

Afmedicinering

– en systematisk tilgang

Klinisk vejledning for almen praksis | 2025



Dansk
Selskab for
Almen
Medicin

Afmedicinering

– en systematisk tilgang



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), 2025, 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)

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

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

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

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

Karina Lewandowska, ansat speciallæge i almen medicin i Viby Sj., 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 samarbejde undervejs.

Interessekonflikter

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

Sekretariatsbistand

Anette Sonne Nielsen, chefkonsulent

Annette Gehrs, webmedarbejder

Mie Christiansen, juniorkonsulent

Rasmus Køster-Rasmussen, vejledningsredaktør

Forlagsredaktion

Lone Niedziella, LingoLab Translation

Grafisk tilrettelæggelse

Jannerup Grafisk

Trykkeri

Scandinavian Print Group

Finansiering

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



Indhold

Forord.....	5
Evidensgrundlaget.....	7
Generelt om DSAM's vejledninger.....	9
	Del I: Baggrund 11
	1. Tankegangen bag afmedicinering 12
	2. Ansvar 16
	3. Vigtige patientgrupper 18
	4. Organisering 22
	5. Ressourcer 25
	Del II: Praxis 29
	6. Forberedelse..... 30
	7. Konsultation 33
	8. Opfølgning..... 37
	Del III: Cases 41
	Case: Jytte 42
	Case: Ole 45
Referencer.....	49



Forord

Som læger ordinerer vi medicin hele tiden med god og 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 tre dele. I første del samles en række overvejelser om tankegangen bag afmedicinering, hvornår og for hvem revurdering af behandling vil være særligt værdifuldt, hvordan man organiserer processen i praksis og tilgængelige ressourcer på området. I anden del diskuteres forhold om den enkelte patients forløb: hvornår afmedicinering kan italesættes som en mulighed, hvordan revurderingen foretages, og hvordan der følges op – med fokus på den gode kommunikation med patienter, pårørende og kollegaer. Her følger vi en patientcase (Dorte) gennem de trin, som en afmedicineringsproces kan indeholde. I tredje og sidste del præsenteres yderligere to patientcases (Jytte og Ole) for at give nogle flere eksempler på, hvordan de generelle overvejelser spiller sammen med 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. For langt de fleste lægemidler mangler vi den nødvendige evidens for at kunne opstille håndfaste kriterier for, hvornår konkrete lægemidler bør seponeres. Derfor har vi valgt ikke at gennemgå konkrete lægemiddelgrupper her. I stedet henviser vi til andre ressourcer for dette. Denne vejledning er tænkt som et supplement til andre monofaglige vejledninger – som en inspirationskilde til ændrede arbejdsgange – fremfor et specifikt opslagsværk.

Revurdering og reduktion i behandlingsintensiteten er særligt relevant for den skrøbelige og multisyge patient, og vejledningen tager derfor udgangspunkt i disse patienter.

Vi har valgt at bruge ordet ”afmedicinering” (oversat fra det engelske *deprescribing*). Dette har vi gjort for at understrege eksplicit, at vi søger at styrke en specifik og underprioriteret del af lægearbejdet, 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 patientens egne ønsker til behandlingsniveau.

Vi håber, at vejledningen kan inspirere til overvejelser om, hvor længe en behandling skal vare, og hvornår den skal revurderes, så afmedicinering bliver en naturlig del af ordinationsrutinen. 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 og bedre farmakologisk behandling i almen praksis. ■

God læselyst!

Arbejdsgruppen, august 2025

Evidensgrundlaget

Denne kliniske vejledning er kun i begrænset omfang baseret på konkrete kliniske studier, da der endnu ikke findes færdigrapporterede studier, der afprøver specifikke afmedicineringsinterventioner i kontekst af almen praksis i Danmark eller i lande med en sammenlignelig organisering af almen praksis.

Den interesserede læser kan finde en opsummering af studier, der fokuserer helt eller delvist på afmedicinering i kontekst af almen praksis, i oversigtsartiklen af Isenør og kollegaer¹. Artiklen inkluderer både randomiserede og ikke-randomiserede studier og omfatter en række sundhedsprofessionelle foruden alment praktiserende læger. Forfatterne konkluderer, at den tilgængelige evidens ikke kan vise, hvilke tiltag der fungerer bedst. På denne baggrund vurderer arbejdsgruppen, at den nuværende evidens ikke kan understøtte implementering af nye og specifikke afmedicineringsinterventioner.

Andre studier beskæftiger sig med afmedicinering af specifikke lægemiddelgrupper i almen praksis. For eksempel har Atkins og kollegaer opsummeret den tilgængelige evidens om afmedicinering af antidepressiva². Den tilgængelige evidens beskriver dog for nuværende primært barrierer og facilitatorer for en sådan afmedicinering samt effekten af uddannelsesforløb for sundhedspersonalet. Det er derfor arbejdsgruppens vurdering, at der heller ikke inden for specifikke lægemiddelgrupper findes værktøjer, som via vejledningen kan anbefales implementeret i dansk almen praksis. Vejledningsgruppen har anvendt tre primære måder at identificere evidens på, der understøtter de afgivne anbefalinger:

- 1) I samarbejde med Odense Deprescribing INitiative (ODIN) er der identificeret studier om holdninger, barrierer og facilitatorer ift. afmedicinering som proces.
- 2) Tilsvarende udenlandske vejledninger er identificeret og læst som inspiration. Disse vejledninger beskæftiger sig oftest med håndtering af polyfarmaci generelt og altså ikke specifikt med afmedicinering. En nylig oversigtsartikel af Engels og kollegaer opsummerer disse vejledninger³.
- 3) En række internationale eksperter inden for afmedicinering er blevet kontaktet, særligt ift. at identificere viden om, hvilke patientgrupper der har størst gavn af afmedicinering.

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

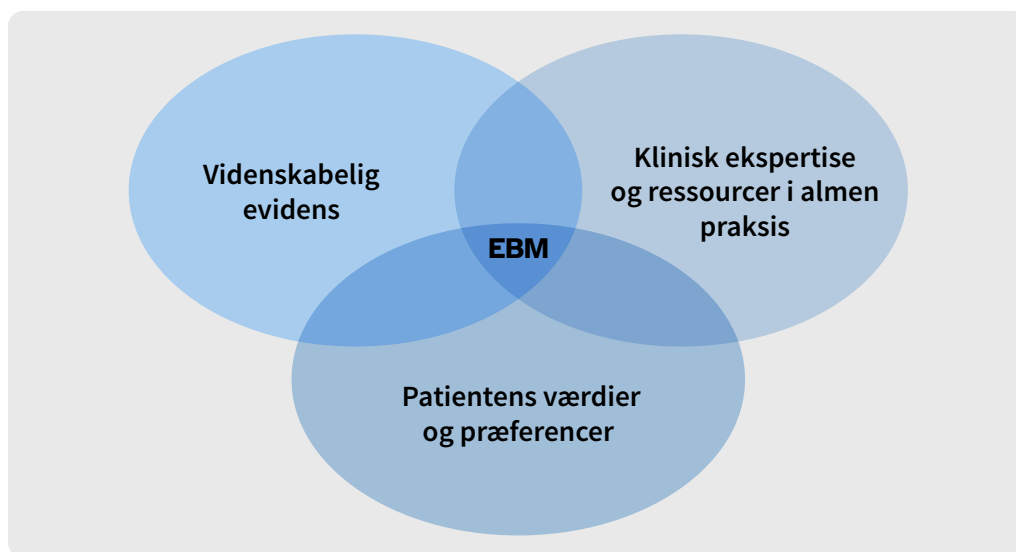
Generelt om DSAM's vejledninger

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 udøve evidensbaseret praksis – eller evidensbaseret medicin – som det er defineret af McMaster University i Canada⁴. 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.

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 modeller⁵. ■



Figur 1 | 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):71-2⁶.

