



Bavencio (avelumab), Imfinzi (durvalumab), Jemperli (dostarlimab), Keytruda (pembrolizumab), Libtayo (cemiplimab), Opdivo (nivolumab) och Tecentriq (atezolizumab)

Uppföljning av ordnat införande 2022-10-19

Sammanfattning och slutsatser

De första PD-(L)1-hämmarna nivolumab och pembrolizumab godkändes av den Europeiska läkemedelsmyndigheten 2015 och de första rekommendationerna från rådet för nya terapier (NT-rådet) kom samma år. Efter det har ytterligare fem produkter och ett flertal nya indikationer blivit godkända och rekommenderade av NT-rådet.

Data på inköp av de olika läkemedlen uppdelat på region, läkemedel och månad är hämtad från E-hälsomyndigheten. Dessa uppgifter har använts för att analysera geografisk variation i användning samt att beräkna täckningsgrad i Registret för cancerläkemedel. Aggregerad statistik för användning baserat på individdata är inhämtad från Registret för cancerläkemedel. Den statistiken har använts för att analysera användning vid olika diagnoser, följsamhet till NT-rådets rekommendationer och att beskriva behandlingslängd och ålder vid behandlingsstart.

Det finns skillnader i användning av PD-(L)1-hämmare. Användningen är tydligt högre i de geografiskt sydliga sjukvårdsregionerna (Sydöstra, Södra och Västra). Den faktiska skillnaden i användning har också ökat över tid. Skillnaden kan sannolikt inte helt förklaras av demografiska skillnader eller skillnader i behov.

Användning vid hud- och lungcancer utgör majoriteten av nyttjandet av PD-(L)1-hämmare. Användningen vid dessa diagnoser är dock i nivå med de förväntningar som fanns vid rekommendationstillfället. I flera fall där en NT-rekommendation har utfärdats under analysperioden har användningen startat innan bejakande rekommendation vilket visar på att NT-rådets rekommendationer inte alltid har beaktats i val av behandling. Vid flera diagnoser har även PD-(L)1-hämmare använts utanför indikation.

I flera regioner är täckningsgraden i Registret för cancerläkemedel relativt god under större delen av analysperioden. Djupare analys av behandlingsmönster är därmed möjliga baserat på dessa regioner. Täckningsgraden är dock för låg i flera regioner för att det ska gå att analysera orsaker till skillnad i användning och därmed göra en bedömning av hur jämlik vården är.



Bakgrund

En PD-1-hämmare är en antikropp som binder till och blockerar en receptor som kallas ”programmerad celledöd-1” (PD-1) och PD-L1-hämmare är antikroppar som på motsvarande sätt blockerar PD-L2. Härigenom blockeras dess interaktion med liganderna PD-L1 och PD-L2, som brukar uttryckas på bland annat tumörceller och andra celler i tumörens närområde. Bindningen mellan PD-1 och PD-L1/PD-L2 hämmar normalt T-cellernas celldelning och utsöndring av cytokiner, och genom att blockera denna interaktion kan immuncellerna förbli aktiva. PD-(L)1-hämmare ökar därigenom immunsystemets förmåga att döda cancerceller.

De första PD-(L)1-hämmarna nivolumab och pembrolizumab godkändes av den Europeiska läkemedelsmyndigheten för malignt melanom 2015 och de första rekommendationerna från NT-rådet kom samma år. Efter det har ytterligare fem produkter och ett flertal nya indikationer blivit godkända och rekommenderade av NT-rådet (se tabell 1).

Tabell 1. Första bejakande rekommendation från NT-rådet per läkemedel och diagnos.

Diagnos	atezolizumab	avelumab	cemiplimab	dostarlimab	durvalumab	nivolumab	pembrolizumab
Hudcancer*		2018-03 ⁺	2021-01 ⁺⁺			2015-09 ⁺⁺⁺	2016-04 ⁺⁺⁺
Lung- eller lungsäckscancer*	2018-02		2021-11		2018-11	2015-12	2016-12
Njurcancer*		2021-01				2016-06	2021-10
Huvud-halscancer*						2017-06	2019-01
Urotelial cancer*	2018-08	2021-03				2017-10	2017-10
Bröstcancer*	2019-12						2021-11
Lever- gallvägs- och gallblåsecancer	2021-04						
Lymfom						2021-04	2021-04
Matstrup- och matsäckscancer*						2021-05	2021-08
Tjock- och ändtarmscancer*						2022-05	2021-05
Livmoderkroppscancer*				2022-02			
Matstrupscancer						2022-04	
Livmoderhals- och vaginalcancer							2022-05

Källa: NT-rådets sammanställning av rekommendationer samt egen bearbetning. *Diagnosen innehåller flera indikationer med bejakande rekommendation, rörande t.ex. linje av behandling eller typ av cancer. *Indikation avser merkelcellscancer. **Indikation avser kutan skivepitelcancer. ***Indikation avser melanom.

De diagnoser där det finns flest läkemedel med en bejakande indikation är lung- eller lungsäckscancer och melanom. Inom flera av diagnoserna finns flertalet underindikationer avseende t.ex. behandlingslinje, cancertyp och ifall det är en adjuvant behandling (dessa diagnoser är markerade med en asterisk i tabellen ovan).

Läkemedelsområdet har expanderat kraftigt under de senaste fem åren och NT-rådet har hanterat ett stort antal nya indikationer. Målsättningen för NT-rådets arbete är en rättvis och jämlik tillgång till nya läkemedel genom effektiv användning av våra resurser. För att följa upp NT-rådets arbete inom området PD-(L)1-hämmare har vi fokuserat på att analysera fyra områden:

- geografisk variation i användning
- användning vid olika diagnoser och följsamhet till rekommendationer
- beskrivning av patientpopulation och behandlingsmönster
- täckningsgrad i Registret för cancerläkemedel

Metod för de olika analyserna beskrivs i respektive avsnitt. I Bilaga 2 finns fler figurer för djupare analys. I den här rapporten har vi analyserat användningen utifrån diagnoser enligt rapportering i Registret för cancerläkemedel. I registret saknas i vissa fall diagnoser, det gäller t.ex. merkelcellscancer och kutan skivepitelcancer. Behandlingar vid dessa diagnoser har antagits vara registrerade under diagnosen melanom, men vissa rapportörer kan ha registrerat under diagnoskoden "Övrigt". I rapporten använder vi därför hudcancer som diagnos, vilket inkluderar melanom, merkelcellscancer och kutan skivepitelcancer. Den absoluta majoriteten av användning vid diagnosen är dock melanom. Se Tabell 1 för de diagnoser där NT-rådet har eller har haft en bejakande rekommendation. För fullständig beskrivning av vilket läkemedel som är rekommenderat för respektive indikation se NT-rådets hemsida¹.

