

Klinisk vejledning for almen praksis:

Afmedicinering

- en systematisk tilgang

Kommentar [CH1]: Stor ros for at der er fokus på dette emne. Det øger patientsikkerheden.

2025

Kolofon

Afmedicinering – en systematisk tilgang

Copyright © Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM)

1. udgave, 1. oplag 2025

Det er tilladt at citere fra vejledningen med tydelig kildeangivelse: Afmedicinering – en systematisk tilgang (klinisk vejledning), 2024, Dansk Selskab for Almen Medicin.

ISBN (trykt): 978-87-91244-44-5

ISBN (elektronisk): 978-87-91244-45-2

Arbejdsgruppens medlemmer

Anton Pottegård, professor ved Syddansk Universitet og Sygehusapotek Fyn, Odense Universitetshospital (formand for arbejdsgruppe)

Gitte Krogh Madsen, speciallæge i almen medicin og praktiserende læge i Roskilde, Region Sjælland (formand for arbejdsgruppe)

Bo Gerdes, speciallæge i almen medicin og praktiserende læge i Hedehusene, Region Hovedstaden

Cees Stavenuiter, speciallæge i almen medicin og praktiserende læge i Steenstrup, Region Syddanmark

Hans West, speciallæge i almen medicin og praktiserende læge i Aalborg, Region Nordjylland

Karolina Lewandowska, speciallæge i almen medicin og ansat i Viby Sjælland, Region Sjælland

Marie Strøm Zangenberg, yngre læge og i hoveduddannelsesforløb i almen medicin, Region Midtjylland



Tak til Odense Deprescribing Initiative (ODIN) for faglig sparring og samarbejdet undervejs.

Interessekonflikter

Alle medvirkende har indsendt en habilitetserklæring, og der er ingen interessekonflikter.

Sekretariatsbistand

Anette Sonne Nielsen, chefkonsulent

Annette Gehrs, webmedarbejder

Sanne Bernard, sekretær

Rasmus Køster-Rasmussen, vejledningsredaktør

Forlagsredaktion

Lone Niedziella, LingoLab Translation

Grafisk tilrettelæggelse og illustrationer

Jannerup Grafisk

Trykkeri
Scandinavian Print Group

Finansiering
Vejledninger i regi af DSAM udarbejdes for midler, som er afsat via "Overenskomst om almen praksis".

OFFENTLIG HØRINGSVERSION

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	4
Forord	5
Evidensgrundlaget	6
Generelt om DSAM's vejledninger	7
Del I: Baggrund	8
1. Tankegangen om afmedicinering	8
2. Ansvar	11
3. Vigtige patientgrupper	13
4. Organisering	15
5. Ressourcer	18
Del II: Praksisnært	21
6. Forberedelse	21
7. Konsultationen	24
8. Opfølgning	27
Del III: Cases	30
Case 1: Jytte	30
Case 2: Ole	33
Referencer	36

Forord

Som læger ordinerer vi medicin hele tiden med god og meget håndgribelig støtte fra talrige guidelines. Men de færreste har en tilsvarende systematisk tilgang til at revurdere og eventuelt stoppe farmakologisk behandling. Vi håber, at vejledningen her kan styrke netop denne del af arbejdet i almen praksis.

Vejledningen er struktureret i 3 dele. I første del samles en række overvejelser omkring afmedicineringstankegangen, hvornår og for hvem revurdering af behandling vil være særligt værdifuldt, hvordan man organiserer sig i praksis og tilgængelige ressourcer på området. I anden del diskuteres forhold omkring den enkelte patients forløb, fra afmedicinering italesættes som mulighed, over hvordan revurderingen foretages og hvordan der følges op – med fokus på den gode kommunikation med patienter, pårørende og kollegaer i almen praksis og andre steder i sundhedsvæsenet. I tredje og sidste del præsenterer nogle patientcases med det formål at bygge bro mellem de generelle overvejelser og den konkrete kliniske praksis.

En væsentlig og veldokumenteret barriere for afmedicinering er manglen på støtte fra kliniske vejledninger. Det håber vi at imødegå med denne vejledning. Nogle læger vil måske efterlyse specifikke anvisninger for, hvornår man skal revurdere, og hvordan man skal seponere konkrete lægemiddelgrupper. Desværre findes der for langt de fleste lægemidler ikke den nødvendige evidens for at opstille sådanne håndfaste kriterier. Derfor har vi valgt ikke at gennemgå konkrete lægemiddelgrupper her, men i stedet henvise til andre ressourcer for dette. Det betyder også, at denne vejledning skal tænkes og bruges som et supplement til andre vejledninger inden for de enkelte sygdomsområder. Derfor vil denne vejledning, i højere grad end de fleste andre af DSAM's kliniske vejledninger, kunne bruges som en samlet inspirationskilde til ændrede arbejdsgange fremfor et specifikt opslagsværk, der kan anvendes i den kliniske dagligdag.

Revurdering og reduktion i behandlingsintensiteten er særligt relevant for den multisyge og polymedicinerede patient, og vejledningen tager derfor udgangspunkt i disse patienter. Da de bagvedliggende overvejelser er af bredere relevans, vil vejledningen dog også berøre forebyggelse af overbehandling og mere strukturelle tiltag til organisation om revurdering i den kliniske dagligdag.

Vi har valgt at bruge ordet 'afmedicinering' (oversat fra det engelske *deprescribing*). Dette har vi gjort for at være eksplicite om, at vi søger at styrke en specifik og underprioriteret del af vores virke, nemlig revurdering og reduktion i farmakologisk behandling. Det bør naturligvis aldrig være et mål i sig selv at reducere i behandlingen blot for at reducere. Målet er at optimere den enkelte patients behandling, blandt andet ved i højere grad at få afstemt behandlingen med patients egne ønsker til behandlingsniveau. Dette mål nås bedst gennem gode arbejdsgange om opstart såvel som løbende revurdering og afslutning af behandling.

Vi håber, at vejledningen kan inspirere til overvejelser om, hvor længe en behandling skal vare, og hvornår den skal revurderes, så afmedicinering kan blive en naturlig del af den eksisterende ordinationsrutine. Derudover håber vi, at vejledningen kan bane vejen for, at andre kliniske vejledninger vil få et øget fokus på rammerne for, hvornår og hvordan behandling skal revurderes og evt. reduceres. Først og fremmest håber vi, at vejledningen kan give inspiration til nye rutiner omkring medicinering til dagligdagen i almen praksis.

God læselyst!

Arbejdsgruppen, januar 2025

Evidensgrundlaget

Denne kliniske vejledning er kun i begrænset omfang baseret på konkrete kliniske studier, da der endnu ikke findes studier der afprøver specifikke afmedicineringsinterventioner i kontekst af almen praksis. Vejledningsgruppen har haft tre primære måder at identificere evidens der understøtter de afgivne anbefalinger:

- 1) I samarbejde med Odense Deprescribing Initiative (ODIN) er der identificeret studier omkring holdninger, barrierer og facilitatorer omkring afmedicinerung som proces.
- 2) Tilsvarende udenlandske vejledninger er identificeret og læst som inspiration.
- 3) En række internationale eksperter indenfor afmedicinerung er blevet kontaktet, særligt ift. at identificere viden om hvilke patientgruppe der har størst gavn af afmedicinerung.

Anbefalingerne er baseret på arbejdsgruppens erfaringer fra deres virke i almen praksis, drøftelser med en lang række kollegaer fra almen praksis og med særlig vægt på at undgå sygeliggørelse og overbehandling, i overensstemmelse med DSAM's pejlemærker.

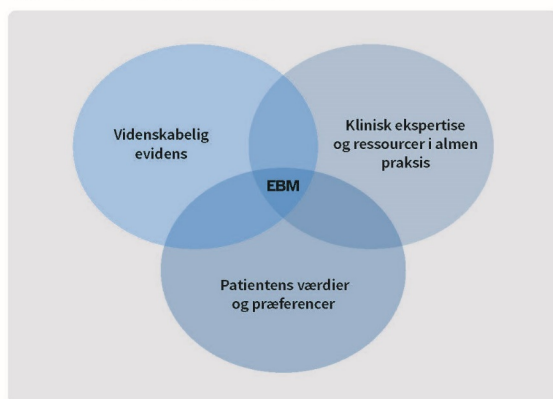
Generelt om DSAM's vejledninger

De faglige vejledninger fra DSAM behandler udvalgte aspekter af forebyggelse, diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering for specifikke tilstande og patientgrupper, hvor der er fundet særlig anledning til at afdække evidensen, f.eks. om en behandling er gavnlig, skadelig eller måske bare utilstrækkeligt undersøgt.

Formålet med DSAM's vejledninger er at hjælpe praktiserende læger med at udføre evidensbaseret praksis – eller evidensbaseret medicin - som det er defineret af McMaster University i Canada (1). Viden fra forskningen indgår i beslutningsprocessen om valg af undersøgelser og behandling på lige fod med den kliniske ekspertise og de ressourcer, der er til rådighed i almen praksis og patientens kontekst, ressourcer, værdier og præferencer.

Indholdet i DSAM's vejledninger er baseret på viden fra andre evidensbaserede vejledninger og forskningsartikler, som er sat i relation til de muligheder, der er til stede i almen praksis i Danmark. Lægens kliniske ekspertise og patientens præferencer er altid unikke for mødet mellem den enkelte læge og patient. Evidensbaserede beslutninger kan opstå i dette møde med input fra DSAM's vejledninger eller anden evidens.

Evidensbaseret medicin (EBM) i almen praksis



Figuren er frit oversat og tilpasset almen praksis efter Sackett DL et al." Evidence based medicine: what it is and what it isn't". BMJ. 1996 Jan 13;312(7023):71-2 (2).

Hele konteksten i mødet mellem læge og patient i almen praksis kan ikke reduceres til at rummes i denne model. Andre vigtige faktorer som kultur, samfund, magt, relation, tillid og omsorg inddrages i andre mere komplicerede modeller (3).

Del I: Baggrund

[Baggrund - indsæt illustration]

1. Tankegangen om afmedicinering

Hvornår starter overvejelserne om revurdering og afmedicinering for den enkelte patient?

