

Reserapport från EACPT2024 i Rotterdam

Staffan Svensson

Distriktsläkare & klinisk farmakolog
Nötkärnan Bergsjön vårdcentral & BVC, samt
Sektionen för Farmakologi vid Sahlgrenska Akademin,
Göteborg

Smärre redigering 2025-01-19

Kongressens höjdpunkter

Till att börja med vill jag tacka Stiftelsen för klinisk farmakologi och farmakoterapi för dess generösa resebidrag gällande European Association for Clinical Pharmacology and Therapeutics (EACPT)-kongressen i Rotterdam, 8–11 juni 2024. För mig var de viktigaste momenten i kongressen de som handlade om ovanliga sjukdomar, pediatrika & geriatrika patienter, samt utfasning av läkemedel.

Ovanliga sjukdomar

En föreläsning om the *European network to facilitate research on drug-repurposing*, av Martin de Kort, handlade om de ansträngningar som görs för att studera läkemedel mot ovanliga och/eller ekonomiskt ointressanta sjukdomar. Ekonomiskt ointressanta i bemärkelsen “patienter i fattiga länder” vars betalningsförmåga således är låg, vilket liksom för ovanliga sjukdomar begränsar marknadsekonomiska incitament för att undersöka nya indikationer. Målet med de Korts nätverk, är att få till stånd evidens för läkemedelsbehandling av sådana sjukdomar, och i förlängningen etablera nya indikationer.

Hittills har det bara varit patentinnehavare/läkemedelstillverkare som kunnat ansöka om ny indikation, vilket hindrat användning vid ovanliga sjukdomar. Men i ett utkast till ny EU-läkemedelslagstiftning föreslås att även andra aktörer ska kunna ansöka om ny indikation. Om European Medicines Agency (EMA) bifaller en sådan ansökan, skulle en ny indikation kunna skapas oberoende av tillverkaren: ... *it allows not-for-profit entities to submit evidence for a new indication ... provided it fulfills an unmet medical need ... the marketing authorisation holders will be required to submit a variation and bring it on-label.*

Detta var nytt för mig, ett viktigt fält. Mer info i denna länk: irdirc.org.

Pediatriska & geriatriska patienter

Pediatriska studier diskuterades under ett seminarium. En för mig ny insikt var att läkemedelsstudier i princip bara utförs på sjuka barn – det finns alltså inga friska-frivilliga-studier! Detta då det är etiskt omöjligt att göra sådana studier på friska barn. Vidare framkom att ungefär två tredjedelar av pediatriska läkemedel används off-label (eller “unlicensed”).

Det här med barn hänger ihop med ämnet “dosering per kroppsvikt”, vilket jag diskuterade med professor Ylva Böttiger, som också var på kongressen, under ett seminarium som handlade om äldre och läkemedel. Ylva påpekade att dosering per kroppsvikt oftast är irrelevant vad gäller långvarig behandling där tiden till steady state inte är viktig. Detta eftersom steady state beror på clearance snarare än distributionsvolym. En småväxt individ har visserligen mindre distributionsvolym och kommer därför snabbare upp i steady state. Men vad gäller clearance har den endast svag koppling till kroppsvikten. Leverns effektivitet beror främst på enzym-aktiviteten, med stor individuell variation och med betingning av samtidigt använda läkemedel. Njurarnas clearance beror mer på glomeruli-antalet och åldern än njurstorleken, och denna storlek ökar inte heller proportionellt med vikten (inte ens med lean body mass). Slutsatsen av detta är att man hos vuxna sällan har nytta av att dosera efter kroppsvikt vad gäller kroniska behandlingar.

Detta diskuterade vi i samband med ett seminarium där jag fick hoppa in och hålla ett anförande istället för en medlem i vår forskargrupp, som blev tvungen att åka hem i förtid. Ämnet var indikatorer för läkemedelskvalitet hos äldre och anförandet mottogs väl. På samma seminarium drog Petra Thürmann en minnesvärd indelning av åldringar: de tre “go”: “go-go” som är den friske, maratonlöpande 80-åringen; “slo-go” som är långsamrörliga äldre med rollatorer; och “no-go” som är de sängbundna som inte rör sig alls.

Utfasning

SanYuMay Tun, research fellow och allmänläkare i Oxford, föreläste om *Planetary Health Education in Prescribing*. Hon tog bland annat upp hur mycket mer det undervisas om *insättning* av läkemedel, än om *utsättning*. Utfasning (deprescribing) dök även upp som ämne i andra sammanhang på kongressen, liksom olika aspekter av hållbarhet. Detta angränsar till Choosing Wisely-rörelsen, som jag själv är inblandad i, under det svenska namnet “Kloka Kliniska Val”.