Datainsamling

Data för inköp av de olika läkemedlen uppdelat på region, läkemedel och månad är hämtad från E-hälsomyndigheten för perioden 2017 kvartal 1 till och med 2022 kvartal 2. För att få en bättre bild av hur läkemedlen används har vi utgått från måttet definierade dygnsdoser (DDD). Samtliga läkemedel saknar definition av DDD och vi har därför uppskattat ett DDD-värde baserat på doseringsinformation i produktresumé (se Bilaga 1). Vid jämförelser mellan regioner har den totala konsumtionen av läkemedlen justerats för antalet personer i regionen som är äldre än 50 år. Det för att ta hänsyn till skillnader i befolkningsstruktur. Region Dalarna har inte levererat uppgifter om slutenvårdsanvändning av läkemedel under större delen av analysperioden och ingår därför inte i analysen och inte heller i summeringen för Sjukvårdsregion Mellansverige.

Aggregerad statistik för användning baserat på individdata är inhämtad från Registret för cancerläkemedel för perioden 2018 kvartal 1 till och med 2021 kvartal 4 för samtliga PD-(L)1-hämmare där det finns registrerad användning under studieperioden. Datauttaget skedde 29 mars 2022. Läkemedlen atezolizumab, avelumab och durvalumab finns med i registret från 1 april 2019 och cemiplimab från 1 juli 2021. Data är uppdelat på kvartal, diagnos, läkemedel och region och inkluderar mätvärden för incidens, prevalens, prevalentia dagar, behandlingstid, ålder vid behandlingsstart och orsak till utsättning. Om en PD-(L)1-hämmare har använts ihop med ett annat läkemedel finns det andra läkemedlet också med i underlaget. För mer information om Registret för cancerläkemedel se deras hemsida².

Alla analyser utfördes i programmeringsspråket R (1).

Geografisk variation

Data på inköp av läkemedel från E-hälsomyndigheten har använts för att analysera geografiska skillnader i användning. Regioner har grupperats efter vilken sjukvårdsregion de tillhör. Region Halland är delad baserat på folkmängd så att 42 procent tillhör Södra sjukvårdsregionen och 58 procent tillhör Västra sjukvårdsregionen. Som mått används DDD per tusen invånare över 50 år. I

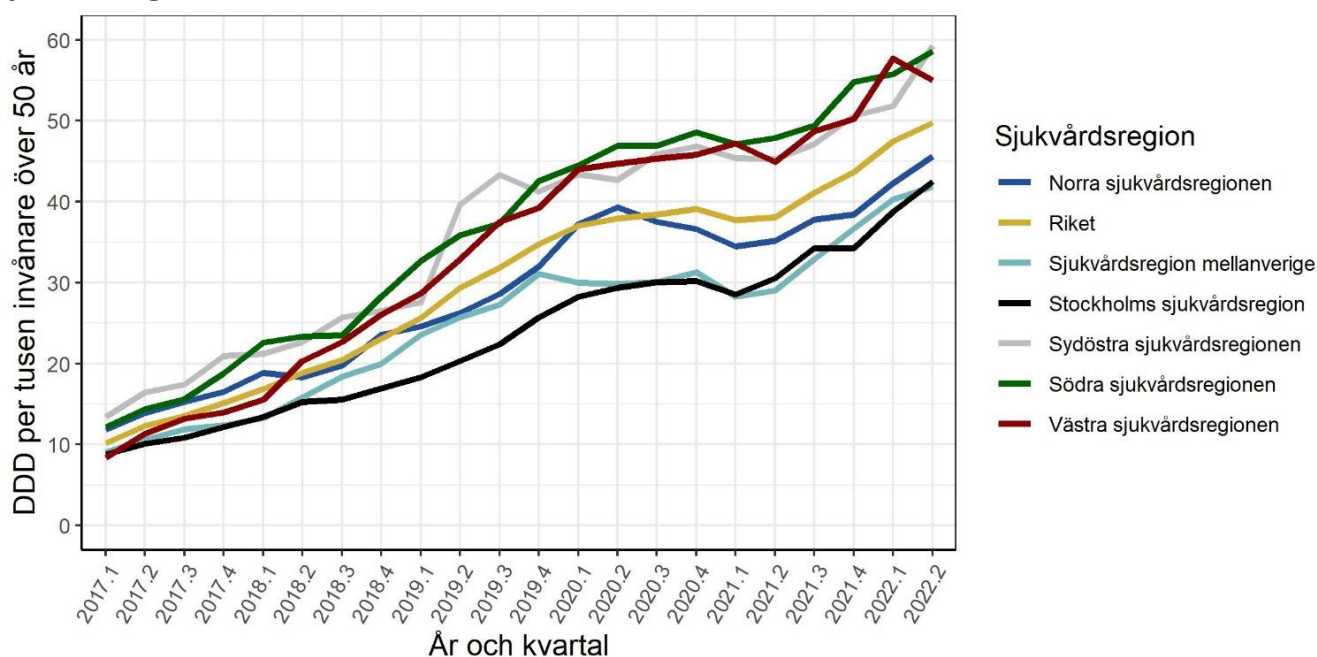
¹<https://janusinfo.se/nationelltinforandeavlakemedel/uppfoljning/ntradetsgenerellarekommendationforpd1hammare.4.64f7f0551764bcaa0af7560.html> och <https://janusinfo.se/nationelltinforandeavlakemedel/rekommendationer/arkiv.4.11b119de1639e38ca5f3d9.html> (besökt 2022-09-29)

² <https://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/cancerlakemedel/kvalitetsregister/> (besökt 2022-09-29)

Sverige bor det 3,8 miljoner människor som är över 50 år, vilket medför att 1 DDD per tusen användare motsvarar 3 800 behandlingsdagar i riket.