Vi bruger mere og mere medicin. I 2023 blev der hentet 3,5 milliarder døgndoser på danske apoteker. Det er en fordobling over de seneste 25 år. For danskere over 80 år er polyfarmaci (≥5 midler) nu normalen. I løbet af et år indløser 350.000 danskere en recept på morfin, 470.000 på et antidepressivum, og 780.000 får lipidsænkende behandling.

Der er meget der tyder på at vores forbrug af medicin er uhensigtsmæssigt stort (10.1007/s41999-021-00479-3; 10.1111/bcp.16113) (4-5), og der er brug for et paradigmeskifte i tilgangen til lægemiddelbehandling, hvis vi skal nedbringe den. Som læger skal vi ikke blot være gode til at vurdere, om vi skal starte en lægemiddelbehandling. Det skal være lige så vigtigt løbende at revurdere, om den aktuelle lægemiddelbehandling fortsat er hensigtsmæssig.

På globalt plan forbruges omkring 100.000 ton medicin årligt. I forbindelse med den grønne omstilling af sundhedsvæsenet er der stor og tiltagende fokus på lægemidlers klima- og miljøbelastning. Minimum 25 % af sundhedsvæsenets klimaaftryk stammer fra lægemidler. Foruden CO₂-belastningen finder man lægemiddelrester i miljøet (især analgetika, antidepressiva og lipidsænkende medicin) til potentiel skade for omgivelser og dermed mennesker. Miljøpåvirkningen kommer fra selve medicin fremstillingen, men også transport, forbrug og bortskaffelsen spiller en væsentlig rolle. Derfor er det vigtigt at al medicin leveres tilbage til apoteket, hvor det bortskaffes forsvarligt. Danske apoteker fik i 2022 indleveret lægemidler til destruktions svarende til en værdi på 410 mio. kr.

Hvornår en behandling skal stoppes eller revurderes, bør være en del af overvejelserne allerede ved påbegyndelse af lægemiddelbehandling. I mange tilfælde er det tanker, som den behandlende læge allerede har gjort sig. Til gengæld kan patienterne have meget forskellige opfattelser af, om lægemiddelbehandling er tænkt som en kortere kur eller en livslang behandling, og om der er tale om forebyggende eller symptomlindrende behandling. Derfor er det vigtigt at foretage en grundig forventningsafstemning med patienten om medicinering. Det kan gøre det nemmere at identificere evt. bivirkninger eller andre problemstillinger ved den planlagte opfølgning. Planlagt opfølgning kan f.eks. sikre, at man får revurderet og stoppet symptomatisk behandling, som patienten ikke oplever effekt af.

Afmedicinering er formelt defineret som »den planlagte, superviserede* dosisreduktion eller seponering af et lægemiddel, hvor de potentielt gavnlige effekter ikke længere opvejer de potentielt skadelige effekter«. (*af en sundhedsprofessionel).

Afmedicinering er fokuseret på at mindske brugen af medicin og har til formål at sikre, via dosisreduktion eller seponering, at patienter alene anvender den medicin, der er nødvendig, effektiv, sikker og ikke mindst i overensstemmelse med den enkelte borgers behandlingsmål og -ønsker.

I praksis sker dosisreduktion eller seponering af et lægemiddel oftest reaktivt som følge af en konkret klinisk hændelse, f.eks. en bivirkning. Afmedicinering angår i udgangspunktet den proaktive vurdering af den samlede medicinliste og fremtidige potentielt gavnlige eller skadelige effekter.

Det forhindrer naturligvis ikke, at afmedicinering også kan finde sted ad hoc, hvis et lægemiddel åbenlyst ikke længere er gavnligt eller måske ligefrem skadeligt. Her vil ofte være tale om en kortere proces, hvor det ikke er hele medicinlisten der er i fokus men enkelte præparater, som læge og patient aftaler skal udtrappes eller seponeres.

Det er lægen, der er ekspert i medicinsk behandling. Derfor er det også lægen, der sætter rammerne og har ansvaret for behandlingen. Lægen bør således agere proaktivt og ikke tage for givet, at patienten "har styr på medicinen" og selv kontakter klinikken, hvis det ikke går efter planen. Derudover bør lægen sikre sig, at patient og omsorgsgivere er trygge ved lægemiddelbehandlingen og den videre plan.

Det er vigtigt at italesætte flere emner: Er den medicinske behandling af kortere eller længere varighed? Hvad forventer man sig af den? Er det forebyggende eller symptomatisk behandling? Hvornår forventes en effekt? Vil den kunne mærkes eller måles? Hvilke bivirkninger skal man reagere på?

En mulighed er at sikre opfølgning med det samme, f. eks ved at give patienten en opfølgende tid. Det har den fordel, at man ikke overlader patienten med ansvaret for at kontakte klinikken. Samarbejder man som læge med f.eks. hjemmeplejen, kan-skal man i korrespondancen med medicinplanen tilføje, hvilke symptomer eller adfærd hos patienten, de skal være opmærksomme på mhp. monitorering af effekt og bivirkninger.

Påbegynder man ny medicin, vil en mindre pakning uden reitering oftest være at foretrække, hvis nu det viser sig, at medicinen ikke er hensigtsmæssig. Derved sikrer man sig, at patienten kontakter klinikken i rette tid mhp. revurdering og evt. justering. I FMK kan man vælge, at medicinen ikke skal kunne genbestilles automatisk af patienten. Det er også muligt at sætte en selvvalgt slutdato på ordinationen, der kan sikre, at patienten eller dennes omsorgspersoner henvender sig, når datoen nærmer sig. Det sidste er især velegnet til patienter, der får hjælp til medicinering af hjemmeplejen.

Et eksempel på kommunikation ved opstart af middel mod overaktiv blære:

Lægen: "Dette er en symptomlindrende behandling. Den virker kun, så længe du tager medicinen. Du kan forvente, at dine symptomer bliver mindre, men ikke helt forsvinder. Det er dog ikke alle, der har effekt af medicinen, og det er heller ikke alle, der kan acceptere eventuelle bivirkninger. Det kan være mundtørhed, forstoppelse, synsforstyrrelser og forvirring. Hvis du oplever det, eller hvis der er noget andet, der føles anderledes, må du meget gerne ringe til mig. Så kan vi sammen vurdere, om du skal fortsætte behandlingen eller ej. Selve effekten indtræder i løbet af et par uger, så det kan tage noget tid at finde frem til, om dette er den rette behandling for dig. Når vi har fundet den rette dosis, hvor effekten overstiger bivirkningerne, vil vi revurdere behandlingen én gang om året, fordi både kroppen og symptomerne ændrer sig over tid.

Kommentar [CH2]: Det er lægens pligt at sikre, at den information, der er nødvendig for en behandling, er tilstede. Derfor anmodes om at "bør" ændres til "skal".

På den måde kan vi sikre os, at du hverken får for meget eller for lidt medicin”.

Afmedicinering er altså ikke kun en overvejelse, man kan gøre sig, når man mistænker uhensigtsmæssig medicinering. Det vil give mening at have det i tankerne som en mulighed i stort set alle konsultationer, der involverer medicin – særligt, når behandling påbegyndes.

Et større fokus på revurdering og mulighederne for afmedicinering er væsentligt i en tid med mere defensiv medicin, demografiske forskydninger, øget tilgængelighed og efterspørgsel af medicin, overdiagnostik og et presset sundhedsvæsen. Som læge kan man nemt frygte at underbehandle og blive beskyldt for ikke at have været dygtig eller grundig nok i sit arbejde. For selv med systematik, god kommunikation og høj faglighed kan det være svært at gennemskue, om den enkelte patient er i den rette lægemiddelbehandling. I mange tilfælde kræver det en pragmatisk tilgang at manøvrere i et felt med begrænset eller ingen evidens. Netop derfor er det vigtigt, at afmedicinering og revurdering får et fagligt kvalitetsstempel, så vi bliver trygge ved at praktisere det i hverdagen. På den måde vil tankegangen om afmedicinering blive naturligt forankret i det daglige kliniske virke i almen praksis.

2. Ansvar

Hvem har ansvaret for revurdering og afmedicinering?

Det er en fælles opgave for alle læger, der ordinerer medicin, at foretage løbende revurdering, rettidigt ophør eller reduktion af en igangværende behandling. Den praktiserende læge er dog oftest den person i sundhedsvæsenet, der kender den enkelte patient bedst. Derfor er den praktiserende læge i de fleste tilfælde en naturlig tovholder, når det kommer til afmedicinering. At almen praksis samtidig står for ca. 90 pct. af alle lægemiddelordinationer i Danmark (10.1111/bcp.14691) understreger blot dette (6).

Det kan være ekstra svært at ændre eller stoppe en behandling, som en anden læge, typisk en **organspecialist**, har startet. Men når patienten er afsluttet, i sygehusregi eller hos praktiserende speciallæge, overgår ansvaret for den videre behandling til den almen praktiserende læge. Når behandlingsansvaret overdrages til egen læge skal der forligge en plan for videre opfølgning og behandling, inkl. lægemiddelbehandlingen. Er det ikke tilfældet så kan det være nødvendigt at kontakte den pågældende afdeling eller speciallæge og bede om dette. Dette er desværre stadig en tidskrævende proces, men det er muligt at skrive en korrespondancemeddelelse til f. eks den udskrivende afdeling og bede om præcisering af en behandlingsplan. Hos patienter med igangværende ambulante forløb har organspecialisten ansvaret for den specialespecifikke behandling.

Omvendt er det heller ikke enkelt for almen praksis at kommunikere evt. afvigelser fra gængs praksis i lægemiddelbehandlingen videre til organspecialisten. Forhåbentlig bliver dette muligt i fremtiden, f. eks. som en note i FMK, der følger patienten over sektorgrænser.

Kommentar [CH3]: Organspecialist er et ord, som vel ikke dækker alle specialer Omfatter det også en geriater, som vel ikke har et specielt organ som sit område?

"Hvert speciale skal tage ansvar for at fjerne unødvendig medicin indenfor deres område, inden patienten sendes videre, udskrives eller afsluttes".