Del I

Baggrund

1. Tankegangen bag afmedicinering
2. Ansvar
3. Vigtige patientgrupper
4. Organisering
5. Ressourcer



1. Tankegangen bag afmedicinering

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

Vi bruger mere og mere medicin. Hvert år hentes der ca. 3,5 milliarder døgndoser på danske apoteker. Det er en fordobling over de seneste 25 år. For danskere over 80 år er polyfarmaci (≥ 5 lægemidler) nu normalen. I løbet af 2024 indløste over 350.000 danskere en recept på et opioid, 490.000 på et antidepressivum, og 900.000 fik lipid-sænkende behandling⁷.

Meget tyder på, at vores forbrug af medicin er uhensigtsmæssigt stort^{8,9}. 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. Vi skal være lige så gode til løbende at revurdere, om den aktuelle lægemiddelbehandling fortsat er hensigtsmæssig.

Fakta: Lægemidlers miljøbelastning

På globalt plan bruges omkring 100.000 ton medicin årligt. Den grønne omstilling har medført et stort og tiltagende fokus på lægemidlers klima- og miljøbelastning. Mindst 25 % af sundhedsvæsenets klimaaftryk stammer fra lægemidler. Foruden CO₂-belastningen kan lægemiddelrester i miljøet (især analgetika, antidepressiva og lipidsænkende medicin) skade omgivelserne og dermed mennesker. Miljøpåvirkningen kommer ikke blot fra selve medicin-fremstillingen, også transport, forbrug og bortskaffelsen spiller en rolle. Derfor er det vigtigt, at al ubrugt medicin returneres til apoteket, som bortskaffer det forsvarligt. I 2022 fik danske apoteker indleveret lægemidler til destruktion svarende til en værdi på 410 mio. kr.¹⁰⁻¹².

Hvornår en behandling skal stoppes eller revurderes, bør være en del af overvejelserne allerede ved påbegyndelse af lægemiddelbehandlingen.

I mange tilfælde har den behandlende læge allerede overvejet det. Til gengæld kan patienterne have meget forskellige opfattelser af, om lægemiddelbehandlingen er tænkt som en kortere kur eller en livslang behandling, og om det er 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 opfølgningen. Planlagt opfølgning kan bl.a. sikre, at man sammen revurderer og stopper symptomatisk behandling, som patienten ikke oplever effekt af.

Hvad er afmedicinering?

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”¹³.

Definitionen er oversat fra engelsk, hvor ”superviserede” henviser til, at det ikke er patienten selv, der aftrapper eller ophører med medicinen, men gør dette vejledt af en sundhedsprofessionel.

Formålet med afmedicinering via dosisreduktion, pausering eller seponering er at sikre, at patienten kun får den medicin, der er nødvendig, effektiv, sikker og ikke mindst i overensstemmelse med den enkelte borgers behandlingsmål og -ønsker.

Dosisreduktion eller seponering af et lægemiddel er i praksis ofte en **reaktiv** følge af en konkret klinisk hændelse, f.eks. en bivirkning. Afmedicinering er som udgangspunkt en **proaktiv** vurdering af den samlede medicinliste og de fremtidige potentielt gavnlige eller skadelige effekter.

Afmedicinering kan også finde sted ad hoc, hvis et lægemiddel åbenlyst ikke længere er gavnligt eller måske ligefrem er skadeligt. Her vil der ofte være tale om en kortere proces, hvor der ikke er fokus på hele medicinlisten, men enkelte uhensigtsmæssige præparater.

Det er lægen, der er ekspert i medicinsk behandling, og som derfor sætter rammerne og har ansvaret for behandlingen.

Det er vigtigt at sikre opfølgning på ændringer i medicinen, f.eks. ved at give patienten en opfølgende tid med det samme. Hvis lægen samarbejder med f.eks. hjemmeplejen, kan lægen i korrespondancen med medicinplanen tilføje, hvilke symptomer eller adfærd hos patienten, hjemmeplejen skal være opmærksom på mhp. monitorering af effekt og bivirkninger.

Hvis patienten begynder på ny medicin, vil en mindre pakning uden reiterering oftest være at foretrække, hvis medicinen viser sig ikke at være hensigtsmæssig. Derved sikrer lægen, at patienten kontakter klinikken med henblik på revurdering og evt.

Overvejelser inden start af farmakologisk behandling

- Er den medicinske behandling af kortere eller længere varighed?
- Hvad forventer lægen sig af den? Hvad forventer patienten?
- Er det livsvigtig, forebyggende eller symptomatisk behandling?
- Hvornår forventes en effekt? Vil den kunne mærkes eller måles?
- Hvilke bivirkninger skal patienten reagere på?
- Hvornår skal behandlingen revurderes?

justering. I FMK kan lægen vælge, at medicinen ikke skal kunne genbestilles automatisk. Det er også muligt at sætte en selvvalgt slutdato på ordinationen. Det kan sikre, at patienten eller dennes omsorgsperson henvender sig, når datoen nærmer sig. At sætte en slutdato på ordinationen kan minde lægen om, at behandlingen skal revurderes¹⁴. Det er vigtigt at sikre sig, at ordinationen herved ikke utilsigtet seponeres.

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 kontakte mig. Så kan vi sammen vurdere, om du skal fortsætte behandlingen. 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. På den måde sikrer vi, 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.

Et større fokus på revurdering og mulighederne for afmedicinering er væsentligt i en tid med mere defensiv medicin, demografiske forskydninger, øget tilgængelighed og efterspørgsel på medicin, overdiagnostik og et presset sundhedsvæsen¹⁵. Som læge kan man 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. Det kræver ofte 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 det bliver trygt 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.

Det understreges også af, at almen praksis ordinerer ca. 90 % af alle lægemidler i Danmark¹⁶.

Det kan være ekstra svært at ændre eller stoppe en behandling, som en anden læge, typisk en speciallæge på hospitalet, har opstartet. Men når patienten er afsluttet i sygehusregi eller hos praktiserende speciallæge, overgår ansvaret for den videre behandling til egen læge. Når behandlingsansvaret overdrages til egen læge, skal der foreligge en plan for videre opfølgning og behandling, inkl. lægemiddelbehandlingen. Er der ingen plan, kan det være nødvendigt at kontakte den pågældende afdeling eller den læge, som har ordineret behandlingen, og bede om en plan. Det er desværre stadig en tidskrævende proces, men det er muligt at skrive en korrespondancemeddelelse til f.eks. den udskrivende afdeling og bede om en præcisering af behandlingsplanen. Hos patienter med igangværende ambulante forløb har den behandlingsansvarlige læge på hospitalet 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 læger andre steder i sundhedsvæsenet. Forhåbentlig bliver det muligt i fremtiden, f.eks. som en note i FMK, der følger patienten over sektorgrænser.

”Hvert speciale skal tage ansvar for at fjerne unødvendig medicin inden for deres område, inden patienten sendes videre, udskrives eller afsluttes¹⁷”.

(Vælg Klogt. Piller, der kan pilles fra (pdf). 2024 s.10).

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 se-

ponering. Desværre indeholder kun få af de eksisterende behandlingsvejledninger overvejelser om behandlingsvarighed og seponering, og de understøtter derfor ikke klinikerne i processen med afmedicinering¹⁸. Fremover bør overvejelser om afmedicinering indgå i alle kliniske vejledninger.

Figur 2 | Afmedicinering kræver en fin balance mellem potentiel skade og mulig gavn



Disse barrierer kan medføre, at nogle fravælger at seponere et virkningsløst eller bivirkningstungt lægemiddel til potentiel skade for patienten. Nogle afstår måske endda fra at afslutte en behandling for at undgå en klagesag eller en påtale. 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 påtale¹⁹.