Användningen av PD-(L)1-hämmare är tydligt högre i de geografiskt sydliga sjukvårdsregionerna (Sydöstra, Södra och Västra). Den faktiska skillnaden i användning har också ökat över tid. Skillnaden kan sannolikt inte helt förklaras av demografiska skillnader eller skillnader i behov. Vid val av läkemedel är nivolumab och pembrolizumab helt dominerande. I valet mellan dessa läkemedel gör regioner olika. Se Bilaga 2 för detaljerade resultat uppdelat på region och läkemedel.

Figur 1. Daglig definierad dygnsdos (DDD) per tusen invånare över 50 år per kvartal och sjukvårdsregion.



Källa: E-hälsomyndigheten. Region Dalarna är exkluderat ur analysen. Region Halland är delad baserat på folkmängd så att 42 procent tillhör Södra sjukvårdsregionen och 58 procent tillhör Västra sjukvårdsregionen

För att djupare analysera skillnaderna i användning skulle användningen behövas delas upp på olika diagnoser. Data från E-hälsomyndigheten möjliggör inte det och täckningsgraden i Registret för cancerläkemedel är för låg i flera regioner för att det ska gå att använda i det syftet.

Användning vid olika diagnoser och följsamhet till rekommendationer

Registret för cancerläkemedel har använts för att analysera användningen vid olika diagnoser. Underlaget har begränsats till regioner med hög täckningsgrad³. Dessa regioner är Jämtland, Jönköping, Skåne, Värmland, Västerbotten och Östergötland, vilka utgör 28 procent av befolkningen över 50 år i Sverige. För att mäta användning har incidens baserat på antal behandlingsstarter med ett visst läkemedel och för en viss diagnos använts. I Sverige bor det 3,8 miljoner människor som är över 50 år, vilket medför att en incidens på 0,1 per tusen invånare motsvarar att 380 individer under ett kvartal startar en behandling.

³ Se avsnittet *Täckningsgrad i registret för cancerläkemedel*

Som framgår av Figur 2 står användning vid hud- och lungcancer för majoriteten av användningen av PD-(L)1-hämmare. Antal individer per år som startar en behandling är i nivå med vad som var förväntat vid rekommendationstillfället för dessa behandlingar. Pembrolizumab vid lungcancer och nivolumab vid hudcancer är båda rekommenderade för flertalet indikationer inom respektive diagnos.

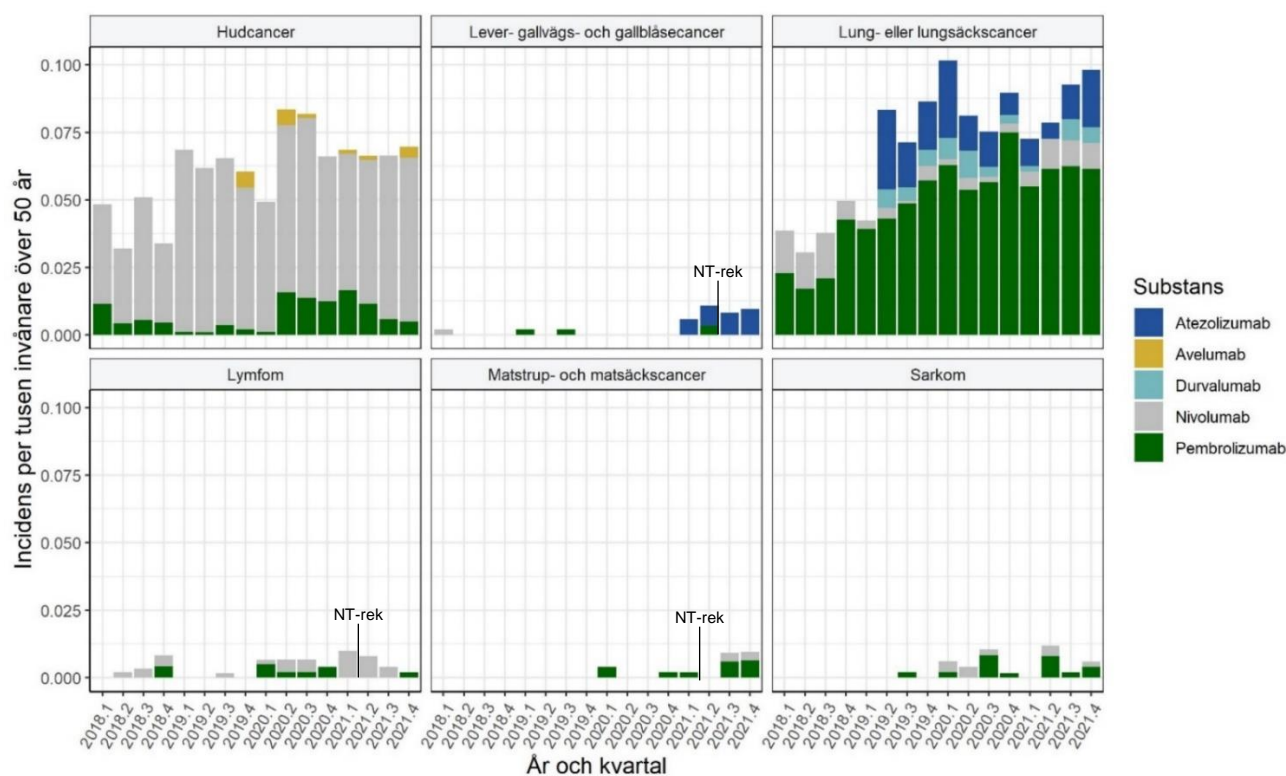
För flera diagnoser finns det möjlighet till besparingar avseende läkemedelskostnad genom att använda den PD-(L)1-hämmare som har lägst kostnad efter återbäring. Vid melanom ser vi att det ofta har gjorts, nivolumab som har en lägre kostnad än pembrolizumab är betydligt mer använt. Vid lungcancer har pembrolizumab under stora delar av analysperioden haft en högre kostnad efter återbäring än andra substanser. På första linjens behandling är atezolizumab i kombination kemoterapi ett alternativ och på andra linjens behandling är nivolumab ett alternativ. Andra linjens behandling är dock en mindre indikation. Att pembrolizumab ändå är det alternativ som är mest använt visar på att det finns en besparingsmöjlighet genom att välja substanser med lägre kostnad och med jämförbar effekt. Det kan dock finnas skillnader detaljnivå kring indikationerna, t.ex. nivå av PD-L1-uttryck som också kan förklara val av läkemedel.