- *Vælg Kloget* (<https://vaelgklogt.dk/files/media/document/L%C3%B8sningsforslag%20-%20Poly.pdf>)(7)

Selvom en beslutning om afmedicinering kan være baseret på en meget konkret lægefaglig vurdering, kan det være svært at afvige fra gældende vejledninger, retningslinjer og anbefalinger. Beslutningen om afmedicinering er ofte præget af usikkerhed i forhold til den vurderede gevinst af fortsat behandling versus mulig skade ved seponering. Disse barrierer kan medføre, at nogle vælger ikke at seponere et virkningsløst eller bivirkningstungt lægemiddel til potentiel skade for patienten, og nogle afstår måske endda fra at afslutte en behandling for at undgå en klagesag eller en påtale ifm. tilsyn.

Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS) og Styrelsen for Patientklager (STPK) har meldt ud, at så længe man har journalført, at man har valgt at afvige fra retningslinjerne samt begrundelsen herfor og har udvist omhyggelighed og samvittighedsfuldhed, vil det ikke medføre udfordringer ift. tilsyn eller påtale (8).

En vejledning som denne kan forhåbentlig være med til at gøre det mere legitimt i den enkelte situation at vælge at afvige fra de generelle anbefalinger, hvis det er til oplagt fordel for den

pågældende patient.

Hvis man senere må genoptage en seponeret behandling, er det ikke udtryk for fejl, men for grundighed.

OFFENTLIG HØRINGSVERSION

3. Vigtige patientgrupper

Hvilke patienter er særligt vigtige at revurdere systematisk med henblik på afmedicinering?

Systematisk revurdering af medicinering bør særligt overvejes for patientgrupper, som har øget risiko for uhensigtsmæssig og potentiel skadelig medicinering.

Ingen studier har dog identificeret, hvilke patientgrupper der har størst gavn af at få deres farmakologiske behandling revurderet med henblik på afmedicinering. Internationale vejledninger angiver derfor ofte meget brede kriterier, såsom "alle over 75 år", "alle med hyperpolyfarmaci", defineret som "≥10 lægemidler" eller "alle ældre patienter med begrænset forventet restlevetid". På denne baggrund kan man ikke definere én specifik patientgruppe, som almen praksis med fordel kan fokusere på, ligesom man heller ikke kan udpege specifikke patientkarakteristika eller kliniske situationer, der bør udløse en systematisk revurdering af den medicinske behandling med henblik på afmedicinering.

I fraværet af veldefinerede kriterier vil undren og klinisk intuition være de vigtigste værktøjer til at identificere patienter, hvor afmedicinering bør overvejes. Det vil omfatte både egne overvejelser og input fra klinikpersonalet samt øvrige sundhedsprofessionelle, hvilke patienter der kunne have gavn af en revurdering af deres medicinering (jf. kapitel 4 om organisering, se side 14).

Nedenstående risikogrupper kan tjene som inspiration til hvor man kan fokusere.

Patienter med (hyper)polyfarmaci

Risikoen for bivirkninger, interaktioner, lægemiddelrelaterede indlæggelser m.m. stiger med antallet af lægemidler. Patienter med polyfarmaci eller hyperpolyfarmaci (oftest defineret som ≥5 lægemidler og ≥10 lægemidler) kan derfor have særligt behov for at få deres behandling revurderet.

Skrøbelige patienter

Skrøbelige (*frail* på engelsk) patienter er præget af øget byrde af symptomer, medicinsk kompleksitet og nedsat tolerance over for medicinske indgreb. På grund af multisygdom får de ofte meget medicin og er samtidig mere følsomme over for bivirkninger. Se fx vurdering af skrøbelig ved hjælp af 'clinical frailty score' i DSAM's vejledning om Den ældre skrøbelige patient (9).

Patienter med kort forventet restlevetid

Målene for medicinsk behandling hos ældre kan skifte fra "at reducere risikoen for sygdom og forlænge livet" til "at reducere behandlingsbyrden og opretholde livskvaliteten" og derved aktualisere seponering af medicin. Det er vanskeligt at prædiktere restlevetid hos ældre. En indirekte metode er ved at vurdere graden af skrøbelighed (frailty, se ovenfor) som er relateret til restlevetid.

Patienter, der får hjælp til medicinhandling

Patienter, hvis medicinhandling/dispensering anses som "særligt komplekse", f.eks. når medicindispensering varetages af social- og sundhedsassistent eller sygeplejerske, når der ordineres dosispakket medicin, eller når patienten bor på plejehjem eller bosted.

Patienter med kronisk nedsat nyre- og leverfunktion

Ved nedsat eGFR kan lægemidler eller deres metabolitter akkumuleres med risiko for alvorlige bivirkninger eller forgiftninger. Tilsvarende er det vigtigt at være opmærksom ved leverlidelser, da ophobning af lægemidler og/eller metabolitter kan skade leveren yderligere.

Patienter med alders- eller sygdomsrelateret vægttab

Ved større vægttab vil mange patienter opleve fald i blodtryk og blandt patienter med diabetes også blodsukker. Her vil løbende revurderinger og eventuelt dosisreduktion af behandling med antihypertensiva og blodsukkersænkende lægemidler være nødvendig for at undgå bivirkninger.

Patienter, der får vanedannende medicin

Ved behandling med vanedannende medicin bør der være lagt en plan for opfølgning og potentielt nedtrapning allerede ved behandlingens igangsættelse. Patienter i langvarig behandling med afhængighedsskabende lægemidler bør jævnligt vurderes med henblik på motivation for aftrapning.

Patienter, der får risikomedicin

Patienter, der bruger særligt bivirkningstunge lægemidler, f.eks. psykofarmaka og midler med antikolinerg virkning samt velkendte risikolægemidler som antidiabetika, NSAID, antikoagulantia, digoxin, kalium, methotrexat og opioider (www.bmj.com/content/329/7456/15) (10).

Patienter, der har fået ændret deres medicinering for nylig

Patienter med ændringer, f.eks. i forbindelse med kontakt til speciallægepraksis eller ved en indlæggelse. Ny medicinering kræver opfølgning angående effekt og bivirkninger.

Patienter med flere samtidige behandlere

Behandling kan ske på tværs af hospital og almen praksis, men også med involvering af både kommune (f.eks. patienter på plejehjem og botilbud) og almen praksis – med risiko for informationstab.

Ressourcesvage patienter

Patienter med lav social status og begrænset netværk har færre ressourcer til at identificere og håndtere udfordringer med deres lægemiddelbehandling.

Kommentar [CH4]: Vær opmærksom på, at behandlerfarmaceuter også har lod i medicineringen, bl.a. med genordinationer og med ordination af dosisdispensering.

4. Organisering

Hvordan organiseres arbejdet med afmedicinering og revurdering af behandling bedst i almen praksis?

Processen med at revurdere og afmedicinere kan organiseres på mange måder. Først og fremmest må den enkelte læge eller klinik beslutte, hvordan de ønsker at gribe det an.

Det kan være en løbende indsats i forbindelse med årsstatus for kronisk sygdom eller ved opfølgende hjemmebesøg. Her fremgår det af overenskomsten, at der samtidig skal laves en medicingennemgang, og det er oplagt at se på evt. uhensigtsmæssig medicinering.

Det kan også foregå som en særligt målrettet indsats, hvor praksis beslutter sig for at udvælge specifikke fokusområder. Det kan f.eks. være ud fra antallet af lægemidler, som den enkelte patient får, eller det kan være alle brugere af en særlig gruppe af lægemidler, alle patienter med en specifik diagnose eller et tilbud til skrøbelige ældre (se kapitel 3).

Fremøgning

De enkelte lægepraksissystemer har forskellige søgefunktioner, men det er i de fleste tilfælde muligt at fremsøge polyfarmacipatienter, der er i behandling med et bestemt antal lægemidler. Datakonsulenterne i kvalitetsorganisationerne i de enkelte regioner har lavet en vejledning herom. Den kan findes her:

<https://kap-s.dk/datakonsulenter/datatræk/>

Det er forskelligt fra lægesystem til lægesystem, hvordan der foretages søgninger på diagnoser, lægemidler og kombinationer heraf. Datakonsulenterne kan også her være behjælpelige.

Opsporing

Praksispersonalet kan med fordel inddrages i opsporingen af patienter, hvor afmedicinering kan være relevant, og personalet kan også bidrage til medicinanamnese og medicinafstemning før konsultationen.

Mange klinikker har valgt helt eller delvist at overdrage årsstatus for en række kroniske lidelser til praksispersonalet. Ved uddelegering af årsstatus vil personalet dog ikke altid have kompetencerne til at foretage medicingennemgang og afmedicinering. **Der bør derfor være konkrete aftaler om, hvornår lægen inddrages ift. disse emner.**

Et opmærksomhedspunkt er kvalificering af personalet, så de uddannes til at identificere potentielle lægemiddelrelaterede problemer. Dette kan i sin enkleste form være intern undervisning med udgangspunkt i f.eks. Seponeringslisten, andre tilsvarende værktøjer (se kapitel 5) eller denne vejledning. Mere omfattende opkvalificering kan også være relevant, f.eks. i forbindelse med Lægedage, KGE-moduler eller lignende.

Enhver klinik **bør have en procedure** for hvordan fornyelse af recepter finder sted, der understøtter at uhensigtsmæssig medicinering, som bør revurderes fanges af personalet, så lægen får kendskab til det og kan tage aktivt stilling til den videre behandling. Det er særlig vigtigt, hvis der f. eks er startet ny medicin under en indlæggelse, og hvor behandlingen ikke skal

Kommentar [CH5]: Når man uddelegerer visse opgaver har lægen pligt til iflg. medhjælpsbekendtgørelsen at udvælge personer med rette kompetencer, udfærdige instrukser skriftligt og instruere personalet samt føre tilsyn med udførelsen. Se [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\)](#)

"bør" udskiftes med "skal"

Kommentar [CH6]: Se ovenfor vedr. medhjælp

fortsætte. Her kan der være særlig opmærksomhed på risikolægemidler, f. eks opioider og antipsykotika.

Inddragelse

Patienter og pårørende bør inddrages i processen, hvor det er muligt. I nogle tilfælde er det patientens eget ønske om at tage mindre medicin, der igangsætter en medicingennemgang og afmedicinering, men langt de fleste patienter ved ikke, at reduktion af deres medicinske behandling er en mulighed (10.1111/jgs.15079; 10.1111/bcpt.13476) (11-12). Praksis kan forsøge at øge patienternes aktive deltagelse og stillingtagen, bl.a. ved at have skriftligt materiale liggende i venteværelset eller gøre opmærksom på muligheden via inforskærme i venteværelset.