Dr Tun definierade hållbar vård så här: *Sustainable health care focuses on the improvement of health and better delivery of healthcare rather than late intervention in disease, with resulting benefits to patients and to the ecosystems on which human health depends, thus serving to provide high-quality healthcare now without compromising the ability to meet the health needs of the future* [1]. Hennes definition har sedemera anammats av International Association for Medical Education.

Som orsaker till överförskrivning av läkemedel nämnde Dr Tun *single-condition clinical guidelines*, och *lack of alternatives to prescribing a medicine*. Hon påpekade att det finns *a need for on-going review and deprescribing to be built into the process of prescribing*. Vilket jag håller med om, min erfarenhet är att patienter alltför ofta skickas ut från sjukhus till primärvården med mycket begränsade upplysningar om vad man tänkt sig med de ordinerade läkemedlen på sikt (utom när det gäller etablerat tidsbegränsade behandlingar som tikagrelor).

Det där var intressant i sig och hon citerade också två källor som jag bestämde mig för att läsa: rapporten *Good for you, good for us, good for everybody* av Keith Ridge (redaktör), 2021 [2] som handlar om överförskrivning, och artikeln *The three numbers you need to know about healthcare: the 60-30-10 Challenge* av Braithwaite et al, 2020 [3]. Den sistnämnda går ut på att ungefär 60% av sjukvården utförs i linje med rekommendationer, 30% består av slöseri, duplikation eller lågvärdevård, och 10% av patienterna drabbas av iatrogen skada eller biverkningar (onödiga sådana, får man anta). Artikeln landar sedan i ett resonemang om *complexity science* och hur det kan tillämpas på bland annat biverkningsförebyggande, något man borde kolla upp närmare.

Några take-home messages

- Läkemedels indikationer har hittills styrts helt av patentinnehavare/tillverkare, men detta är förhoppningsvis på väg att ändras
- Dosering per kroppsvikt är sällan relevant vid läkemedelsbehandling av kroniska sjukdomar hos vuxna
- För att åstadkomma hållbar sjukvård är utfasning av läkemedel en kritisk aktivitet

Personlig reflektion

Deltagande i kongressen väckte en del tankar – vem vänder den sig till, vad är den bra för, vad är dess mål? Vad betyder kongressens ämnen för mig? Jag är kliniskt verksam som distriktsläkare på Nötkärnan Bergsjön vårdcentral, och har inte arbetat vid klinisk farmakologisk avdelning på många år, även om min forskning är inom det kliniska farmakologiska fältet. Av det skälet kanske jag inte är lämpad att uttala mig som klinisk farmakolog. Mitt intryck är dock att kongressen har en svår uppgift eftersom det är så disparata förutsättningar för kongressdeltagare från olika länder. Som exempel betraktas tydligen apotekare som kliniska farmakologer i Frankrike.

Men här fick jag hjälp av några portugiser som refererade till artiklar av Folke Sjöqvist [4,5] samt ett citat av honom som visades jämte ett foto: *The mission of EACPT is rational prescription of drugs*. Vilket naturligtvis är sant. Följdfrågan blir då, hur ska man definiera detta? Till nästa EACPT-kongress jag eventuellt åker på kommer jag att hålla den frågan aktuell – vad är rationell läkemedelsanvändning?

Referenser

1. Tun MS. Fulfilling a new obligation: Teaching and learning of sustainable healthcare in the medical education curriculum. *Medical Teacher*. 2019;41(10):1168–77.
2. Keith Ridge (Editor). Good for you, good for us, good for everybody. Department of Health and Social Care UK; 2021. Available from: [\(pdf\)](#).
3. Braithwaite J, Glasziou P, Westbrook J. The three numbers you need to know about healthcare: The 60-30-10 challenge. *BMC Medicine*. 2020;18(1).
4. Orme M, Sjöqvist F, Birkett D, Brøsen K, Cascorbi I, Gustafsson LL, et al. Clinical pharmacology in research, teaching and health care: Considerations by IUPHAR, the International Union of Basic and Clinical Pharmacology. *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*. 2010;107(1):531–59.
5. Sjöqvist F. Development of clinical pharmacology as a medical speciality in Europe – the roles of WHO, IUPHAR and EACPT. *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*. 2014;115(2):172–8.