I figuren nedan visas den första tidpunkt något läkemedel fick bejakande rekommendation vid en diagnos (NT-rek). För hudcancer och lung- eller lundsäckscancer skedde det innan analysperiodens start och sarkom har ingen bejakande rekommendation. I samtliga illustrerade fall där en NT-rekommendation har utfärdats under analysperioden har användningen startat innan den bejakande rekommendationen.

För diagnosen sarkom finns det inget PD-(L)1-hämmare med godkänd indikation. Det finns dock fas 2 studier på området (2). Att PD-(L)1-hämmare använts off-label kan vi också se för andra diagnoser (se Figur 6).



Figur 2. Incidens per tusen invånare över 50 för utvalda diagnoser, per läkemedel och kvartal.



Källa: Registret för cancerläkemedel. Endast användning i regionerna Jämtland, Jönköping, Skåne, Värmland, Västerbotten och Östergötland ingår i dataunderlaget. Atezolizumab, Avelumab och Durvalumab finns med i registret från 1 april 2019. NT-rek: första tidpunkt något läkemedel fick bejakande rekommendation för diagnosen. Förändringar i början och slutet av analysperioden ska tolkas med försiktighet då täckningsgraden är lägre.

Region Skåne utgör 50 procent av patientunderlaget i urvalet och kommer därmed få stor påverkan på resultatet. Eftersom användningen av PD-(L)1-hämmare i Region Skåne är högre än riksgenomsnittet kommer den beräknade incidensen antagligen vara något överskattad om den översätts till antal nyinsatta i Sverige som helhet.

Medelålder och behandlingsmönster

Registret för cancerläkemedel har använts för att analysera behandlingens längd, medelålder vid behandlingsstart och orsak till avslut av en behandling. I analyserna har vi använt hela dataunderlaget (informationen från alla regioner oavsett täckningsgrad). Analysen inkluderar bara behandlingar där start och slutdatum för behandling finns registrerat. För respektive diagnos och läkemedel är medelålder vid behandlingsstart, genomsnittlig behandlingens längd (månader mellan start av behandling och slutdatum) samt ett 95 procentigt konfidensintervall för behandlingens längd beräknat.

För flera diagnoser avvek den observerade behandlingens längden från de tider för progressionsfri överlevnad som observerats i studierna som låg till grund för en rekommendation:

- För behandlingen atezolizumab + nab-paklitaxel vid trippelnegativ bröstcancer var mediantid på progressionsfri överlevnad i studien 7,5 månader (3). Genomsnittlig behandlingens längd i registret var 5,3 månader.
- För diagnosen melanom var förväntad progressionsfri medianöverlevnad för nivolumab och pembrolizumab 5,1 respektive 5,5 månader vid behandling av metastaserad sjukdom (4, 5). I registret framgår en något längre observerad behandlingens längd (6,8 respektive 6,1 månader). Det kan bero på att det för dessa läkemedel även finns adjuvant behandlingsindikation som har betydligt längre förväntad behandlingens längd (normalt ett års behandling).

Tolkningar av skillnader i behandlingstid ska göras med försiktighet då analyserna är gjorda på breda diagnoser som inkluderar flera olika indikationer och tar inte hänsyn till underliggande patientkarakteristika som kan förklara skillnader i behandlingstid. För vissa patienter avslutas också behandling p.g.a. toxicitet utan att tumören progredierat och då blir behandlingstiden kortare än progressionsfri överlevnad. För att analysera detta djupare skulle mer detaljerade data om patientpopulation och behandlingssak krävas.

Figur 3. Behandlingslängd och medelålder vid behandlingsstart per läkemedel för ett urval av diagnoser.

Diagnos/läkemedel	n	Medelålder	Behandlingslängd, månader	Medel (95 % KI)
Bröstcancer	44	50		5.27 (3.70 till 6.84)
Atezolizumab*	34	48		5.26 (3.82 till 6.70)
Hudcancer	1848	65		6.39 (6.11 till 6.67)
Nivolumab	1448	65		6.76 (6.43 till 7.09)
Pembrolizumab	261	67		6.13 (5.56 till 6.69)
Lung- eller lungsäckscancer	2239	70		4.72 (4.50 till 4.94)
Atezolizumab*	264	71		3.61 (3.13 till 4.08)
Atezolizumab*/kemoterapi	14	71		2.07 (1.36 till 2.78)
Durvalumab*	133	69		5.78 (5.02 till 6.55)
Nivolumab	324	70		4.87 (4.24 till 5.50)
Pembrolizumab	1195	70		5.21 (4.87 till 5.54)
Pembrolizumab/kemoterapi	303	68		3.34 (3.02 till 3.67)

Källa: Registret för cancerläkemedel. Period 2018 – 2021, endast diagnoser/läkemedel där antal individer är 10 eller fler är inkluderade. *Finns med i registret från 1 april 2019. Medelålder: medelålder vid behandlingsstart, n: antal individer, prickad linje utgör genomsnittlig behandlingstid för samtliga diagnoser i urvalet.