Sektorovergange

Som nævnt i afsnittet om ansvar så er det essentielt, at der ved overdragelse af behandlingsansvaret fra sygehuslæge eller privatpraktiserende speciallæge til egen læge foreligger en plan for videre behandling, incl. Behandling med lægemidler. Dette er ikke altid tilfældet men bør om nødvendigt efterspørges.

Konsultationstyper

Principielt kan samtalen om muligheden for afmedicinering finde sted i forbindelse med alle typer af konsultationer. Det vil dog ofte ske i forbindelse med årsstatus for kronisk sygdom eller ved et opsøgende/opfølgende besøg.

En anden mulighed er den såkaldte "overblikstatus", hvor multisyge patienter én gang om året deltager i en længere konsultation, der har til formål systematisk at gennemgå patientens sygdomme og medicin og at koordinere og planlægge indsatsen for de forskellige sygdomme. Her kan afmedicinering indgå som en naturlig del af konsultationen. I øjeblikket er ydelsen ikke en del af overenskomsten, men den er beskrevet som redskabsark af DSAM (13).

Det er vigtigt, at der aftales konkret opfølgning ved alle medicinændringer (se kapitel 8). Denne opfølgning kan foregå som en almindelig konsultation, via video, som en e-mailkonsultation eller evt. telefonisk. Praksispersonalet kan med fordel også inddrages i opfølgningen efter aftale med patienten.

Centrale begreber

Medicinanamnese er udarbejdelse af en liste over en patients aktuelle lægemiddelbehandling. Det foregår ved at sammenholde oplysninger fra FMK, patient og evt. pårørende/plejepersonale.

Medicinafstemning er en procedure til at udarbejde et samlet overblik over den medicin, som patienten reelt aktuelt anvender sammenholdt med den medicin, som er ordineret.

Medicingennemgang er en struktureret og kritisk gennemgang af patientens samlede lægemiddelbehandling med det formål at optimere behandlingen.

Ajourføring er en funktionalitet i FMK og signalerer til den næste bruger, at FMK afspejler

patientens aktuelle lægemiddelbehandling.

OFFENTLIG HØRINGSVERSION

5. Ressourcer

Hvor kan jeg få hjælp og inspiration til afmedicinering?

En række ressourcer kan understøtte arbejdet med at revurdere og afmedicinere. Disse ressourcer kan inddeles i tre hovedgrupper: værktøjer, baggrundsinformation og sparring med samarbejdspartnere.

Værktøjer

Værktøjer omfatter vejledninger og redskabsark, som kan inspirere og støtte lægen i det konkrete arbejde med at revurdere og afmedicinere. Forskellige værktøjer bruges i forskellige situationer. Valget afhænger af, hvilken patient der sidder foran os. Listen er ikke fuldstændig, f.eks. er der udgivet flere vejledninger om aftrapning af opioider. Her er valgt de værktøjer, der vurderes som de mest anvendelige i almen praksis.

Værktøjer [indsæt QR-kode til hjemmeside med links]	
Seponeringslisten (14)	Beskriver anbefalinger til seponering af hyppigt anvendte lægemidler hos voksne. Udgivet af Indsatser for Rationel Farmakoterapi (IRF) under Sundhedsstyrelsen (SST) i samarbejde med regioner og faglige selskaber. Opdateres årligt.
Medicingennemgang i praksis (15)	Formålet med folderen er at understøtte lægen til systematisk og kritisk at gennemgå patientens samlede lægemiddelbehandling. Udgivet af regionernes lægemiddelkonsulenter i samarbejde med IRF i SST.
Medicinsanering på plejehjem (16)	En guide til seponering af medicin hos skrøbelige ældre. Udgivet af Nord-KAP.
Symptomkortet (17)	A4-side med en oversigt over forskellige symptomer, som kunne skyldes bivirkninger. Kan bruges i forbindelse med opsporing af bivirkninger i en afmedicineringsproces. Der er en guide med, der grundigt beskriver, hvordan den kan anvendes. Findes også under navnet "bivirkningskort" som en del af ovenstående guide "medicinsanering på plejehjem". Udgivet af Nord-KAP.
"Hvordan har du det med din medicin" (PREPAIR) (18,19)	et spørgeskema til at forberede patienter på medicinsamtalen og involvere dem mere aktivt i den. Det består af fire spørgsmål om patientens oplevelse af egen medicin. Udgivet af Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus.

Kommentar [CH7]: Vær opmærksom på, at IRF nedlægges og rådgivning om farmakoterapi fremover foregår i regi af medicinrådet - [IRF i Sundhedsstyrelsen ophører og giver stafetten videre til Medicinrådet | Sundhedsstyrelsen](#)

The NNT	Opslagsværk med 'number needed to treat'-værdier (NNT) for lægemidler underopdelt på hvilken indikation det gives for. NNT er et udtryk for det antal patienter der skal behandles i en given periode for at én patient mindre oplever et givent udfald. Kan tilgås på www.thennt.com .
Lægemidler ved nedsat nyrefunktion (20)	En guide til dosisreduktion og kontraindikation, når patienter udvikler nedsat nyrefunktion. Udgivet i et samarbejde imellem fire regioner.
Aftrapning af opioider (21)	Artikel fra Månedsbladet Rationel Farmakoterapi. Udgivet af IRF.
Aftrapning af benzodiazepiner (22)	Artikel fra Månedsbladet Rationel Farmakoterapi. Udgivet af IRF.
Antikolinerge lægemidler (23)	Liste over vigtige lægemidler med antikolinerge egenskaber, inklusive behandlingsalternativer med lavere potentiale for antikolinerge bivirkninger. Udgivet af IRF.

Baggrundsinformation

Baggrundsinformation kan gøre lægen klogere på de overordnede principper for forebyggelse af polyfarmaci og afmedicinering, og denne information kan anvendes til fordybelse i emnet.

Baggrundsinformation [indsæt QR-kode til hjemmeside med links]	
Polyfarmaci ved multisygdom – national anbefaling (24)	13 anbefalinger fra IRF om forebyggelse af polyfarmaci, risikogrupper, medicingennemgange og samarbejde på tværs af fagligheder og sektorer. Findes både som detaljeret rapport (54 sider) og kort version (4 sider).
Polyfarmaci – fra nationale anbefalinger til daglig praksis (25)	Artikel fra Månedsbladet for Rationel Farmakoterapi. Udgivet af IRF i 2022.
Afmedicinering i almen praksis: udfordringer og muligheder (26)	Artikel fra Månedsbladet for Rationel Farmakoterapi. Udgivet af IRF i 2022.
Den ældre skrøbelige patient (9)	klinisk vejledning. Udgivet af DSAM i 2023. Indeholder et afsnit om medicin, herunder afmedicinering. Beskriver Clinical Frailty Scale, som definerer den skrøbelige patient

	med særligt behov for afmedicinering.
Piller, der kan pilles fra (7)	Vælg Klogt-anbefaling og input til hvordan vi reducerer uhensigtsmæssig polyfarmaci. Udgivet af Vælg Klog i 2024.

Sparring med samarbejdspartnere

Eksterne samarbejdspartnere kan også inddrages i processen om afmedicinering, særligt i de mere komplekse tilfælde. I alle regioner er det muligt at kontakte de klinisk farmakologiske enheder med lægemiddelrelaterede spørgsmål. Herudover findes der forskellige tilbud om sparring ved telemedicinske ambulatorier, polyfarmaci-ambulatorier, geriatiske afdelinger og gennem de kliniske farmaceuter i de regionale lægemiddelenheder og diverse tidsbegrænsede projekter.

Organiseringen varierer i de forskellige regioner og ændrer sig over tid. Det kan være en god idé at holde sig orienteret om lokale samarbejdspartnere. Relevant information findes på sundhed.dk > fagperson > vælg den pågældende region > almen praksis > patientbehandling > lægemidler.

I en afmedicineringsproces kan der opstå spørgsmål til behandling, som er opstartet af organspecialister. Et eksempel kunne være AK-behandling til den ældre multimorbide patient. Her kan der sparreres med det relevante organspecialist, mens patientens samlede sygdomsbyrde og lægemiddelbyrde holdes i fokus.

Del II: Praksisnært

[indsæt illustration]

6. Forberedelse

Hvordan bringes muligheden for afmedicinering på banen? Og hvordan forberedes første konsultation?

Rammerne for revurdering og muligheden for afmedicinering afhænger af, hvem patienten er. Lægen vil ofte forud for samtalen om afmedicinering have gjort sig tanker om, hvilken patient der er tale om. Lægen kender måske allerede patienten fra tidligere kontakter og har allerede en idé om, hvorvidt patienten må opfattes som skrøbelig, om vedkommende får hjælp til medicinadministration, og hvordan den enkeltes netværk fungerer.

Barrierer

Der kan være mange barrierer for at tage en samtale om afmedicinering. Nogle læger har en indre modstand, fordi de frygter, at patienten skal føle sig opgivet, specielt sidst i livet (10.1111/bcp.13861) (27). Det er dog sjældent tilfældet (10.1007/s40266-020-00774-x; 10.1111/bcpt.13476) (28,12), og det er sjældent en barriere for patienterne. Lægen kan også tøve med at stoppe medicin, som andre læger har ordineret. Desuden kan patienten måske huske, at medicinen havde en symptomatisk effekt, da den blev påbegyndt og være bekymret for et tilbagefald af symptomer ved afmedicinering.

Flere indfaldsvinkler kan åbne dialogen om mulig afmedicinering. Det kan foregå ad hoc, "nu hvor patienten alligevel er her", eller det kan planlægges i forlængelse af en anden konsultation, hvor enten patienten eller de pårørende italesætter, at der kan være behov for en grundigere samtale om medicinen. En anden mulighed er at åbne dialogen ved årsstatus eller et opsøgende hjemmebesøg, hvor en medicingennemgang er en del af opdraget. Endelig kan enten lægen eller patienten mistænke et symptom som en bivirkning af den aktuelle medicin, og det kan være en anledning til at se nærmere på den samlede medicinliste.