En vejledning som denne kan forhåbentlig gøre det mere legitimt at vælge at afvige fra de generelle anbefalinger i den enkelte situation, hvis det er en oplagt fordel for den pågældende patient. ■

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

3. Relevante patientgrupper

Hvilke patienter er mest relevante 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 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”. Derfor kan man ikke definere én specifik patientgruppe, som almen praksis med fordel kan fokusere på. Man kan heller ikke udpege specifikke patientkarakteristika eller kliniske situationer, der bør udløse en systematisk revurdering af den medicinske behandling med henblik på afmedicinering.

I fraværet af evidensbaserede interventioner må lægen støtte sig til viden om risikogrupper, egne overvejelser og input fra klinikpersonalet samt øvrige sundhedsprofessionelle om, hvilke patienter der kunne have gavn af en revurdering af deres medicinering (jf. kapitel 4 om organisering, se side 22) og ikke mindst patientens mening.

Nedenstående risikogrupper kan tjene som inspiration til, hvor man kan fokusere. Mange patienter vil falde ind under flere af disse grupper.

(Hyper)polyfarmaci

Risikoen for bivirkninger, interaktioner og lægemiddelrelaterede indlæggelser stiger med antallet af lægemidler. Patienter med polyfarmaci eller hyperpolyfarmaci kan derfor have særligt behov for at få deres behandling revurderet.

Skrøbelighed og multisygdom

Skrøbelige (frail på engelsk) patienter er præget af øget byrde af symptomer, medicinsk kompleksitet og øget risiko for lægemiddelbivirkninger. På grund af multisygdom får de ofte meget medicin og er samtidig mere følsomme over for bivirkninger. Se evt. vurdering af skøbelighed hos mennesker med demens ved hjælp af ”Clinical Frailty Scale”^{20,21}, som f.eks. er brugt i DSAM’s vejledning om ”Den ældre skøbelige patient”²².

Figur 3 | Clinical Frailty Scale i dansk oversættelse

	1	MEGET GOD FORM	Mennesker der er robuste, aktive, energiske og motiverede. De motionerer typisk regelmæssigt og er blandt dem i bedst form for deres alder.
	2	GOD FORM	Mennesker uden aktive symptomer på sygdom , men i mindre god form end kategori 1. Ofte motiverer de eller er meget aktive en gang imellem , f.eks. på bestemte årstider.
	3	KLARER SIG GODT	Mennesker med velkontrollerede sygdomsproblemer , selvom de indimellem har symptomer. Oftest er de ikke regelmæssigt aktive udover rutinemæssige gåture.
	4	LEVER MED MEGET MILD SKRØBELIGHED	Denne kategori markerer en begyndende overgang fra komplet uafhængighed. Mennesker der ikke er afhængige af andre til daglige gøremål, men som ofte har symptomer, der begrænser aktiviteterne . En almindelig klage er at føle sig "langsom" eller træt i løbet af dagen.
	5	LEVER MED MILD SKRØBELIGHED	Mennesker der ofte er mere tydeligt langsomme , og har behov for hjælp til komplekse daglige gøremål (<i>Instrumental Activities of Daily Living</i> – økonomi, transport, hovedrengøring). Typisk vil mild skrøbelighed i stigende grad hæmme indkøb, gåture alene udenfor, madlavning, medicin og begynde at begrænse let husarbejde.
	6	LEVER MED MODERAT SKRØBELIGHED	Mennesker der har behov for hjælp til alle uden-dørs aktiviteter og med at holde hus . Ofte har de problemer med indendørs trappegang og behøver hjælp til at gå i bad og kan eventuelt have brug for minimal hjælp til påklædning (stikord, let støtte ved behov).
	7	LEVER MED SVÆR SKRØBELIGHED	Fuldstændig afhængige af hjælp til egenomsorg , uanset årsag (fysisk eller kognitiv). Alligevel virker de stabile og ikke i høj risiko for at dø inden for ca. 6 måneder.
	8	LEVER MED MEGET SVÆR SKRØBELIGHED	Fuldstændig afhængige af hjælp til personlig pleje og nærmer sig livets afslutning. Typisk vil de ikke engang komme sig efter let sygdom.
	9	TERMINALT SYG	Mennesker der nærmer sig livets afslutning. Denne kategori gælder mennesker med en forventet levetid på < 6 måneder , som ikke lever med svær skrøbelighed i øvrigt (Mange terminalt syge mennesker kan stadig motionere helt indtil livets afslutning).

BEDØMMESE AF SKRØBELIGHED HOS MENNESKER MED DEMENS

Mennesker med demens er oftest skrøbelige (scorer oftest minimum 5) og graden af skrøbelighed svarer som regel til graden af demens. Typiske **symptomer ved mild demens** er at glemme detaljer om en nylig begivenhed, selvom man kan huske selve begivenheden og at gentage det samme spørgsmål/historie og social tilbagetrækning.

Ved **moderat demens** er hukommelsen for nylige begivenheder svært nedsat, selvom man kan huske gamle minder tydeligt. Man kan udføre personlig pleje med vejledning.

Ved **svær demens** kan man ikke udføre personlig pleje uden hjælp.

Ved **meget svær demens** er man ofte sengeliggende. Mange er nærmest ophørt med at tale.



Clinical Frailty Scale © 2005-2020 Rockwood, Version 2.0

(EN). All rights reserved. For permission: www.geriatricmedicine-research.ca

Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.

Danish Version 2.0, 2020, translated by Anders Fournaise and Søren Kabell Nissen, University of Southern Denmark.

Figuren viser den danske version af *Clinical Frailty Scale*, version 2.0. Gengivet med tilladelse fra udgiver og de danske oversættere.

Nedsat kognition

Patienter med demens eller nedsat kognition af anden årsag får ofte meget medicin og vil ofte være særligt sårbare overfor bivirkninger fra centralnervesystemet. Patientens begrænsede evne til at give udtryk for bivirkninger og risikoen for tab af information i overleveringen mellem patient, plejere og behandlere kan bidrage til højere forekomst af uhensigtsmæssig behandling.

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 afmedicinering. Det er vanskeligt at prædiktere restlevetid hos ældre og kronisk syge. Men den vurderede grad af skrøbelighed (*frailty*, se ovenfor i figur 3) er relateret til restlevetid.

Behov for hjælp til medicinhåndtering

Patienter med ”særligt kompleks” medicinhåndtering, f.eks. når medicindispensering varetages af social- og sundhedsassistent eller sygeplejerske, når der ordineres dosispakket medicin, eller når patienten bor på plejehjem eller bosted.

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.

Alders- eller sygdomsrelateret vægttab

Ved større vægttab oplever mange patienter fald i blodtryk og ved diabetes også i blodsukker. Her vil løbende revurdering og eventuelt dosisreduktion af behandling med f.eks. antihypertensiva, analgetika, antikoagulatia og antiglykæmika være nødvendig for at undgå bivirkninger.

Vanedannende medicin

Ved behandling med vanedannende medicin bør der lægges en plan for opfølgning og potentiel nedtrapning allerede ved behandlingens igangsættelse. Patienter i langvarig behandling med afhængighedsskabende lægemidler bør jævnligt vurderes med henblik på at vurdere, om der fortsat er indikation for behandling eller motivation for aftrapning.

Risikomedicin

Patienter, der bruger særligt bivirkningstunge lægemidler, f.eks. midler med antiko-linerg virkning, visse psykofarmaka eller velkendte risikolægemidler som antidiabetika, NSAID, antikoagulantia, digoxin, kalium, methotrexat og opioider²³.

Nyligt ændret medicinering

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

Flere samtidige behandlere

Behandling kan ske på tværs af hospital og almen praksis, men også med involvering af både kommune (f.eks. 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. ■

4. Organisering

Hvordan organiseres 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 anbefales, at praksis udarbejder en måde at sikre systematisk revurdering af lægemiddelbehandlingen og evt. afmedicinering hos alle relevante patienter.

Det kan være en **løbende** indsats i forbindelse med årsstatus for kronisk sygdom eller ved opfølgende hjemmebesøg.