Eftersom enbart behandlingar där det finns ett slutdatum registrerat ingår i analysen kommer den genomsnittliga behandlingstiden underskattas något. Det beror på att pågående, möjligtvis långa, behandlingar vid studieperiodens slut inte kommer med. Känslighetsanalyser visar att om analysen avgränsas till att bara inkludera behandlingar startade 2019 eller 2020 ökar genomsnittlig behandlingstid något, men skillnader jämfört studieresultat kvarstår. Se Figur 7 för resultat för flera diagnoser och läkemedel.

Tabell 2 visar orsak till behandlingsavslut per diagnos grupperat för samtliga PD-(L)1-hämmare. I många fall saknas orsak till utsättning av en behandling. Det är då redovisat som "Uppgift saknas". Vanligaste orsaken till en behandling avslutas var progress av sjukdomen. Vid vissa diagnoser finns det adjuvant (normalt tidsbestämd behandling) och palliativ (normalt behandling till progress) indikation vilket kan påverka mönstret för orsak till behandlingsavbrott.

Tabell 2. Orsak till behandlingsavslut per diagnos.

Diagnos (n)	Annan orsak	Död av annan orsak	Död av progress	Död av toxicitet	Enligt plan	Patientens val	Progress	Toxicitet	Uppgift saknas
Bröstcancer (71)	4%	0%	0%	0%	4%	0%	48%	6%	38%
Hudcancer (2541)	9%	1%	1%	0%	21%	1%	24%	17%	28%
Huvud-halscancer (276)	9%	5%	3%	0%	3%	1%	44%	9%	25%
Lever- gallvägs- och gallblåsecancer (44)	16%	0%	2%	0%	0%	0%	27%	7%	48%
Lung- eller lungsäckscancer (2918)	12%	6%	1%	0%	12%	1%	29%	15%	24%
Lymfom (53)	11%	0%	0%	0%	40%	2%	11%	15%	21%
Matstrup- och matsäckscancer (28)	7%	0%	0%	0%	0%	0%	11%	4%	79%
Njurcancer (902)	9%	1%	1%	0%	9%	0%	32%	20%	28%
Okänd primärtumör (19)	11%	0%	5%	0%	5%	0%	37%	5%	37%
Sarkom (24)	13%	0%	4%	0%	4%	0%	33%	8%	38%
Tjock- och ändtarmscancer (54)	11%	0%	0%	0%	9%	0%	28%	9%	43%
Urotelial cancer (467)	11%	3%	2%	0%	5%	0%	45%	9%	25%
Övrigt (120)	9%	3%	4%	0%	8%	1%	33%	12%	30%

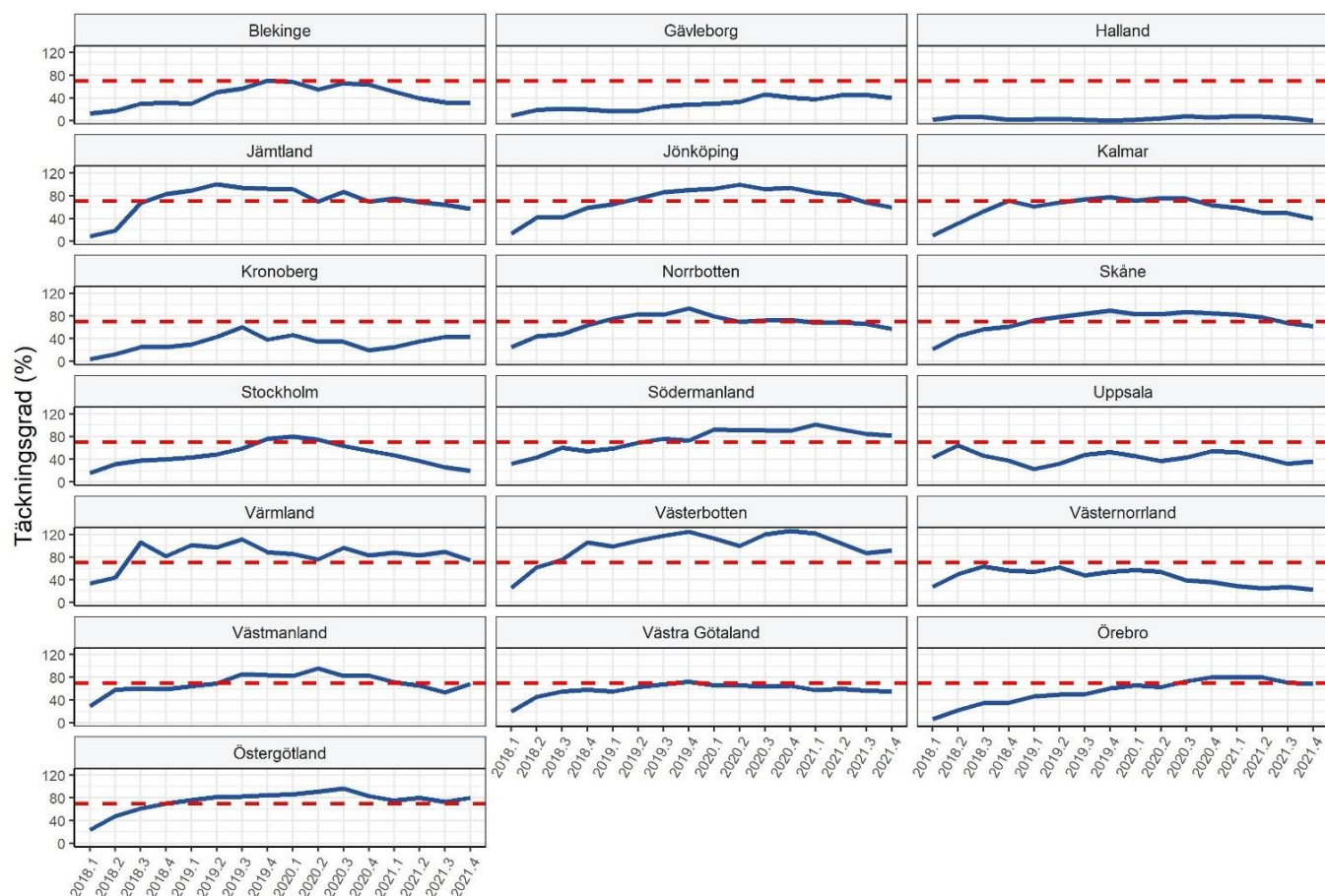
Källa: Registret för cancerläkemedel. Period 2018 – 2021, endast diagnoser där antal individer är 10 eller fler är inkluderade. n: antal individer.