Danske undersøgelser viser, at langt størstedelen af de ældre patienter ikke er klar over, at det er en mulighed at tale om afmedicinering (10.1111/jgs.1705410.1007/s40266-020-00774-x;) (27-28). Derfor er det nødvendigt at italesætte det for patienten, f.eks. i vendinger som:

- *Medicin er godt og nødvendigt til behandling af mange sygdomme, men for meget medicin kan være en belastning og i værste fald give uønskede virkninger. Vi vil gerne sikre, at du får lige præcis den medicin, der passer til dig og dine behov – hverken mere eller mindre*
- *Når du har flere kroniske sygdomme og får flere forskellige typer af medicin, vil det være godt at gennemgå din medicin jævnlige.*
- *Kroppen ændrer sig med alderen, og det kan påvirke dit behov for medicin. Det kan betyde, at medicin, der engang var gavnlige med tiden, ikke vil være det længere.*

Planlægning

Når muligheden for at afmedicinere er bragt op, og hvis patienten er motiveret, kan det være

relevant at aftale en tid til en ny konsultation, hvor man sammen lægger en plan for afmedicinering, som er tilpasset patienten og omstændighederne. Forud for næste konsultation kan spørgeskemaet "Hvordan har du det med din medicin" (PREPAIR) udleveres og introduceres til patienten med følgende information: "For at vi sammen kan finde den bedste behandling for dig, er det vigtigt for mig at blive klogere på dine tanker om din medicin. Jeg håber derfor, at du vil kigge på skemaet derhjemme og tage det med til vores næste aftale".

Det kan også være relevant at opfordre patienten til at diskutere medicinen med pårørende og evt. opfordre de pårørende til at deltage i den efterfølgende konsultation.

Hvis patienten ikke er klar til at ændre medicinen, og det ikke er akut nødvendigt, er der måske sået et frø, som kan adresseres igen ved en senere lejlighed.

I nedenstående case om Dorte gennemgås de enkelte trin, som en afmedineringsproces kan indeholde. Det kan synes omstændig og meget langvarigt men her er alle trin medtaget for at illustrere tankegangen. Det vil for mange patienter kunne gøres i færre konsultationer, afhængigt af den enkelte patients situation og motivation.

Case: Dorte – del 1

Dorte, 54 år kommer til læge for årsstatus for depression. Hun er førtidspensionist grundet mén fra en trafikulykke for 10 år siden. Dorte har følgende medicinliste:

- Sertralin 100mg x 1 – mod depression
- Zopiclone 7,5mg x 1 – mod søvnløshed
- Pramipexol 0,18mg x 1 – mod uro i benene
- Panodil 1g x 4 – mod smerter
- Ibumetin 400mg x 3 - mod smerter
- Atorvastatin 40mg x 1 - mod hyperkolesterolæmi
- Betmiga 50mg x 1 – mod hyppig vandladning
- Nitrofurantoin 50mg x 2 – forebyggelse mod blærebetændelse
- Estradiol 4mg x 1 dagligt – mod overgangsalder

Forberedelse hos praksispersonalet inden årsstatus

Den første konsultation inden årsstatus foregår i Dorthes lægehus hos praksispersonalet, som bl.a. tager EKG og blodprøver samt laver medicinanamnese. Inden Dorte går hjem, får hun udleveret *symptomkortet*, som hun bliver bedt om at udfylde og medbringe til konsultationen hos lægen. Ved den første konsultation bemærker praksispersonalet den lange medicinliste og laver en note til lægen "obs FMK".

Forberedelse ved lægen inden årsstatus

Inden Dorte kommer næste gang, forholder lægen sig til medicinlisten, som Dorte og sygeplejersken har gennemgået sammen. Derfor ved lægen, at medicinlisten stemmer med det, Dorte aktuelt tager.

Lægen tjekker opstartsdatoer og indikationer for opstart af behandlingen.

Lægen søger information i "seponeringslisten", "aftrapning af benzodiazepiner" og folderen "medicingennemgang i praksis".

Lægen tjekker EKG og blodprøver, herunder bemærker om s-kreatinin er normal.

Lægen noterer følgende opmærksomhedspunkter:

Zopiclone: Opstartet for > 1 år siden. Ikke indiceret til langtidsbehandling. Risiko for afhængighed.

Prampipexol: Opstartet for 3 år siden. Det fremgår ikke om effekten er vurderet.

Betmiga: Har været i behandling 6 mdr. Har det haft effekt? Ellers seponer.

Nitrofurantoin: Har været i behandling 1 år, uden der er forsøgt seponering. Forsøg seponering.

Estradiol: Har været i behandling 4 år. Dosis højere end vanligt iflg. pro.medicin.dk.

Lægekonsultation 1, årsstatus

Lægen indleder med at spørge, *hvad der fylder for Dorte.*

Hun fortæller, at humøret er godt, men hun er generet af kvalme.

Lægen overvejer, om kvalmen og den hårde mave kan være medicinske bivirkninger. Flere af medikamenterne på hendes medicinliste kan give kvalme.

Dorte spørger, om hun skal stoppe med sertralin, da hun syntes, humøret er godt. Det er december, og hendes humør dykker normalt i vintermånederne. Derfor aftaler I en tid til foråret for at planlægge udtræning.

Lægen udleverer PREPAIR-skemaet og forklarer, hvordan det skal bruges. Der aftales en ny tid, hvor Dorte skal medbringe skemaet.

Lægen den gældende medicinliste ud til Dorte.

Bemærk: Der er på dette tidspunkt endnu ikke foretaget en egentlig systematisk vurdering af medicineren, dvs. afmedicinering. Dette, inkl. udlevering af PREPAIR-skemaet, tjener som forberedelse ind i den egentlige afmedicinering som følger senere.

7. Konsultationen

Hvordan kommunikerer man med patienten om prioritering og afmedicinering?

Det er afgørende for en god proces at have patientens perspektiv med i den konsultation, hvor man 'tager snakken' og får taget hul på at afmedicinere.

Forslag til spørgsmål, der indledningsvist kan afdække patientens tanker og holdninger:

- Hvad nyder du mest ved livet? Hvad er vigtigt for dig?
- Hvordan har du det med at tage medicin?
- Føler du, at din medicin gavner dig? Hvorfor (ikke)?
- Er der noget af din medicin, som du helst vil beholde?
- Er der noget af din medicin, som du gerne vil undgå at tage?
- Oplever du gener ved din medicin? (Brug evt. symptomkortet)

Det kan være en god idé at inddrage pårørende i denne fase. Patientens nærmeste kan bl.a. hjælpe med at motivere og observere, men vær opmærksom på at have patientens dagsorden og ønsker i fokus.

Prioritering af præparater

Konsultationen om afmedicinering danner basis for at vurdere, hvilken medicin der kan ændres. Patientens perspektiv indgår sammen med den lægefaglige vurdering i en samlet vurdering af, hvilke præparater der kan seponeres (jf. kapitel XX). Det er god klinisk praksis at overveje, hvor mange præparater man kan ændre ad gangen for at kunne monitorere effekten hos patienten. Det gælder særligt medikamenter, hvor der kan forventes seponeringssymptomer. Det er en individuel vurdering, hvilket lægemiddel der først forsøges seponeret.

Følgende grupper kan være gode at starte med:

1. Medicin med størst potentiel skade.
2. Medicin med mindst gavn.
3. Medicin med den laveste sandsynlighed for at give problemer, når det seponeres.
4. Medicin, som patienten er mest motiveret for at trappe ud af, seponeres først.

Et praktisk værktøj til at afklare skade hhv. gavn for enkelte lægemidler kan være opslagsværket The NNT (se kapitel 5).

Lægens og patientens prioriteter er ikke nødvendigvis de samme. Lægen kan finde det vigtigt at seponere vanedannende medicin, mens patienten måske hellere vil fjerne et forebyggende præparat, som giver bivirkninger. I de tilfælde bør man finde en fælles forståelse af fordele og ulemper ved fortsat behandling eller seponering. Hvis der er tale om helt oplagt skadelig medicin, kan det være fagligt nødvendigt at starte med at seponere det. Hvis der ikke er lægefagligt oplagte behandlinger at starte med, kan det være en fordel at starte med præparater, som patienten selv ønsker at stoppe med, for at øge chancen for succes. Herefter kan man lettere seponere andre lægemidler, da en positiv oplevelse vil styrke alliancen mellem lægen og patienten.

Ordvalg

Frygt for negative effekter af en stoppet behandling kan være en barriere for både patient og læge. Her kan ordvalget 'pausering' i stedet for 'seponere' eller 'stoppe' skabe mere tryghed ved at understrege, at beslutningen ikke er definitiv, men løbende revurderes. Det gælder også hos patienter, der ikke ønsker at reducere eller stoppe en symptomatisk behandling, som havde stor effekt, da de startede den.

Medicin bør italesættes som en dynamisk størrelse, der ændrer sig over tid – i takt med, at livsomstændighederne ændres, kroppen ældes, og der kommer ny evidens. En patients samlede medicinske behandling er derfor aldrig statisk.

Det kan desuden være en god ide at italesætte for patienten, at det ikke er et nederlag, hvis man pauserer en behandling, som man senere må genoptage. Målet for afmedicinering er at optimere den samlede behandling ved at få den afstemt med patientens egne ønsker.

Nogle patienter kan blive utrygge ved ændring af medicin, som de har fået udskrevet af organspecialister. Man har altid mulighed for at konferere med en relevant kollega, men ansvaret for behandlingen overgår til den praktiserende læge, når patienten afsluttes, f.eks. fra ambulant behandling.

Journalføring

I forbindelse med afmedicinering er det vigtigt kort at dokumentere, hvilke overvejelser der ligger bag en prioritering og seponering. I journalen kan man f.eks. notere:

- De specifikke ændringer i medicineringen
- En kort begrundelse for ændringerne
- Planen for processen
- Behovet for opfølgning.

Kommentar [CH8]: "kan man" udskiftes med "skal man, når det er nødvendigt.". Se [Journalføringsbekendtgørelsen](#)

Spørgsmål ved gennemgang af medicin

Fremgangsmåde ved medicingennemgang:

- Vurdér om lægemidlets indikation er **livsvigtig, symptomlindrende eller forebyggende**.
- Er **indikationen** stadig til stede for det givne lægemiddel? Hvis ikke: Seponer eller trap ud.
- Vurdér **graden af skrøbelighed/restlevetid** vs. nødvendig tid til at virke for rimeligt udbytte af forebyggende medicin.
- Er evt. nedsat nyre- og leverfunktion **kontraindikation**, eller er det nødvendigt med dosisreduktion?
- Er der oplagte skadelige **interaktioner** eller præparater, der forstærker hinandens bivirkninger?
Benyt gerne interaktionsdatabasen.dk.
- Er der tale om **rationelle præparatvalg**? Er forholdet mellem pris og effekt rimeligt?
- Er **behandlingsmål** nået?
- Står **behandlingsøvelsen** i rimelig proportion til risikoen for alvorlige bivirkninger?