Det kan også foregå som en særligt **målet** 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, som alle patienter med en specifik diagnose får, eller et tilbud til skrøbelige ældre. Man kan også lade sig inspirere af de specifikke patientgrupper, der er nævnt i det forrige kapitel.

Fremsøgning

De enkelte lægepraksissystemer har forskellige søgefunktioner, men i de fleste tilfælde er det 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/datatraek/>.

Det er forskelligt fra lægesystem til lægesystem, hvordan der foretages søgninger på diagnoser, lægemidler og kombinationer heraf. Datakonsulenterne i kvalitetsenhederne kan vejlede.

Opsporing

Praksispersonalet kan med fordel inddrages i opsporingen af patienter, hvor afmedicinering kan være relevant. Personalet kan også bidrage til medicinanamnese før konsultationen og udlevere spørgeskemaet "PREPAIR" inden lægekonsultationen. PREPAIR er et kort spørgeskema til at forberede patienten på medicinsamtalen og involvere patienten selv mere aktivt²⁴.

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 skal derfor være konkrete aftaler om, hvornår lægen inddrages ift. disse.

Centrale begreber

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

Medicinafstemning er en procedure til at udarbejde et samlet og tidstro overblik over den medicin, som patienten reelt 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.

Et opmærksomhedspunkt er kvalificering af personalet, så de uddannes til at identificere potentielt 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, Klinik Gruppebaseret Efteruddannelse (KGE-moduler) eller lignende.

Enhver klinik skal have en procedure for, hvordan fornyelse af recepter finder sted. Proceduren skal understøtte, 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 denne medicin ikke skal fortsætte. Vær særlig opmærksomhed på risikolægemidler, f.eks. opioider, anxiolytika og antipsykotika²⁵.

Inddragelse

Patienter og pårørende skal inddrages i processen. I nogle tilfælde er det patientens eget ønske om at tage mindre medicin, der igangsætter en medicingennemgang og afmedicinering, men de fleste patienter ved ikke, at det er muligt at reducere deres medicinske behandling^{26,27}. Praksis kan øge patienternes aktive deltagelse og stillingtagen ved at have skriftligt materiale liggende i venteværelset eller gøre opmærksom på muligheden via infoskærme i venteværelset.

Vær opmærksom på at inddrage pårørende eller værge, hvis patienten varigt mangler evnen til selv at give informeret samtykke.

Sektorovergange

Det er essentielt, at der foreligger en plan for videre behandling, når behandlingsansvaret overdrages fra sygehuslæge eller praktiserende speciallæge til egen læge (se kapitel 2).

Konsultationstyper

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

En anden mulighed er overblikstatus, en længere konsultation, som multisygge patienter tilbydes én gang om året. Formålet er at gennemgå patientens sygdomme og medicin systematisk og at koordinere og planlægge indsatsen for de forskellige sygdomme. Her kan afmedicinering indgå som en naturlig del af konsultationen, hvilket er beskrevet i et redskabsark fra DSAM²⁸.

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

5. Ressourcer

Hvor kan jeg få hjælp og inspiration til afmedicinering?

En række ressourcer kan understøtte arbejdet med at revurdere og afmedicinere. De 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 det drejer sig om. 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.

Anvendelige værktøjer i almen praksis



Gå til den elektroniske udgave af vejledningen via QR-koden for at få direkte og opdaterede links.

Seponerings-listen²⁹	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 praksis³⁰	Folder til at understøtte lægen i systematisk og kritisk gennemgang af patientens samlede lægemiddelbehandling. Udgivet af regionernes lægemiddelkonsulenter i samarbejde med IRF.
Medicinsanering på plejehjem³¹	Guide til seponering af medicin hos skrøbelige ældre. Udgivet af Kvalitetsenheden for Almen Praksis i Region Nordjylland (Nord-KAP).
Symptomkortet³²	A4-side med oversigt over symptomer, som kan skyldes bivirkninger. Kan bruges til opsporing af bivirkninger ved afmedicinering. Medfølgende guide beskriver, hvordan den kan anvendes. Findes også under navnet "bivirkningskort", der indgår i guide om medicinsanering på plejehjem. Udgivet af Nord-KAP.
"Hvordan har du det med din medicin?" (PREPAIR)^{24,33,34}	Spørgeskema til at forberede patienten på medicinsamtalen og mere aktivt involvere patienten i dialogen. Det består af fire spørgsmål om patientens oplevelse af egen medicin. Udgivet af Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus.
The NNT	Opslagsværk med "number needed to treat", hvor værdier (NNT) for lægemidler er inddelt efter indikation. 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 nyrefunktion³⁵	Guide til dosisreduktion og kontraindikation, når patienten udvikler nedsat nyrefunktion. Udgivet af Lægemiddelenheden i Region Nordjylland i samarbejde med de øvrige regioner.
Aftrapning af opioider³⁶	Artikel fra Månedssbladet Rationel Farmakoterapi. Udgivet af IRF.
Aftrapning af benzodiazepiner³⁷	Artikel fra Månedssbladet Rationel Farmakoterapi. Udgivet af IRF.
Antikolinerge lægemidler³⁸	Liste over vigtige lægemidler med antikolinerge egenskaber, inklusive behandlingsalternativer med lavere potentiale for antikolinerge bivirkninger. Udgivet af IRF.
Basislisten.dk	Basislisten indeholder de fem danske regioners lokale anbefalinger om førstevalg af lægemidler i primærsektoren.
STOPP/START³⁹	Screeningsværktøj til gennemgang af den ældre patients medicinliste.

*Medicinerådet har fra 2025 overtaget opgaven ift. Seponeringslisten.

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



Gå til den elektroniske udgave af vejledningen via QR-koden for at få direkte og opdaterede links.

Polyfarmaci ved multisygdom – national anbefaling⁴⁰	Anbefalinger om forebyggelse af polyfarmaci, risikogrupper, medicingennemgang og samarbejde på tværs af fagligheder og sektorer. Findes som detaljeret rapport (54 sider) og kort version (4 sider). Udgivet af IRF i 2022.
Polyfarmaci – fra nationale anbefalinger til daglig praksis¹⁹	Artikel fra Månedssbladet for Rationel Farmakoterapi. Udgivet af IRF i 2022.
Afmedicinering i almen praksis: udfordringer og muligheder⁴¹	Artikel fra Månedssbladet for Rationel Farmakoterapi. Udgivet af IRF i 2022.
Den ældre skrøbelige patient²²	Klinisk vejledning med afsnit om medicin, herunder afmedicinering. Beskriver Clinical Frailty Scale, som definerer den skrøbelige patient med særligt behov for afmedicinering. Udgivet af DSAM i 2023.
Piller, der kan pilles fra¹⁷	Vælg Klogt-anbefaling og input til, hvordan vi reducerer uhensigtsmæssig polyfarmaci. Udgivet af Vælg Klogt 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 spørgsmål om lægemidler. Herudover findes der forskellige tilbud om sparring ved telefarmakologiske ambulatorier, polyfarmaci-ambulatorier, geriatriiske 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 lægehuse med et veletableret samarbejde med det lokale apotek kan det, for nogle patientforløb, også være en mulighed at inddrage apoteket. Det kan f.eks. være relevant ved meget langstrakte aftrapningsforløb, særlige aftaler om doseringer eller ved forløb, der omfatter håndkøbsmedicin. Som en ny ydelse tilbyder apotekerne nu medicinsamtaler (compliancesamtaler) til patienter, som anvender medicin ved kronisk sygdom⁴². Egen læge kan henvise til en medicinsamtale telefonisk eller skriftligt, evt. via en blanket på Lægemiddelstyrelsens hjemmesiden.

Ved afmedicinering kan der opstå spørgsmål til behandling, som er opstartet af en læge i et andet speciale. Et eksempel kunne være AK-behandling til den ældre multimorbide patient. Her kan egen læge sparre med den ordinerende læge eller en læge fra samme speciale – med fokus på patientens samlede sygdomsbyrde og lægemiddelbyrde. ■

Del II

Praksis

6. Forberedelse

7. Konsultation

8. Opfølgning



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 patienten fra tidligere kontakter og har allerede en idé om, hvorvidt patienten forekommer skrøbelig, får hjælp til medicinadministration, og hvordan den enkeltes netværk fungerer.

