas Kärre.

Hösten 2014 skrev Roger Henriksson, professor och överläkare i onkologi och chef för Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland, en debattartikel på DN Debatt, ”Screening av lungcancer kan rädda 500 liv per år”.

– Amerikanska studier visar att vi ska screena högriskgrupper. De som är eller har varit storrökare och de som är i åldersspannet 50-70 år hör dit, sa Roger Henriksson vid seminariet.

Socialstyrelsen tillsatte en utredning. Roger Henriksson tillade att det snart publiceras en studie i ämnet som gjorts i Europa.

## **KOMBINERA NYA OCH GAMLA BEHANDLINGAR**

De traditionella behandlingarna är operation, strålning och cellgifter. 1997 kom de första målstyrda behandlingarna. De erbjöd mer skräddarsydd och individualiserad behandling, längre liv men annorlunda biverkningar.

– Det allra senaste är immunterapi som hjälper kroppens eget immunför-

svar att bekämpa bakterier, virus eller andra sjukdomar, sa Signe Friesland, överläkare vid onkologiska kliniken vid Karolinska universitetssjukhuset.

Malignt melanom är det område där forskning och behandling har kommit längst med immunterapi. Nu testas det inom många olika cancersjukdomar, bland annat lungcancer.

– Tack vare vårt immunförsvar lagar kroppen hela tiden små tumörer, men ibland misslyckas immunsystemet och då lagas det inte som det ska. Nu har vi en ny pusselbit att lägga till de andra behandlingarna vid lungcancer. För att lyckas med detta måste vi samarbeta och kombinera gamla och nya behandlingar, sa Signe Friesland.

– Hur ska plånboken räcka? undrade Susanne Hobohm, moderator för seminariet och själv överlevare i lungcancer.

– För att den ska göra det måste vi göra likadant över hela landet. Ett exempel är Zytiga, vid prostatacancer, där vissa landsting sa nej och andra sa ja till att använda det. Det är helt orimligt, svarade Dag Larsson.

– Där lyckades landstingen, via NT-rådet, gemensamt förhandla ner priset så att alla landsting kan använda det. Vi vill ha in nya läkemedel, men vi tycker inte att industrin ensamt ska få sätta priset. Vi måste därför diskutera med industrin, sa Dag Larsson.

Dag Larsson påpekade också att vi har mycket att lära av Danmark. Vi måste arbeta med strukturerade vårdförlopp inom cancer vården. Och vi ska vara

dess läkemedel. Vad gör vi då? undrade Katarina Johansson, ordförande i Nätverket mot cancer.

– Vi har en förfärlig sjukdom där dödligheten avgörs av slumpen. Vi har 98 nya läkemedel på gång in i USA för behandling av lungcancer, samtidigt har vi också en begränsad plånbok. Hur ska den ekvationen gå ihop och varför är dessa läkemedel så dyra? frågade Susanne Hobohm.

– Läkemedelskostnadernas andel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna är cirka nio procent. Cancerläkemedlens andel av de totala läkemedelskostnaderna är cirka tio procent. Så vi pratar egentligen om något som är 0,9 procent av alla pengar vi lägger på sjukvård i Sverige. Sett ur ett sjukvårdsperspektiv är detta inget problem, men sett till priset per

## av nya läkemedel”

### TAR TID INNAN NYA MEDICINER ANVÄNDS INOM VÅRDEN

Vården, myndigheter och organisationer får ofta kritik för att det tar lång tid i Sverige för nya behandlingar att tas upp och användas.

– I Sverige har det länge rått en försiktighetsprincip. Men det håller på att ändras. Vi arbetar nu för att alla 21 landsting och regioner ska göra likadant. Det pågår diskussioner mellan staten, SKL (Sveriges Kommuner och Landsting), regioner, landsting och TLV (Tandvård och läkemedelsförmånsverket) kring hur vi ska göra på bästa sätt, förklarade Dag Larsson, oppositionslandstingsråd (s) i Stockholms läns landsting och nyvald ordförande i SKL:s sjukvårdsdelegation.

försiktiga med att ha ett lokalt kostnadsansvar på klinikerna för nya dyrare läkemedel.

– Jag tror att det måste finnas pengar avsatta på annat håll för dessa behandlingar, sa Dag Larsson.

### DYRA MEDICINER ÄR ETT PROBLEM

Seminariet avslutades med ett panelsamtal på temat:

”Hur ska de nya cancerbehandlingarna nå patienterna?”

Här följer några spridda röster från samtalet:

– Jag blir rädd när jag tänker hur detta ska lösas utan att det skjuts till mer medel. Det är positivt att landstingen kommer överens, men om inte pengarna finns kan det betyda att ingen får

behandling är det mycket pengar. Det är en utmaning, sa Anders Blanck, vd för Läkemedelsindustriföreningen.

Det som driver kostnaderna är de årtal av forskning som krävs för att ta fram ett nytt läkemedel.

– Idag kostar det i snitt cirka 2,5 till fyra miljarder dollar för att ta fram ett nytt läkemedel, förklarade Anders Blanck.

Anders Blanck fick delvis stöd av Dag Larsson.

– Sjukvården kommer inte braka ihop av detta. Läkemedelskostnaderna är inte den tyngsta och avgörande posten i framtidens sjukvård. Men vi måste se över hur vi inför nya läkemedel och bli bättre på att snabbare införa dem. Vi måste också se över hur det statliga läkemedelsanslaget ser ut, hur vi kan stimulera införandet av nya läkemedel och att landstingen gemensamt ser till att det är en vettig prislapp. De nya hepatitis C-läkemedlen är ett bra exempel, där har landstingen diskuterat ihop sig och kan hantera dessa. Jag är inte så alarmistisk och orolig.