- Er der **underbehandling**? Mangler der præparater?

Gengivet fra Den ældre skrøbelige patient (klinisk vejledning), Dansk Selskab for almen Medicin, 2023 side 25 (8).

Case: Dorte – del 2

Lægekonsultation 2

Ved næste konsultation har Dorte udfyldt PREPAIR-skemaet. Hun vil gerne tage mindre medicin. Estradiol-behandlingen diskuteres. Denne er oprindeligt opstartet af privatpraktiserende gynækolog. Dorte er tidligere hysterektomeret. Det aftales, at lægen skriver et korrespondancebrev til gynækologen vedrørende indikationen for den aktuelle dosis. Lægen fortæller Dorte, at hormonbehandling i overgangsalderen generelt ikke bør fortsætte efter 5 år. Dorte er primært bekymret for, om hendes hedeture vender tilbage, hvis hun stopper med Estradiol. Lægen roser Dorte for hendes åbenhed i forhold til medicinen og for at have tænkt over det derhjemme og understreger, at man vil tage et skridt ad gangen.

Dorte har igen fået noget at tænke over. Der aftales en tid igen efter en måned for at følge op på hormonbehandling og hendes overvejelser om evt. seponering af andet medicin.

8. Opfølgning

Hvordan sikres god opfølgning og inddragelse af patienten, patientens familie og relevante sundhedspersoner, når afmedicinering er iværksat?

I et forløb med afmedicinering er det en god idé at medinddrage patientens omsorgspersoner. Det kan f.eks. være pårørende og sundhedsprofessionelle, såsom behandlere i egen klinik, hjemmeplejen og læger.

Der er afgørende at bevare en åben dialog og at være lydhør under hele processen. Der kan opstå modstand mod afmedicinering af visse medicingrupper hos patienten, de pårørende eller plejepersonalet. Det kan give tryghed at italesætte, at det handler om optimering af den medicinske behandling.

Patienterne bør informeres om potentielle effekter ved at stoppe det bestemte lægemiddel, og det skal aftales, hvordan det skal monitoreres. Det bør overvejes at give patienten information med på skrift. Input til hvilke effekter ophør af behandlingen kan have kan f.eks. findes på pro.medicin.dk, min.medicin.dk samt Seponeringslisten samt ens egen paratviden om de enkelte præparater.

Gradvis nedtrapning af visse lægemidler (f.eks. benzodiazepiner) kan reducere risikoen for abstinenser, seponeringssymptomer og rebound-effekter. Lægen skal være særligt opmærksom på lægemidler, hvor seponeringssymptomer kan forveksles med recidiv af grundsymptomer. I sådanne tilfælde bør seponering af lægemidler ske gradvist og med passende information om potentielle problemer. Genoptagelse af lægemidlet med en lavere dosis eller et alternativt lægemiddel kan være nødvendigt, hvis symptomerne vender tilbage. Lægen kan også overveje om der kan gøres brug af non-farmakologisk behandling som en del af udtrappingsplanen.

Man kan altid rådføre sig med kolleger, f.eks. den regionale (tele)farmakologiske enhed.

Eksempel på mundtlig/skriftlig information til patient, hvor PPI-dosis reduceres:

Vi har aftalt nedtrapning af Pantoprazol fra 40 mg til 20 mg dagligt. Formentlig vil du ikke mærke noget til det, men nedtrapningen kan give dig symptomer som halsbrand, sure opstød, smerter øverst i maven, nedsat appetit og mindre vægttab. Symptomerne er godartede, men kan naturligvis være generende. Hvis du får sådanne symptomer, kan du bruge Alminox, Gaviscon eller Balancid i håndkøb mod generne. For nogle kan det hjælpe at undgå måltider 3 timer før sengetid, sove med højt hovedgærde, undgå kost som fremprovokerer symptomerne og at tage sig i vægt. Om 4 uger vurderer vi sammen, om vi skal nedtrappe yderligere. Det afhænger af, hvordan du har det.

Hvordan mundtlig og skriftlig kommunikation vægtes, afhænger af den enkelte patient, men kommunikationen er særligt vigtig, når pårørende eller hjemmepleje/plejepersonale er involveret. FMK skal i alle tilfælde afstemmes ved medicinændringer. Grundig information tager tid, men det kan ofte spare tid på den lange bane, da det giver patient, plejepersonale og pårørende handlemuligheder, som kan reducere antallet af kontakter til lægen og øge chancen for succesfuld

afmedicinering.

Skrøbelige patienter

Ved skrøbelige patienter eller komplekse planer for afmedicinering bør hjemmeplejen involveres. Skriv en korrespondance til hjemmeplejen med tydelig information om medicinændringer og en klar opfølgingsplan, der beskriver de forventede skridt, og hvilken hjælp (målinger, observationer, uventede reaktioner, bekymringer fra patient og familie) der ønskes fra hjemmeplejen. Vær eksplicit om at være åben for input, og tilpas seponeringsplanen efter hjemmeplejens observationer og feedback.

Succesfuld seponering af medicin, som patienten har taget i årevis, kan motivere både læge og patient til at afmedicinere yderligere. Dette kan medføre en risiko for at patienten stopper anden behandling uden om lægen. Patienten skal derfor informeres om, at det er vigtigt fortsat at tage anden (livsvigtig) medicin indtil andet er aftalt.

Når afmedicinering af de første lægemidler er gennemført, kan man se på de øvrige lægemidler, som eventuelt blev prioriteret i afmedicineringskonsultationen. Fremgangsmåden kan gentages, indtil den optimale behandling for patienten er fundet, og patienten kun tager den nødvendige medicin.

Case: Dorte – del 3

Lægekonsultation 3

Dorte vil gerne se på den øvrige medicin. Der er kommet svar fra gynækologen, som foreslår aftrapning af Estradiol med 25 % hver 2. uge indtil fuld seponering. Det har Dorte mod på. Hun er glad for ikke at skulle stoppe brat, da hun frygter, at hedeturene kommer igen. Behandlingen rettes til i FMK og lægen fortæller hende, at en tablet indeholder 2 mg. Hvis hun følger gynækologens plan, skal hun hver anden uge trappe ned med en halv tablet, så hun efter 2 måneder ikke længere tager Estradiol. Hvis hun har tabletter til overs, skal de afleveres på apoteket.

Lægen spørger, om hun helst forsøger at ophøre med zopiclone, prampipexol, Betmiga eller nitrofurantoin.

Lægen vil gerne seponere nitrofurantoin på de potentielle bivirkninger, men Dorte er bekymret for igen at få urinvejsinfektioner. Lægen forklarer, at nitrofurantoin har potentielt skadelige effekter i form af resistensudvikling og skader på lungerne.

Dorte er mest åben for at pausere Betmiga, da det ikke har haft effekt. Efter samtalen om nitrofurantoin vil hun også gerne forsøge at stoppe med dette. Her sikrer grundig information og medinddragelse, at patienten motiveres for et seponeringsforsøg.

Dorte kan ikke aktuelt overskue udtrapning af zopiclone. Betmiga pauseres i FMK og Nitrofurantoin seponeres, der aftales en videokonsultation efter 3 uger. Lægen foretager de sidste rettelser i FMK og ajourfører og printer den seneste medicinliste ud til hende.

Lægekonsultation 4

Dorte er rigtig glad. Hun har næsten ingen kvalme eller forstoppelse efter pauseringen af Betmiga. Hun oplever ingen forskel på vandladningen, så hun konkluderer, at den nok ikke gjorde noget godt for hende. Det aftales, at behandlingen helt fjernes fra medicinkortet.

Afmedicineringen kan fortsætte over flere konsultationer.

OFFENTLIG HØRINGSVERSION

Del III: Cases

[indsæt illustration]

Case 1: Jytte

Jytte er 85 år gammel. Hun er flyttet på plejehjem efter fald i hjemmet og deraf følgende collum femoris-fraktur. Hun har det efter få uger på plejehjemmet godt, er mobiliseret med rollator og har taget på i vægt.

Hun har hypertension, osteoporose, kroniske smerter efter sammenfald i ryggen for 2 år siden og hukommelsesbesvær, men hun er ikke udredt for demens. For syv år siden blev hun sat i behandling med mirtazapin pga. tristhed efter tab af ægtefælle. Hun får Vesicare for overaktiv blære.

Medicinliste

Tabl. Mirtazapin 15 mg
Tabl. Losartan 100 mg
Tabl. Amlodipin 5 mg
Tabl. Centyl Mite 1,25+573 mg
Tabl. Hjertemagnyl 75 mg
Tabl. Alendronat 70 mg/uge
Tabl. Pamol 1 g x 3
Tabl. OxyContin 10 mg x 2
Tabl. Vesicare 10 mg
Tabl. Imozop 7,5 mg nocte

Ved første besøg på plejehjemmet bemærker lægen, at der er flere lægemidler på medicinlisten, der har sederende og antikolinerg effekt. Mirtazapin er kendt for at have sederende virkning og anvendes derfor ofte med søvnfremmende sigte. Dette kan dog hos ældre medføre en uhensigtsmæssig svækkelse af et i forvejen udfordret centralnervesystem. Udover sedation og somnolens har mirtazapin også mundtørhed (antikolinerg bivirkning), øget appetit og vægtøgning som hyppige bivirkninger.

Vesicare (solifenacin) kan også have antikolinerge bivirkninger, herunder mundtørhed, forstoppelse og i sjældnere tilfælde også påvirkning af centralnervesystemet.

OxyContin (oxycodon) er et opioid og også denne stofgruppe virker sederende og giver hyppigt mundtørhed, kvalme og forstoppelse. På samme tid virker Imozop (zopiclon) sederende og kan give svimmelhed, mundtørhed og kvalme.