Täckningsgrad i registret för cancerläkemedel

För beräkning av täckningsgrad i registret för cancerläkemedel har antal DDD baserat på inköpsdata från E-hälsomyndigheten jämförts med antal prevalenta dagar från Registret för cancerläkemedel. Täckningsgraden är beräknad per region (inköpande respektive rapportering) och kvartal genom att dividera antal prevalenta dagar med antal DDD. Antal prevalenta dagar motsvarar för en individ de antal dagar den varit under behandling. Där slutdatum för behandling saknas är det imputerat med 75 procent kvartilen (baserat på antal dagar från datum för behandlingsstart till slutdatum för behandling). Kvartilerna är baserade på samma gruppering av diagnos och läkemedel som den individ som saknar slutdatum.

För flera regioner ökar täckningsgraden under 2018 (se figur 4). Från 2019 och framåt har täckningsgraden varit relativt stabil för flertalet av regionerna. Under slutet av 2021 faller dock täckningsgraden, vilket beror på att det finns eftersläpning av inrapportering i registret. I flera regioner är täckningsgraden relativt god i större delen av analysperioden och de har därför valts ut till djupare analys i avsnittet "Användning vid olika diagnoser och följsamhet till rekommendationer". De regionerna är Jämtland, Jönköping, Skåne, Värmland, Västerbotten och Östergötland.

Figur 4 Uppskattad täckningsgrad i registret för cancerläkemedel per kvartal och region.



Källa: E-hälsomyndigheten, Registret för cancerläkemedel samt egen bearbetning. Täckningsgraden är baserat på antal definierade dygnsdoser från E-hälsomyndigheten och antal prevalenta dagar från Registret för cancerläkemedel. Region Dalarna och Gotland ingår inte i analysen. Röd streckad linje = 70 procent.

I måtten antal DDD samt antal prevalenta dagar finns det vissa osäkerheter. Måttet DDD är baserat på en egen sammanställning baserat på dosering på de vanligaste diagnoserna. Avviker den genomsnittliga doseringen i en region jämfört med den i produktresumén kommer täckningsgraden över- eller underskattas. För cirka 70 procent av observationerna saknas det slutdatum. För måttet antal prevalenta dagar hanteras saknad av slutdatum genom imputation med den 75 procent kvartilen. Om den faktiska behandlingstiden är kortare kommer täckningsgraden att överskattas. Det finns också en risk för att periodiseringen i de olika datakällorna skiljer sig åt. Ett läkemedel kan köpas in på en klinik en månad för att sedan användas flera månader senare. Det gör att täckningsgraden kan tyckas variera mer mellan kvartal än den faktiskt gör.

Referenser

1. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>. 2022.
2. Tawbi HA, Burgess M, Bolejack V, Van Tine BA, Schuetze SM, Hu J, et al. Pembrolizumab in advanced soft-tissue sarcoma and bone sarcoma (SARC028): a multicentre, two-cohort, single-arm, open-label, phase 2 trial. *The Lancet Oncology*. 2017;18(11):1493-501.
3. TLV 2019. Underlag för beslut i landstingen Tecentriq (atezolizumab) https://www.tlv.se/download/18.4a9f381f16e413223711ad93/1573135205528/bes191105_underlag_tecentriq.pdf (Besökt 2022-10-17)
4. TLV 2015. Underlag för beslut i landstingen Opdivo (nivolumab) https://www.tlv.se/ovriga-sidor/sok.html?id=svpages_2&query=keytruda. (Besökt 2022-10-17)
5. TLV 2015. Underlag för beslut i landstingen Keytruda (pembrolizumab) https://www.tlv.se/download/18.467926b615d084471ac33ac6/1510316360861/Kunskapsunderlag_keytruda.pdf (Besökt 2022-10-17)