Barrierer

At tage en samtale om afmedicinering kan have mange barrierer. Nogle læger har en indre modstand, fordi de frygter, at patienten skal føle sig opgivet, specielt sidst i livet⁴³. Det er dog sjældent tilfældet og er sjældent en barriere for patienterne^{27, 44}. 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 frygte 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 patienten eller de pårørende italesætter et 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 give anledning til at gennemgå den samlede medicinliste. Her kan anvendes f.eks. symptomkortet (se kapitel 5).

Danske undersøgelser viser, at størstedelen af de ældre patienter ikke ved, at det er muligt at tale om afmedicinering^{43,44}. Derfor er det nødvendigt at nævne det for patienten, f.eks. ved at sige:

- *Medicin er godt og nødvendigt til at behandle mange sygdomme, men for meget medicin kan belaste 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 åbnet, og hvis patienten er motiveret, kan det være relevant at aftale en tid til en ny konsultation, hvor man sammen lægger en plan for afmedicineringen. Forud for næste konsultation kan spørgeskemaet ”Hvordan har du det med din medicin?” (PREPAIR, reference 33) 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 kende dine tanker om din medicin. Derfor håber jeg, at du vil kigge på skemaet derhjemme, svare på spørgsmålene og tage det med til vores næste aftale”.

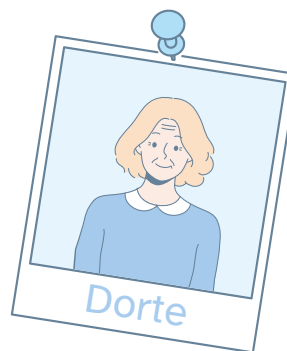
Det kan også være relevant at opfordre patienten til at diskutere medicinen med pårørende og evt. opfordre de pårørende til at deltage i den efterfølgende konsultation. Hvis patienten ikke er klar til at ændre medicinen, og det ikke er akut nødvendigt, er der måske sået et frø, som kan adresseres igen ved en senere lejlighed.

I nedenstående case om Dorte gennemgås de enkelte trin, som en afmedicineringsproces kan indeholde. Den kan virke omstændelig og omfattende, men alle trin er medtaget for at illustrere tankegangen. For mange patienter kan det gøres over færre konsultationer, men det afhænger 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 100 mg x 1 – mod depression
- Zopiclon 7,5 mg x 1 – mod søvnløshed
- Pramipexol 0,18 mg x 1 – mod uro i benene
- Paracetamol 1 g x 4 – mod smerter
- Ibuprofen 400 mg x 3 – mod smerter
- Atorvastatin 40 mg x 1 – mod hyperkolesterolæmi
- Mirabegron 50 mg x 1 – mod hyppig vandladning
- Nitrofurantoin 50 mg x 2 – forebyggelse mod blærebetændelse
- Estradiol 4 mg x 1 – mod overgangsalder.



Forberedelse hos praksispersonalet inden årsstatus

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

Forberedelse hos lægen inden årsstatus

Før Dorte kaldes ind til konsultation, forholder lægen sig til medicinlisten. Da Dorte og praksispersonalet har gennemgået den sammen, ved lægen, at medicinlisten stemmer med det, Dorte aktuelt tager.

Lægen tjekker opstartsdatoer og indikationer for opstart af behandlingen. For at få et godt overblik sorterer lægen medicinen efter ATC-koder eller eventuelt efter indikationer.

Lægen søger information i ”Seponeringslisten”, i artiklen ”Aftrapning af benzodiazepiner” og i folderen ”Medicingennemgang i praksis” (se kapitel 5).

Lægen tjekker EKG og blodprøver, herunder om eGFR er normal.

Lægen noterer følgende opmærksomhedspunkter:

Zopiclon: Opstartet for > 1 år siden. Ikke indiceret til langtidsbehandling.

Risiko for afhængighed.

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

Mirabegron: 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.

Ibuprofen: Uhensigtsmæssigt med fast ibuprofen grundet risiko for bl.a. ulcus.

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 og forstoppelse. Lægen tager symptomkortet frem og overvejer, om Dortes gener kan være medicinske bivirkninger. Flere af medikamenterne på hendes medicinliste kan give kvalme og forstoppelse.

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

Lægen spørger ind til PREPAIR-skemaet, som Dorte har udfyldt. Hun vil gerne tage mindre medicin. Estradiol-behandlingen diskuteres. Denne er oprindeligt opstartet af privatpraktiserende gynækolog. Dorte er tidligere hysterektomeret. De aftaler, at lægen skriver et korrespondancebrev til gynækologen om 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 hedetur 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 de vil tage et skridt ad gangen.

Dorte har fået noget at tænke over. De aftaler en tid igen efter en måned for at følge op på hormonbehandling og hendes overvejelser om evt. seponering af anden medicin. ■

7. Konsultation

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 (se kapitel 6).

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 seponeringssymptomer kan forventes. 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.

”The NNT” kan være et praktisk værktøj til at afklare skade og gavn af lægemidler (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.

Visse lægemidler er livsvigtige og skal ikke forsøges afmedicineret. Det gælder f.eks. hydrokortison ved Mb. Addison, insulin ved type 1-diabetes og levothyroxin ved hypothyreose.

Andre lægemidler kræver forsigtighed, f.eks. antipsykotisk behandling ved svære psykiske sygdomme som skizofreni. Her kan det være hensigtsmæssigt at konferere men en speciallæge inden for det pågældende område.

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, da det understreger, 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 omtales 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 og at få den afstemt med patientens egne ønsker.

Nogle patienter bliver utrygge ved ændring af medicin, som de har fået udskrevet af andre speciallæger. Man kan altid 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 skal man, når det er nødvendigt, notere:

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

Fremgangsmåde ved medicingennemgang

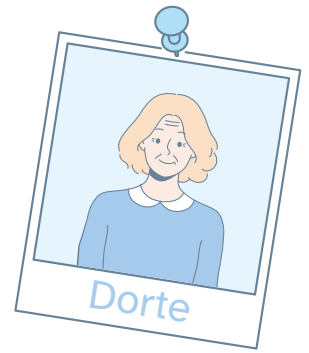
- Vurdér om lægemidlets indikation er **livsvigtig, symptomlindrende eller forebyggende**.
- Er **indikationen** stadig til stede for det givne lægemiddel?
Hvis ikke: Seponer eller trap ud.
- Vurdér **graden af skrøbelighed/restlevetid** vs. nødvendig tid til at virke for rimeligt udbytte af forebyggende 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 **behandlingsgevinsten** 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 (22).

Case: Dorte – del 2

Lægekonsultation 2: afmedicinering igangsættes

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 de nuværende tabletter indeholder 2 mg. Men hvis hun skal følge gynækologens plan, så skal hun trappe ned med 1 mg hver anden uge. Lægen udskriver derfor en recept på estradiol tabletter på 1 mg, således at Dorte kan tage den rette mængde under nedtrapningen. Samtidig sikrer lægen sig, at Dorte har forstået, at hun skal tage henholdsvis 3, 2 og 1 tablet under nedtrapningen. Hvis hun har tabletter til overs, skal de afleveres på apoteket.



Egen læge foreslår ophør med zopiclon, prampipexol, mirabegron eller nitrofurantoin og vil starte med at seponere nitrofurantoin på grund af 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 mirabegron, da det ikke har haft effekt. Efter samtalen om nitrofurantoin vil hun også gerne forsøge at stoppe med dette. Grundig information og medinddragelse sikrer, at patienten motiveres for et seponeringsforsøg.