Alt i alt får Jytte flere lægemidler, der kan give sløvhed og faldtendens. Blærespasmolytika kan seponeres uden udtrapning, mens der for antidepressiva, opioider og sovemedler kan optræde seponeringssymptomer, og de skal derfor aftrappes.

Lægen foreslår en lille reduktion i oxycodonbehandlingen, da Jytte ikke fremtræder smerteplaget. Personalet er meget bekymrede, da de frygter, at Jytte bliver urolig, får forstyrret sin nattesøvn og bliver sværere at mobilisere. Jyttes søn er også ganske utryg ved situationen.

Lægen gør meget ud af at forklare, at langtidsbehandling med opioider formentlig ikke giver den store smertestillende effekt, mens bivirkninger som påvirkning af centralnervesystemet, faldrisiko og forstoppelse vil være konstante.

Jytte og hendes søn er efter grundig information fra lægen enige i at forsøge at aftrappe oxycodon langsomt. Det bliver aftalt, at dosis reduceres til 10 mg + 5 mg i første omgang. Personalet instrueres i at være opmærksom på evt. abstinenser som led i dosisreduktionen, og der laves en aftale om, at lægen kontaktes via korrespondancemeddelelse efter ca. 14 dage med status om hvordan reduktionen er forløbet. Hverken Jytte, hendes søn eller personalet har efter 2 uger oplevet en forværring i tilstanden, og de har ikke indtryk af at Jytte er smerteplaget.

Lægen foreslår at reducere behandlingen med oxycodon yderligere, men plejepersonalet er atter noget bekymret for, om Jytte så får problemer med smerter. Hun sover så godt om natten, fortæller de.

Lægen beder om, at der foretages grundige observationer af Jyttes tilstand og understreger, at man altid ved vedvarende oplussen af smerter kan genoptage behandlingen.

Jytte er lettere kognitivt påvirket, men kan godt give udtryk for smerter fx på en visuel analog skala, hvis hun bliver spurgt direkte. Det kan være vanskeligt hos patienter med moderat til svær demens at vurdere smerter. Her er det vigtigt at være opmærksom på adfærdsændringer (aggression, træthed, mistede ADL færdigheder). En af de mest valide indikatorer for smerter hos patienter med demens er "skæren ansigt". Lægen må her instruere personalet og de pårørende i at observere disse små tegn og melde tilbage.

Det lykkes at trappe Jytte helt ud af opioidbehandling, uden at hun oplever forværring af smerter. Jytte får også paracetamol 1 gram 3 gange dagligt. Der er begrænset evidens for effekten af paracetamol ved langtidsbehandling, så lægen foreslår Jytte og hendes søn at denne ordination ændres til en pn-ordination.

Herefter udtrappes først mirtazapin og siden imozop-behandlingen. Jytte bliver mere velbefindende og opleves mindre sløv og kognitivt påvirket.

Ved indflytning på plejehjemmet har Jytte relativt lavt blodtryk. Den antihypertensive behandling reduceres til tabl. Losartan 50 mg og Amlodipin 5 mg. Plejepersonalet instrueres i at måle blodtryk 4 uger efter seponering af Centyl.

Hjertemagnyl kan seponeres med det samme, da Jytte ikke er kendt med manifest hjertekarsygdom. Det går også relativt nemt at få fjernet Vesicare, eftersom Jytte og personalet ikke har bemærket nogen forskel i vandladningen efter 4 ugers pause.

Jytte er startet på alendronat efter sin collum femoris fraktur. Ortopædkirurgerne henviste hende rutinemæssigt til en DXA-scanning efter lavenergifrakturen, og hun udkom med en T-score på -2.7 i lumbalcolumna og -2.9 i femur. Sygeplejersken på plejehjemmet spørger om det giver mening at fortsætte behandlingen? Da Jytte har haft en lavenergifrakstur og samtidig har en T-score < -2.5 så er der indikation for behandlingen, men hvis behandlingen skal have gavn, skal der være en tilstrækkelig formodet restlevetid. Dette må vurderes og diskuteres med Jytte og hendes søn. Hun skal tilbydes behandling med kalk og d-vitamin. Mange ældre er opvokset med at drikke mælk, og hvis Jytte får > 500 ml mælk dagligt, så kan hun evt. nøjes med et tilskud af D-vitamin.

Personalet på plejehjemmet oplever Jytte som mindre svimmel, træt og glemsom efter medicinændringerne.

Baggrundsnotat

I samarbejdet med plejepersonale, hjemmesygeplejersker og pårørende er det ofte uproblematisk at seponere forebyggende medicin, mens det kan være udfordrende at seponere medicin, der påvirker nervesystemet, herunder opioider, andre analgetika (f.eks. paracetamol), antidepressiva, antipsykotika, gabapentinoider, benzodiazepiner og hypnotika.

Personale og pårørende kan blive usikre, hvilket kan medføre utryghed og modvilje mod lægens plan.

Flere omstændigheder kan modvirke det gode samarbejde. Travlhed hos læge og personale kan betyde, at man ikke får fulgt op. Patienterne kan have svært ved at redegøre for (bi)virkninger af medicin, og hvis opfølgning foregår pr. anden (eller tredje) hånd, er det svært at vurdere, hvad patienten oplever.

Det er derfor vigtigt at introducere forslag til afmedicinering gradvist. Det kan være en god idé at spørge forsigtigt indledningsvist. Klar og tydelig kommunikation kan have stor betydning, særligt hvis rationale bag medicinændringer forklares grundigt. Man skal sørge for at have et godt sikkerhedsnet og ordentlige observationer. Seponeringssymptomer forekommer hyppigt, men er som regel forbigående.

Case 2: Ole

Ole er 82 år. Han bor alene i en lejlighed på 2. sal, er stort set selvhjulpnen, køber selv ind og laver mad. Han har type 2 diabetes, hypertension og atrieflimren. Derudover har han ryg- og knæsmerte pga. artrose. Han mistede sin hustru for fire år. Siden har han fået sertralin pga. tristhed. Ole er på dosisdispensering, og det fungerer fint.

Medicinliste

Metformin 750 mg x 2	Forxiga 5 mg x 1
Furix 40 mg x 1	Kaleorid 750 mg x 1
Pradaxa 110 mg x 2	Selozok 50 mg x 2
Losartan 100 mg x 1	Simvastatin 40 mg x 1
Pantoprazol 40 mg x 1	Sertralin 50 mg x 1
Panodil 1 g x 3	Dolol 50 mg pn. x 2-3
Mirtazapin 30 mg ½ til natten	Unikalk x 2
Multivitamin 1 x 1	

De seneste 4 måneder har Oles datter bemærket, at det går lidt dårligere. Ole er træt, svimmel, støtter sig til møblerne og går helst ikke udenfor. Han får hjælp til at handle, men laver selv mad.

Lægen bemærker, at Ole får Dolol, der er startet pga. smerter fra knæene. Nogle patienter, specielt ældre, kan blive konfuse og svimle på selv lave doser tramadol. 7-8% af befolkningen kan ikke omdanne tramadol til den aktive metabolit. Hvis morfika er indiceret, bør de rene morfinpræparater benyttes og i depotformulering. Ole afviser at trække ud af behandlingen, da han inden han startede på Dolol oplevede ret store smerter i begge knæ og problemer med at gå. Han mener bestemt ikke selv, at det er Dolol, der gør ham træt og svimmel.

Ole har fået sertralin efter hans hustru døde for 4 år siden. Han havde også i en periode søvnproblemer, og der blev tillagt mirtazapin til natten i en lav dosis. Mirtazapin har lang halveringstid (20-40 timer) og kan medføre træthed og forstærke faldtendens om dagen. Den sederende effekt ved lave doser kan udnyttes, f.eks. i starten af behandlingen for depression, hvis der er søvnproblemer.

SSRI (sertralin) til ældre borgere kan medføre elektrolytforstyrrelser. En del ældre borgere får disse præparater, og indikationen kan have været god nok oprindeligt. Indikationen for SSRI-præparater bør vurderes løbende, og ikke alle patienter vil have brug for mange års behandling.

Efter aftale vil Ole forsøge at ophøre med mirtazapin til natten.

Ved et besøg et par måneder senere opdager datteren, at Ole nu er mere forvirret, og han er faldet en enkelt gang. Han har svært ved at samle sig og holde styr på datoer, og han er lidt i tvivl om, hvor han er. Hun bliver bekymret og tager med Ole til egen læge, som indlægger ham akut på mistanke om infektion.

Ved indlæggelsen findes han konfus
BT 110/70, puls 82, uregelm.
TP 37,9, SAT 95%, CRP 121, Na 120, K 5,0
Kreatinin 200, e GFR 30, Hba1c1 54
Antibiotika opstartes grundet urinvejsinfektion.

Det viser sig under indlæggelsen, at Ole alligevel er blevet lidt bekymret for at tage Dolol og på egen hånd har taget lidt færre end tidligere. Til gengæld har han købt Ipren i håndkøb og taget 4-6 stk. dagligt de sidste måneder. Han har fået akut nyresvigt på baggrund af en såkaldt "triple whammy", altså en tredobbelt forbandelse som følge af indtag af både ACE-hæmmer, diuretika og NSAID. NSAID seponeres med det samme. Indikationen for diuretika fortaber sig, men Ole mener at kunne huske at han fik det på grund af hævede ben. Furix seponeres også under indlæggelsen.

Efter 3 dage udskrives han til eget hjem med rollator og maksimal hjemmehjælp 4 gange dgl. Der planlægges genoptræning på lokalt rehabiliteringscenter. Blodtrykket har under indlæggelsen været i den lave ende, losartan er reduceret til 50 mg, og i epikrisen bedes egen læge følge op på dette. Metformin er pauseret.

Ole får pga. sin diabetes også Forxiga, en SGLT-2 hæmmer. Disse stoffer har ud over en glukosesænkende effekt også effekt på blodtrykket. Oles diabetes er velreguleret, han har ikke hjertekar- eller nyresygdom, der tilsiger, at han bør have den organbeskyttende effekt af en SGLT-2 hæmmer, og det er muligt at denne kan seponeres. Fra sygehusets side har man i første omgang valgt at pausere behandlingen.