Bilaga 1

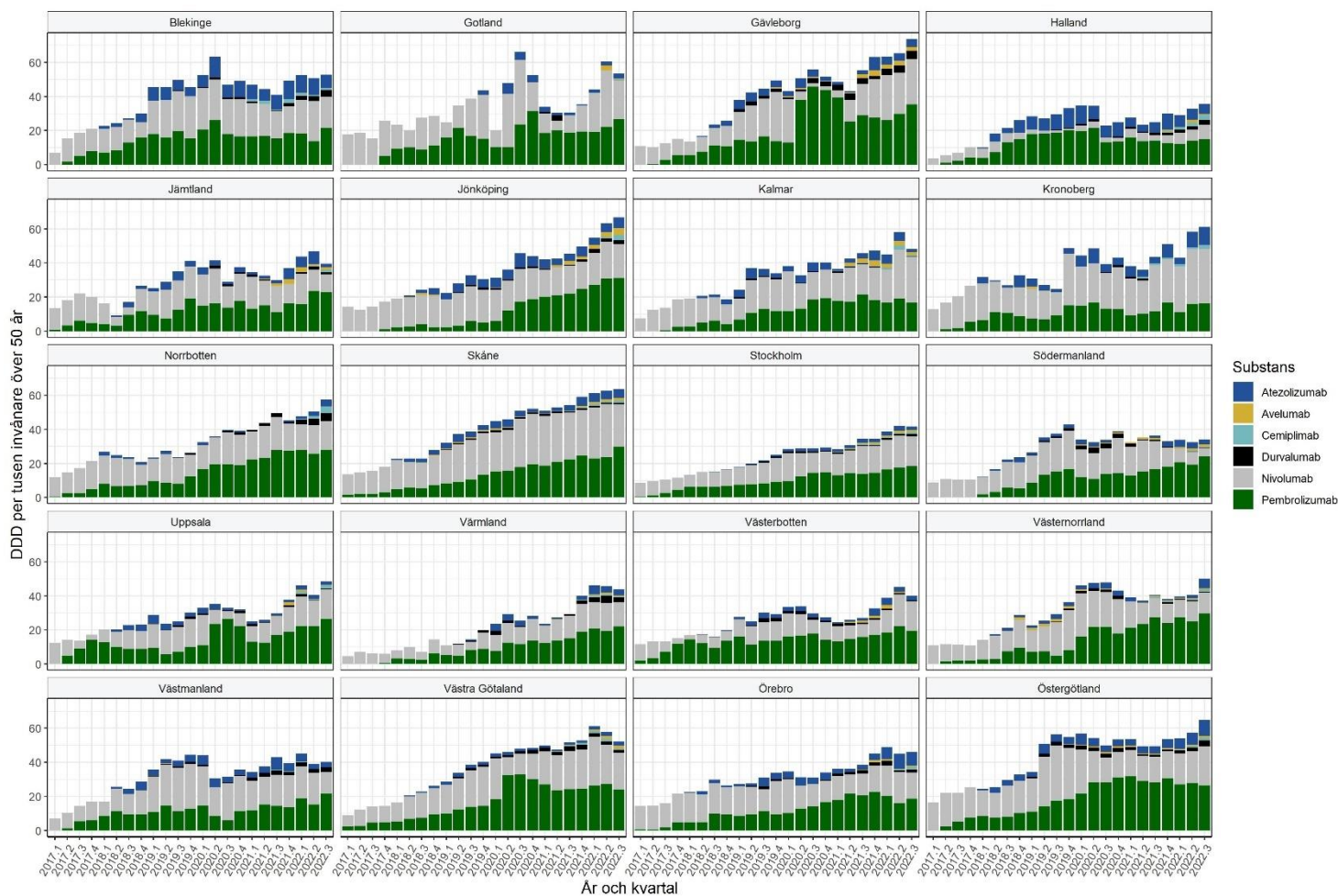
Tabell 3. Uppskattade definierade dygnsdoser per substans.

Substans	Doser per cykel (mg)	Längd cykel (dagar)	Administrationer per cykel	Definierad dygnsdos (mg)
<i>Atezolizumab 840 mg</i>	840	14	1	60,00
<i>Atezolizumab 1200 mg</i>	1200	21	1	57,14
<i>Avelumab</i>	800	14	1	57,14
<i>Cemiplimab</i>	350	21	1	16,67
<i>Dostarlimab</i>	500	21	1	23,81
<i>Durvalumab</i>	1500	28	1	53,57
<i>Nivolumab</i>	240	14	1	17,14
<i>Pembrolizumab</i>	200	21	1	9,52

Källa: Dosering i produktresumén samt egna beräkningar.

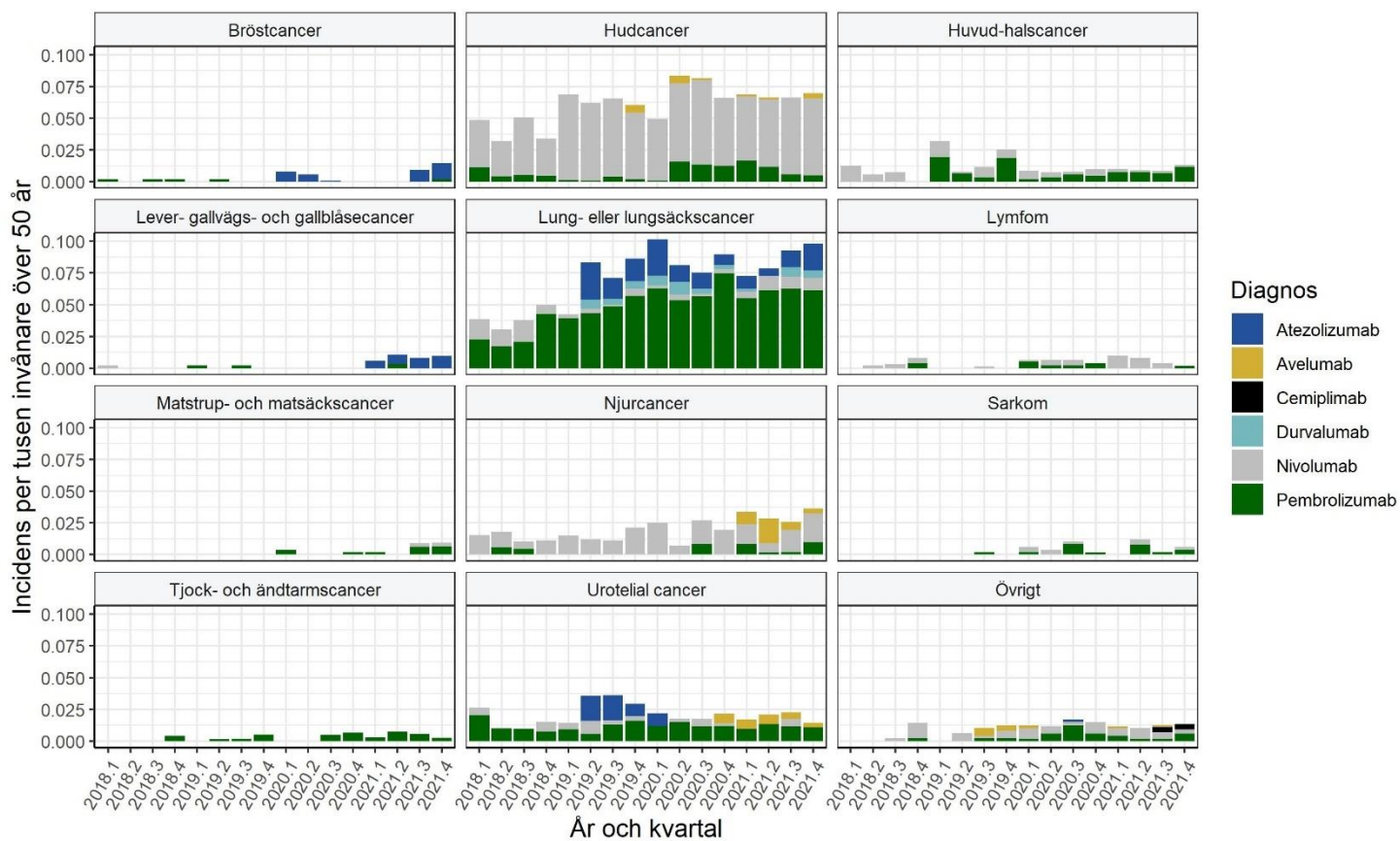
Bilaga 2

Figur 5. Daglig definierad dygnsdos (DDD) per tusen invånare över 50 år per kvartal och region.