Dorte kan ikke aktuelt overskue udtrapning af zopiclon, men mirabegron pauseres i FMK, og nitrofurantoin seponeres. De aftaler en videokonsultation efter 3 uger. Lægen foretager de sidste rettelser i FMK, ajourfører og printer den seneste medicinliste ud til Dorte. ■

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 være pårørende og sundhedsprofessionelle, f.eks. behandle i egen klinik, hjemmeplejen og læger fra andre specialer. Vær særligt opmærksom på at inddrage pårørende eller værge i de tilfælde, hvor patienten varigt mangler evnen til selv at give informeret samtykke.

Bevar en åben dialog under hele processen. Afmedicinering af visse medicingrupper kan give modstand hos patienten, de pårørende eller plejepersonalet. Det kan give tryghed at italesætte, at det handler om optimering af den samlede medicinske behandling.

Patienten bør informeres om potentielle effekter ved at stoppe det bestemte lægemiddel. Det skal aftales, hvordan det skal monitoreres. Det bør overvejes at give patienten information med på skrift. Potentielle effekter af behandlingsophør omtales på pro.medicin.dk, min.medicin.dk og Seponeringslisten.

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 lægemidlet 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 udtrapningsplanen.

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

Eksempel på (mundtlig/skriftlig) information til patient, som får PPI-dosis reduceret:

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 sove med højt hovedgærde og undgå kost som fremprovokerer symptomerne. 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.

I nogle tilfælde, f.eks. ved særlige doseringsforløb, kan det også være nødvendigt og gavnligt at informere apoteket. FMK skal i alle tilfælde afstemmes ved medicinændringer. Grundig information tager tid, men det kan ofte spare tid i længden, 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 er det oftest en god idé at involvere plejepersonalet. Skriv en korrespondance til hjemmeplejen med tydelig information om medicinændringer og en klar opfølgningsplan, 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.

Yderligere afmedicinering

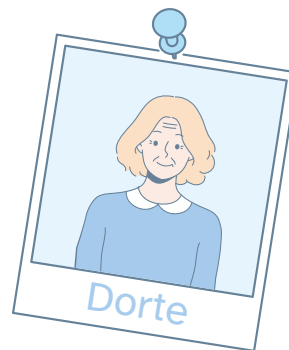
Succesfuld seponering af medicin, som patienten har taget i årevis, kan motivere både læge og patient til at afmedicinere yderligere. Dette kan medføre en risiko for, at patienten stopper anden behandling uden om lægen. Patienten skal derfor informeres om, at det er vigtigt fortsat at tage anden (livsvigtig)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

Dorte er rigtig glad. Hun har næsten ingen kvalme eller forstoppelse efter pausering af mirabegron. 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 FMK.



Det er nu lykkedes at seponere tre præparater fra Dortes medicinliste, og Dorte er sluppet af med bivirkninger. Lægen valgte at starte med præparater, som Dorte var motiveret for, selvom lægen helst ville starte med zopiclon. Den positive oplevelse kan styrke alliancen mellem lægen og Dorte og gøre det lettere at gå videre med zopiclon. Afmedicineringen kan fortsætte over flere konsultationer. ■

Del III

Cases

Case: Jytte

Case: Ole



Case: 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 er ikke udredt for demens. For syv år siden blev hun sat i behandling med mirtazapin pga. tristhed efter tab af ægtefælle. Hun får solifenacin for overaktiv blære.



Medicinliste:

- Mirtazapin 15 mg
- Losartan 100 mg
- Amlodipin 5 mg
- Bendroflumethiazid 1,25 + 573 mg
- Lavdosis acetylsalicylsyre 75 mg
- Aendronat 70 mg/uge
- Paracetamol 1 g x 3
- Oxycodon (depot) 10 mg x 2
- Solifenacin (antikolinergikum med virkning på urinblæren) 10 mg
- Zopiclon 7,5 mg nocte
- Magnesia 1000 mg nocte
- Natriumpicosulfat (laksantia) 10 dr. 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. Hos ældre kan dette medføre en uhensigtsmæssig svækkelse af et i forvejen udfordret centralnervesystem. Mirtazapin kan også medføre mundtørhed (antikolinerg bivirkning), øget appetit og vægtøgning som hyppige bivirkninger.
- Solifenacin kan også have antikolinerge bivirkninger, herunder mundtørhed, forstoppelse og i sjældnere tilfælde også påvirkning af centralnervesystemet. Oxycodon er et opioid. Denne stofgruppe virker også sederende og giver hyppigt mundtørhed, kvalme og forstoppelse.
- Zopiclon er sederende og kan give svimmelhed, mundtørhed og kvalme.

Oveni de tre sløvende midler, der kan medføre faldtendens, får Jytte samtidig 3-stofs antihypertensiv behandling og acetylsalicylsyre (lavdosis) uden klar indikation.

Efter at have talt med Jytte, der giver udtryk for, at hun synes, at hun får for meget medicin, seponeres først acetylsalicylsyre og solifenacin, fordi de kan seponeres uden udtrapning. Jytte har et 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 bendroflumethiazid.

Lægen foreslår nu 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 forklarer, at langtidsbehandling med opioider formentlig ikke giver den store smertestillende effekt, mens bivirkninger som påvirkning af centralnervesystemet, faldrisiko og forstoppelse vil være konstante.

Efter grundig information fra lægen er Jytte og hendes søn enige om at forsøge at aftrappe oxycodon langsomt. Det bliver aftalt, at dosis reduceres til 5 mg x 2 i første omgang. Personalet instrueres i at være opmærksomme på evt. abstinenser som led i dosisreduktionen. Det aftales, 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 Jytte virker ikke smerteplaget. Lægen foreslår at reducere behandlingen med oxycodon yderligere, men plejepersonalet er bekymret for, om Jytte får 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 opblussen af smerter kan genoptage behandlingen. Jytte er lettere kognitivt påvirket, men kan godt give udtryk for smerter, f.eks. på en visuel analog skala, hvis hun bliver spurgt direkte. Det kan være vanskeligt at vurdere smerter hos patienter med moderat til svær demens. Her er det vigtigt at være opmærksom på ændringer i adfærd (aggression, træthed, mistede ADL-færdigheder). At ”skære ansigt” er en af de mest valide indikatorer for smerter hos patienter med demens⁴⁵. Lægen instruerer personalet og pårørende i at observere disse tegn og melde tilbage.

Det lykkes at trappe Jytte helt ud af opioidebehandling, 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 ændre denne ordination til en pn-ordination. Herefter udtrappes først mirtazapin og siden zopiclon. Jytte får bedre velbefindende og opleves mindre sløv og mindre kognitivt påvirket.

Jytte er startet på alendronat efter sin collum femoris-fraktur (eGFR 40). Ortopædkirurgerne henviste hende rutinemæssigt til en DXA-skanning efter lavenergifrakturen, og hun fik 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 lavenergifraktur og samtidig har en T-score < -2.5, er der indikation for behandlingen, men hvis den skal have gavn, skal der være en tilstrækkelig formodet restlevetid. Det 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. Hvis Jytte får > 500 ml mælk dagligt, kan hun evt. nøjes med et tilskud af D-vitamin. Personalet på plejehjemmet oplever Jytte som mindre svimmel, mindre træt og mindre glemsom efter medicinændringerne.

Baggrundsnotat

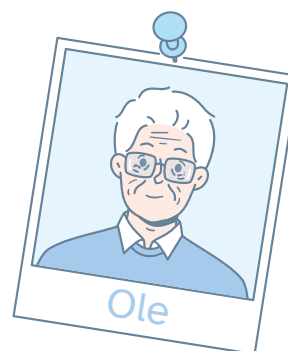
Det er ofte uproblematisk at seponere forebyggende medicin i samarbejde med plejepersonale, hjemmesygeplejersker og pårørende. Det kan dog være udfordrende at seponere medicin, der påvirker nervesystemet, herunder opioider, andre analgetika (f.eks. paracetamol), antidepressiva, antipsykotika, gabapentinoider, 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 kan betyde, at læge eller personale ikke får fulgt op. Patienten kan have svært ved at redegøre for (bi)virkninger af medicin. Hvis opfølgning foregår pr. anden (eller tredje) hånd, er det svært at vurdere, hvad patienten oplever.