Lægen aflægger et opfølgende besøg hos Ole en uge efter udskrivelsen. Her deltager datteren også. Både Ole og datteren synes, at det går lidt bedre, men Ole giver selv udtryk for, at han har tabt kræfter og ikke orker så meget. Det giver anledning til en fornyet samtale om både behandlingsmål og medicinen. Blodtrykket ligger lidt højere nu på 130/80, og det aftales, at hjemmesygeplejersken skal måle det månedligt. Det er fuldt acceptabelt, at blodtrykket ligger på 130/80. Ole har haft diabetes i mange år, og sammen aftaler de at en Hba1c på 54 eller derunder er målet. De aftaler også, at der skal måles et nyt langtidsblodsukker efter 8 uger, således at der kan tages endelig stilling til både metformin og SGLT-2-hæmmerbehandlingen.

Lægen spørger til Ole og datterens holdning til den lipidsænkende behandling, som Ole jo har fået pga. sin diabetes. Han afviser at have bivirkninger til behandlingen, specielt er der ingen muskelsmerter, da lægen spørger til dette. Ole ønsker at fortsætte med simvastatin.

Behandlingen med pantoprazol berøres også. Ole husker at han for år tilbage led en del af halsbrand, og derfor fik udskrevet pantoprazol. Han synes ikke aktuelt, at han har gener, så det besluttet, at han trapper ned til almindelig vedligeholdelsesdosis på 20 mg. Han informeres om risikoen for rebound-symptomer og muligheden for at tage antacida ved behov, f.eks. Galieve eller Balancid.

Baggrundsnotat

Casen illustrerer en ældre patient, som gennem årene har fået igangsat behandling, efterhånden

som forskellige sygdomme har vist sig. Indikationer for farmakologisk behandling bør løbende vurderes specielt med fokus på bivirkninger og interaktioner, som atypisk vil være hyppigere hos ældre mennesker.

Ved ordination af medicin bør man samtidigt overveje om ordinationen skal være tidsbegrænset, og om der kan saneres i den aktuelle medicinliste.

Erfaringer viser, at det er lettere at ordinere end at pausere/seponere medicin.

OFFENTLIG HØRINGSVERSION

Referencer

1. McMaster University Health Sciences Library. Resources for Evidence-Based Practice: About EBP. Opdateret 29. feb. 2024.
2. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. [Evidence based medicine: what it is and what it isn't](#). *BMJ*. 1996 Jan 13;312(7023):71-2. doi: 10.1136/bmj.312.7023.71.
3. Lundorf LJ. [Dømmekraften i centrum](#), Practicus, nr. 253, december 2020.
4. Pazan, F., Wehling, M. Polypharmacy in older adults: a narrative review of definitions, epidemiology and consequences. *Eur Geriatr Med* 12, 443–452 (2021). <https://doi.org/10.1007/s41999-021-00479-3>.
5. Bennie M, Santa-Ana-Tellez Y, Galistiani GF, Trehony J, Despres J, Jouaville LS, Poluzzi E, Morin L, Schubert I, MacBride-Stewart S, Elseviers M, Nasuti P, Taxis K. The prevalence of polypharmacy in older Europeans: A multi-national database study of general practitioner prescribing. *Br J Clin Pharmacol*. 2024 Sep;90(9):2124-2136. doi: 10.1111/bcp.16113. Epub 2024 May 29. PMID: 38812250.
6. Pottegård A, Olesen M, Christensen B, Christensen MB, Hallas J, Rasmussen L. Who prescribes drugs to patients: A Danish register-based study. *Br J Clin Pharmacol*. 2021 Jul;87(7):2982-2987. doi: 10.1111/bcp.14691. Epub 2021 Jan 25. Erratum in: *Br J Clin Pharmacol*. 2022 Mar;88(3):1398. doi: 10.1111/bcp.15146. PMID: 33496033; PMCID: PMC8359239.
7. Vælg Klogt. Piller, der kan pilles fra. Maj 2024. <https://vaelgklogt.dk/files/media/document/L%C3%B8sningsforslag%20-%20Poly.pdf>
8. Sundhedsstyrelsen. Polyfarmaci - fra nationale anbefalinger til daglig praksis. *Rationel Farmakoterapi* 7, 2022. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2022/Rationel-farmakoterapi-7-2022/Poyfarmaci-fra-nationale-anbefalinger-til-daglig-praksis>
9. Dansk Selskab for Almen Medicin, 2023. Den ældre skrøbelige patient (klinisk vejledning), <https://www.dsam.dk/vejledninger/aeldre>.
10. Pirmohamed M, James S, Meakin S, Green C, Scott A K, Walley T J et al. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients *BMJ* 2004; 329 :15 doi:10.1136/bmj.329.7456.15.
11. Turner JP, Tannenbaum C. Older Adults' Awareness of Deprescribing: A Population-Based Survey. *J Am Geriatr Soc*. 2017 Dec;65(12):2691-2696. doi: 10.1111/jgs.15079. Epub 2017 Sep 15. PMID: 28913911; PMCID: PMC5763385.
12. Graabaek T, Lundby C, Ryg J, Søndergaard J, Pottegård A, Nielsen DS. "I simply don't know, because I don't know which drugs I get": Perspectives on deprescribing among older adults with limited life expectancy and their relatives. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2021 Jan;128(1):115-127. doi: 10.1111/bcpt.13476. Epub 2020 Aug 28. PMID: 32770703.
13. Dansk Selskab for Almen Medicin, 2020. Overblikstatus og årsstatus (redskabsark). <https://www.dsam.dk/vejledninger/status>.

14. Sundhedsstyrelsen, Seponeringslisten, 2025.
<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2024/Seponeringslisten>
15. Regionernes lægemiddelkonsulenter og IRF i Sundhedsstyrelsen, 2019. Medicingennemgang i praksis (pjece).
<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2019/medicingennemgang-i-praksis>
16. Nord-KAP/Region Nordjylland, 2023. Medicinsanering på plejehjem - en guide til seponering af medicin hos skrøbelige ældre (pjece/folder).
https://www.sundhed.dk/content/cms/67/123767_medicinsanering_21x21_v4.pdf
17. Lægemeddelheden Region Nordjylland/Nord-KAP, 2023. Guide til symptomkort – relaterer almindelige symptomer til hyppigt anvendte lægemidler.
https://www.sundhed.dk/content/cms/66/123566_symptomkort_guide-ns.pdf
18. Forskningsenheden for Almen Praksis Aarhus universitet. "Hvordan har du det med din medicin?" (PREPAIR – et værktøj til patientinddragelse ved medicingennemgang
<https://medicinskema.dk/>
19. Sandbæk A, Møller MCR, Bro F et al. Involving patients in medicines optimisation in general practice: a development study of the "PREparing Patients for Active Involvement in medication Review" (PREPAIR) tool. BMC Primary Care, Bind 23, Nr. 1, 122, 2022.
20. Regionernes lægemiddelenheder. Lægemidler ved nedsat nyrefunktion - en guide til dosisreduktion og kontraindikation.
https://www.sundhed.dk/content/cms/9/126409_laegemidler_nedsat_nyrefunktion.pdf
21. Sundhedsstyrelsen. Aftrapning af opioider, Rationel Farmakoterapi 1, 2019
<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2019/Rationel-Farmakoterapi-1-2019/Aftrapning-af-opioider>
22. Sundhedsstyrelsen. Aftrapning af benzodiazepiner, Rationel Farmakoterapi, 2020.
<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2020/Rationel-Farmakoterapi-9-2020/Aftrapning-af-benzodiazepiner>
23. Sundhedsstyrelsen, 2017. Antikolinerge lægemidler -
<https://www.sst.dk/da/Fagperson/Ansvarlig-medicinering/Rationel-farmakoterapi/Vaerktoejer-til-medicingennemgang/Antikolinerge-laegemidler>
24. Sundhedsstyrelsen, 2022. Polyfarmaci ved multisygdom – national anbefaling -
<https://www.sst.dk/da/Fagperson/Ansvarlig-medicinering/Rationel-farmakoterapi/Tema-Polyfarmaci-ved-multisygdom/Anbefalinger-for-polyfarmaci-ved-multisygdom>
25. Sundhedsstyrelsen. Polyfarmaci – fra nationale anbefalinger til daglig praksis, Rationel Farmakoterapi 7, 2022. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2022/Rationel-farmakoterapi-7-2022/Polyfarmaci-fra-nationale-anbefalinger-til-daglig-praksis>
26. Sundhedsstyrelsen. Afmedicinering i almen praksis: udfordringer og muligheder, Rationel Farmakoterapi, 1, 2022. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2022/Rationel-Farmakoterapi-1-2022/Afmedicinering-i-almen-praksis-Udfordringer-og-muligheder>
27. Lundby C, Graabaek T, Ryg J, Søndergaard J, Pottegård A, Nielsen DS. Health care professionals' attitudes towards deprescribing in older patients with limited life expectancy: A systematic review. Br J Clin Pharmacol. 2019 May;85(5):868-892. doi: 10.1111/bcp.13861. Epub 2019 Feb 27. PMID: 30630219; PMCID: PMC6475695.

28. Burghle A, Lundby C, Ryg J, Søndergaard J, Pottgård A, Nielsen D, Graabæk T. Attitudes Towards Deprescribing Among Older Adults with Limited Life Expectancy and Their Relatives: A Systematic Review. *Drugs Aging*. 2020 Jul;37(7):503-520. doi: 10.1007/s40266-020-00774-x. PMID: 32537682.

OFFENTLIG HØRINGSVERSION

[Bagsidetekst - generisk og kun på trykt version]

Kort om DSAM's vejledninger

DSAM udgiver vejledninger om kliniske problemstillinger, der ofte opstår i almen praksis og kan skabe diagnostisk eller behandlingsmæssig usikkerhed og variation. Vejledningerne er udviklet for at støtte lægerne i at udøve evidensbaseret praksis.

Alle vejledninger bliver sendt i høring hos de almenmedicinske miljøer, de lægevidenskabelige selskaber, relevante faglige organisationer samt hos en række myndigheder.

Samtlige produkter – de kliniske vejledninger, FAQta-ark og redskabsark findes på DSAM's hjemmeside: www.dsam.dk/vejledninger.

Hvis du har spørgsmål til DSAM's udgivelser, kan du kontakte DSAM på telefon 7070 7431 eller mail dsam@dsam.dk.