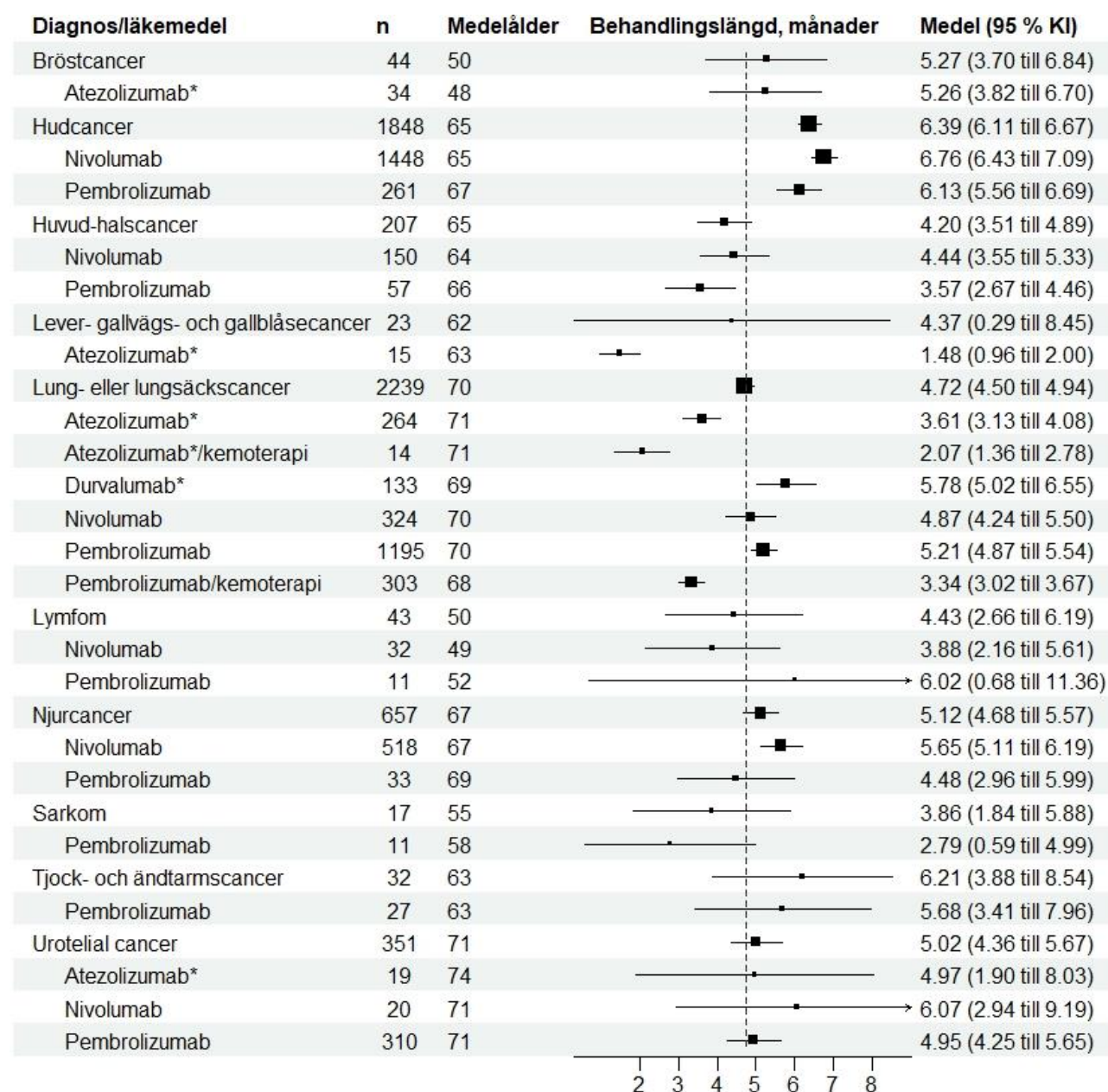
Källa: E-hälsomyndigheten. Region Dalarna är exkluderat ur analysen. Dostarlimab har inte använts under analysperioden i någon region.

Figur 6. Incidens per tusen invånare över 50, per diagnos och kvartal.



Källa: Registret för cancerläkemedel. Endast användning i regionerna Jämtland, Jönköping, Skåne, Värmland, Västerbotten och Östergötland ingår i dataunderlaget. Atezolizumab, Avelumab och Durvalumab finns med i registret från 1 april 2019. Förändringar i början och slutet av analysperioden ska tolkas med försiktighet då täckningsgraden är lägre.

Figur 7. Behandlingslängd och medelålder vid behandlingsstart, per diagnos och läkemedel.



Källa: Registret för cancerläkemedel. Period 2018 – 2021, endast diagnoser/läkemedel där canceren är beskriven och antal individer är 10 eller fler är inkluderade. *Finns med i registret från 1 april 2019. Medelålder: medelålder vid behandlingsstart, n: antal individer, prickad linje utgör genomsnittlig behandlingslängd för samtliga diagnoser i urvalet.

Sammanställt av Emil Aho, emil.aho@regionstockholm.se, 2022-10-19. NAC-gruppen har lämnat kommentarer på rapporten och RCC i samverkan har hjälpt till med statistikuttag.