Roger Henriksson, chef för Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland, me-

**”Snabb diagnos tillsammans med rätt vård i rätt tid. Det kommer rädda liv, menade Katarina Johansson, ordförande Nätverket mot cancer.”**

nade att trots att det tar lång tid och kostar mycket pengar att ta fram nya läkemedel, måste läkemedelsföretagen anpassa sina priser efter verkligheten.

– Ska ett bolag som har forskat fram livsavgörande mediciner ha samma vinstmarginaler som bolag i andra branscher? frågade Roger Henriksson.

Anders Blanck svarade att industrin har tagit sitt ansvar.

– Vi är den bransch som har de striktaste etiska reglerna för marknadsföring bland alla branscher. Det är en utmaning hur vi i denna miljö tar fram nya läkemedel. Vi öser miljarder över forskningen och måste se till att de nya innovationerna kommer patienterna till del. Om det vore fantastiskt enkelt att ta fram nya läkemedel skulle riskkapitalisterna stå i kö för att investera, men det gör de inte.

Han fick medhåll från Klas Kärre på Cancerfonden.

– När EMA har godkänt ett läkemedel, det finns ett pris och läkemedlet har visat patientnytta, då ska det ut till patienterna utan vidare försening. Då är det bättre att det initialt finns statliga pengar anslagna till den första användningen. Ju tidigare läkemedel kommer i bruk desto bättre är det. Då kan vi se vem som svarar på behandlingen och lära oss vem som ska ha respektive behandling.

– Samtidigt måste vi kräva en mycket bättre uppföljning av behandlingarna än idag, bland annat därför att de nya immunterapierna har en del svåra biverkningar, fortsatte Klas Kärre.

#### **DET DRÖJER INNAN NYA MEDICINER NÄR PATIENTERNA**

Tommy Björk, som är ordförande i patientföreningen Stödet, tyckte inte att det är rimligt att det tar flera månader att få tillgång till nya läkemedel efter att de blivit godkända av myndigheterna. Patienter i många andra länder får det samma vecka som det godkänns.

– Vi har ju medlemmar som hör av sig och undrar om de ska åka utomlands för att få behandling.

Signe Friesland menade att det som är viktigast för henne när hon sitter med patienterna är att hon inte ska behöva

#### **”LUNGCANCER – FRÅN DÖDSDOM TILL FRAMTIDSHOPP”**

##### **Program**

##### **SKA SLUMPEN FÅ AVGÖRA MÖJLIGHETEN TILL TIDIG UPPTÄCKT?**

**Klas Kärre, ordförande Cancerfondens forskningsnämnd, Roger Henriksson, chef för Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland, Tommy Björk, ordförande Lungcancerförbundet Stödet.**

##### **REVOLUTIONEN INOM IMMUNONKOLOGI GER CANCERPATIENTER NYTT HOPP**

**Signe Friesland, överläkare vid onkologiska kliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Dag Larsson (s), oppositionslandstingsråd Stockholms läns landsting och ordförande i sjukvårdsdelegationen SKL.**

##### **DEBATT – HUR SKA DE NYA CANCERBEHANDLINGARNA NÅ PATIENTERNA?**

**Katarina Johansson, ordförande Nätverket mot cancer, Anders Blanck, vd Läkemedelsindustriföreningen, Roger Henriksson, Dag Larsson, Klas Kärre, Tommy Björk och Signe Friesland.**

**”Onkologin har aldrig varit mer spännande och utmanande än den är nu. Det är bara att samarbeta och ta för sig så blir det bättre, sa Signe Friesland, överläkare vid onkologiska kliniken, Karolinska universitetssjukhuset.”**

fundera på sjukhusets eller landstingets ekonomiska situation.

– Jag ska kunna välja det läkemedel jag tycker är bäst oavsett kostnaden. Alla läkemedel fungerar inte på alla patienter.

Roger Henriksson kände sig förhoppningsfull inför framtiden.

– Vi har regionala cancercentra för att vården ska bli jämlik. Vi måste alla samarbeta för att råda bot på skillnaderna och vi som arbetar i vården måste bidra till att åtgärda bristerna.

De andra deltagarna fyllde i.

– Vi måste få igång användningen av nya läkemedel. Det kommer att generera ny forskning och nya idéer, sa Klas Kärre.

– Vi har bestämt oss för att vi ska vara världsledande i Sverige, men vi

måste fila på detaljerna, sa Anders Blanck.

– Onkologin har aldrig varit mer spännande och utmanande än den är nu. Det är bara att samarbeta och ta för sig så blir det bättre, sa Signe Friesland.

– Snabb diagnos tillsammans med rätt vård i rätt tid. Det kommer rädda liv, menade Katarina Johansson, ordförande Nätverket mot cancer.

Dag Larsson påpekade att vi är bättre på att hantera läkemedel idag än tidigare. Tillsammans med industrin ska vi bli bättre på att introducera nya läkemedel också. Men han nöjde sig inte med det.

– Genom att introducera strukturerade vårdkedjor kommer vi att få en fantastisk cancervård framöver, avslutade Dag Larsson.

FREDRIK HED, MEDICINJOURNALIST