Det er 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 lægen grundigt forklarer rationalet bag medicinændringer. Forkus på sikkerhedsnet og ordentlige observationer fra plejehjemmet vil formentlig øge succesraten. Seponeringssymptomer forekommer hyppigt, men er som regel forbigående. ■

Case: Ole

Ole er 82 år. Han bor alene i en lejlighed på 2. sal, er stort set selvhjulpnen, køber selv ind og laver selv mad. Han har type 2-diabetes, hypertension og atrieflimmer. Derudover har han ryg- og knæ smerter pga. artrose. Han får sertralin pga. tristhed. Ole får doseret sin medicin af hjemmeplejen til 14 dage ad gangen, og det fungerer fint.



Medicinliste:

- Metformin 750 mg x 2
- Furosemid 40 mg x 1
- Dabigatran (DOAK) 110 mg x 2
- Losartan 100 mg x 1
- Pantoprazol 40 mg x 1
- Paracetamol 1 g x 3
- Mirtazapin 30 mg ½ til natten
- Kalk med D-vitamin x 2
- Multivitamin 1 x 1
- Dapagliflozin (SGLT-2-hæmmer) 5 mg x 1
- Kalium 750 mg x 1
- Metoprolol 50 mg x 2
- Simvastatin 40 mg x 1
- Sertralin 50 mg x 1
- Tramadol 50 mg pn. x 2-3

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 nu hjælp til at handle, men laver selv mad.

Lægen undersøger Ole. Blodprøver og objektiv undersøgelse, inkl. ortostatisk blodtryksmåling, afslører intet abnormt. FMK gennemgås. Lægen bemærker, at Ole får tramadol, der er startet op for nogle måneder siden pga. smerter i knæene. Nogle patienter, specielt ældre, kan blive konfuse og svimle på selv lave doser tramadol. Omtrent 7-8 % af befolkningen kan ikke omdanne tramadol til den aktive metabolit. Hvis morfika er indiceret, bør de rene morfinpræparater benyttes i depotformulering. Ole afviser at trappe ud af behandlingen, da han, inden han startede på tramadol, oplevede store smerter i begge knæ og problemer med at gå. Han mener bestemt ikke selv, at det er tramadol, der gør ham træt og svimmel.

Ole har fået sertralin, siden 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 patienter kan medføre elektrolytforstyrrelser. Indikationen for SSRI-præparater bør vurderes løbende, og ikke alle patienter vil have brug for mange års behandling. Langsom udtrapning af antidepressiva anbefales pga. risiko for seponeringssymptomer. De mest almindelige symptomer er svimmelhed, ubehag i maven, træthed, angst/hyperarousal, søvnproblemer og hovedpine. Hos en mindre andel kan symptomerne være svære og længerevarende.

Efter aftale vil Ole forsøge at ophøre med mirtazapin til natten. Ved telefonisk opfølgning 2 uger senere har Ole ikke oplevet søvnproblemer, ligesom hans datter heller ikke har observeret det, og mirtazapin seponeres. Hjemmeplejen informeres om ændringerne i medicinen.

Et par måneder senere opdager datteren, at Ole nu er mere forvirret og 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 dehydratio.

Ved indlæggelsen findes han konfus:

BT 110/70, puls 82, uregelm.

TP 36,9, SAT 95 %, CRP 21, Na 120 mmol/L, K 5,0 mmol/L, kreatinin 200 µmol/L, eGFR 30 mL/min/1,73 m², HbA1c 54 mmol/mol.

Han behandles for dehydratio og akut nyresvigt.

Det viser sig under indlæggelsen, at Ole alligevel er blevet lidt bekymret for at tage tramadol og på egen hånd har taget lidt færre end tidligere. Til gengæld har han købt ibuprofen i håndkøb og taget 4- 6 stk. dagligt i de seneste uger. Han har fået akut nyresvigt som følge af indtag af både AT-II-antagonist (gælder også ACE-hæmmere), diuretika og NSAID ("*triple whammy*"). NSAID seponeres med det samme. Indikationen for diuretika fortaber sig, men Ole mener, at han fik det på grund af hævede ben. Furosemid og kalium seponeres i forbindelse med indlæggelsen.

Efter 3 dage udskrives han til eget hjem med rollator og hjemmehjælp 4 gange dagligt samt vejning 3 gange ugentligt, for at se om han ophober væske efter seponering af furosemid. Der planlægges genoptræning på lokalt rehabiliteringscenter. Blodtrykket har under indlæggelsen været i den lave ende, hvorfor losartan er reduceret til 50 mg, og i epikrisen bedes egen læge følge op på dette.

Metformin og dapagliflozin (SGLT-2 hæmmer) er under indlæggelsen pauseret pga. den lave eGFR på 30 og dehydratio. SGLT-2-hæmmere har ud over en glukosesænkende effekt også organbeskyttende effekt på hjerte og nyrer samt antihypertensiv effekt. Ole får dapagliflozin på grund af sin diabetes, som er velreguleret, og han er ikke kendt med hjertesvigt, iskæmisk hjertesygdom eller kronisk nyresygdom.

I samarbejde med hjemmeplejen aflægger lægen 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 færre kræfter og ikke or-

ker 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. Ole har haft diabetes i mange år, og sammen aftaler de HbA1c under 58 som mål. De aftaler også, at der skal måles eGFR efter 2 uger og et nyt langtidsblodsukker efter 12 uger, så der kan tages endelig stilling til behandlingen med både metformin og SGLT-2-hæmmer.

Lægen spørger til Oles og datterens holdning til den lipidsænkende behandling, som Ole har fået pga. sin diabetes. Ole 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 20 mg. Han informeres om risikoen for rebound-symptomer og muligheden for at tage antacida ved behov.

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 revurderes, specielt med fokus på bivirkninger og interaktioner, som typisk vil være hyppigere hos ældre mennesker. Ved ordination af medicin bør man samtidig 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. Desuden viser casen, at det er vigtigt at inddrage pårørende og hjemmeplejen i samarbejdet med patienten. ■

Referencer

1. Isenor JE, Bai I, Cormier R, Helwig M, Reeve E, Whelan AM et al. Deprescribing interventions in primary health care mapped to the Behaviour Change Wheel: A scoping review. *Res Social Adm Pharm*. 2021 17(7): 1229-1241.
2. Atkins B, Maden M, Birt L, Tromans S, Swithenbank Z, Kersey OR et al. Primary care healthcare professionals supporting patients to discontinue antidepressants: A scoping review of barriers, enablers and interventions. *Res Social Adm Pharm*. 2025 21(6):431-443.
3. Engels L, van den Akker M, Denig P, Stoffers H, Gerger H, Bohnen J et al. Medication management in patients with polypharmacy in primary care: A scoping review of Clinical Practice Guidelines. *J Evid Based Med*. 2025 18(1):e70015.
4. McMaster University, Health Sciences Library. Resources for evidence-based practice: About EBP. <https://hslmcmaster.libguides.com/ebm/ebp>. Opdateret 29. februar 2024.
5. Lundorf LJ. Dømmekraften i centrum, Practicus, nr. 253, december 2020.
6. 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):71-72.
7. Sundhedsdatastyrelsen. Medstat.dk. <https://medstat.dk/>.
8. Pazan F, Wehling M. Polypharmacy in older adults: a narrative review of definitions, epidemiology and consequences. *Eur Geriatr Med*. 2021 12(3): 443-452.
9. Bennie M, Santa-Ana-Tellez Y, Galistiani GF, Trehony J, Despres J, Jouaville LS et al. The prevalence of polypharmacy in older Europeans: A multi-national database study of general practitioner prescribing. *Br J Clin Pharmacol*. 2024 90(9):2124-2136.
10. Christensen MMH, Pedersen SA. Medicin.dk. Klima/miljø og lægemidler. <https://pro.medicin.dk/Specielleemner/Emner/318919>. Opdateret 12. februar 2025.
11. Wagner-Hoffmann M. Farmaci. Danmarks Apotekerforening. Årligt destrueres for 410 mio. kr. medicinrester indsamlet på apotekerne. <https://www.farmaci.dk/artikler/2023/aarligt-destrueres-for-410-mio-kr-medicinrester-indsamlet-paa-apotekerne>. Udgivet 16. juni 2023.
12. Bæredygtighed #3 - Klima, CO2 aftryk og 60-30-10 (podcast). Månedsskrift for almen praksis. <https://www.buzzsprout.com/1419550/episodes/15258811-baeredygtighed-3-klima-co2-aftryk-og-60-30-10>. Udgivet 24. juni 2024.
13. Deprescribing.org. University of Toronto, University of British Columbia m.fl. <https://deprescribing.org/what-is-deprescribing/>.
14. Vælg Klogt. Planlæg et stop fra start. Løsningsforslag til at undgå overforbrug af opioider. <https://vaelgklogt.dk/files/media/document/L%C3%B8sningsforslag%20-%20Opioider.pdf>. Udgivet 27. august 2024.
15. Lykkegaard J, Hvidt EA. Defensiv medicin i almen praksis. Månedsskrift for almen praksis. December 2022.

16. 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 87(7):2982-2987.
17. Vælg Klogt. Piller, der kan pilles fra. Maj 2024. <https://vaelgklogt.dk/files/media/document/L%C3%B8sningsforslag%20-%20Poly.pdf>.
18. Lundby C, Burghle A, Ryg J, Abuna L, Alnabhan WA, Thanikaikumaran JK et al. Afmedicinering i danske kliniske behandlingsvejledninger, *Ugeskr Læger*. 2022;184:V01220063.
19. Eriksen CU, Forberg S. Polyfarmaci – fra nationale anbefalinger til daglig praksis. *Rationel Farmakoterapi* 7, 2022. Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2022/Rationel-farmakoterapi-7-2022/Polyfarmaci-fra-nationale-anbefalinger-til-daglig-praksis>.
20. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*. 2005;173(5):489-495.
21. Fournaise, A, Nissen SK, Lauridsen JT, Ryg J, Nickel CH et al. Translation of the updated clinical frailty scale 2.0 into Danish and implications for cross-sectoral reliability. *BMC Geriatr*. 2021 21(1): 269.
22. Dansk Selskab for Almen Medicin. Den ældre skrøbelige patient (klinisk vejledning), 2023. <https://www.dsam.dk/vejledninger/aeldre>.
23. Pirmohamed M, James S, Meakin S, Green C, Scott AK, Walley TJ et al. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients. *BMJ*. 2004 329(7 6):15-19.
24. ”Hvordan har du det med din medicin?” PREPAIR – et værktøj til patientinddragelse ved medicingennemgang (spørgeskema). Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus. 2022. https://feap.au.dk/fileadmin/feap/dokumenter/PREPAIR_dansk_REV_NY.pdf
25. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser. VEJ nr. 9697 af 10/09/2024. <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2024/9697>.
26. Turner JP, Tannenbaum C. Older adults’ awareness of deprescribing: A population-based survey. *J Am Geriatr Soc*. 2017 65(12):2691-2696.
27. 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 128(1):115-127.
28. Dansk Selskab for Almen Medicin. Overblikstatus og årsstatus (redskabsark), 2020. <https://www.dsam.dk/vejledninger/status>.
29. Sundhedsstyrelsen. Seponeringslisten, 2025. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2024/Seponeringslisten>.
30. Regionernes lægemiddelkonsulenter og Indsatser for Rationel Farmakoterapi (IRF), Sundhedsstyrelsen. Medicingennemgang i praksis (pjece), marts 2019. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2019/medicingennemgang-i-praksis>.
31. Kvalitetsenheden for Almen Praksis, Region Nordjylland (Nord-KAP). Medicinsanering på plejehjem – en guide til seponering af medicin hos skrøbelige ældre (pjece), marts 2023. https://www.sundhed.dk/content/cms/67/123767_medicinsanering_21x21_v4.pdf.

32. Lægemeddelenheden (LME) og Kvalitetsenheden for Almen Praksis, Region Nordjylland (Nord-KAP). Guide til symptomkort – relaterer almindelige symptomer til hyppigt anvendte lægemidler, februar 2023.
https://www.sundhed.dk/content/cms/66/123566_symptomkort_guide-ns.pdf.
33. ”Hvordan har du det med din medicin?” PREPAIR – et værktøj til patientinddragelse ved medicingennemgang til plejehjem (spørgeskema). Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus. 2022.
https://feap.au.dk/fileadmin/feap/dokumenter/PREPAIR_plejehjem_dansk.pdf.
34. Sandbæk A, Møller MCR, Bro F, Høj K, Christensen LD, Mygind A. Involving patients in medicines optimisation in general practice: a development study of the “PREparing Patients for Active Involvement in medication Review” (PREPAIR) tool. BMC Prim Care. 2022 23(1):122.
35. Regionernes lægemeddelenheder. Lægemidler ved nedsat nyrefunktion – en guide til dosisreduktion og kontraindikation. Maj 2024. https://www.sundhed.dk/content/cms/9/126409_laegemidler_nedsat_nyrefunktion.pdf.
36. Højsted J, Madsen GK, Lund M. Sundhedsstyrelsen. Aftrapning af opioider, Rationel Farmakoterapi 1, 2019. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2019/Rationel-Farmakoterapi-1-2019/Aftrapning-af-opioider>.
37. Svendsen ALO, Haastrup MB. Sundhedsstyrelsen. Aftrapning af benzodiazepiner, Rationel Farmakoterapi 9, 2020. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2020/Rationel-Farmakoterapi-9-2020/Aftrapning-af-benzodiazepiner>.
38. Sundhedsstyrelsen. Antikolinerge lægemidler – og ”antikolinerg belastning” – en praktisk tilgang, Rationel Farmakoterapi 11, 2017. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/Rationel-Farmakoterapi-11-2017/Antikolinerge-l%C3%A6gemidler-og-antikolinerg-belastning-%E2%80%93-en-praktisk-tilgang>.
39. Hansen TK, Jensen MEJ, Schultz M. STOPP/START, version 3, dansk udgave, maj 2023. https://geriatri.dk/admin/files/userfiles/dok/start_stopp_dansk_V3.pdf.
40. Sundhedsstyrelsen. Polyfarmaci ved multisygdom: Viden, fokusområder og anbefalinger til det videre arbejde, maj 2022.
<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2022/polyfarmaci-ved-multisygdom>.
41. Lundby C, Henriksen DP, Ryg J, Søndergaard J, Thonesen IL, Pottegård A. Afmedicinering i almen praksis: udfordringer og muligheder, Rationel Farmakoterapi, 1, 2022, Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2022/Rationel-Farmakoterapi-1-2022/Afmedicinering-i-almen-praksis-Udfordringer-og-muligheder>.
42. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse om medicinsamtale på apotek. BEK nr. 1563 af 09/12/2024. <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2024/1563>.
43. Lundby C, Graabæk 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.
44. Burghle A, Lundby C, Ryg J, Søndergaard J, Pottegård A, Nielsen D, Graabæk T. Attitudes towards deprescribing among older adults with limited life expectancy and their relatives: A systematic review. Drugs Aging. 2020 37(7):503-520.
45. Nationalt Videnscenter for Demens. Vurdering af smerter og delirium. Senest opdateret 14. juli 2023. <https://videnscenterfordemens.dk/da/vurdering-af-smerter-og-delirium>.



Kort om DSAM's vejledninger

DSAM udgiver vejledninger om kliniske problemstillinger, der ofte opstår i almen praksis, og som 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 og 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.

