



Hvordan kan sygeplejersker understøtte en mere hensigtsmæssig medicinering af ældre borgere?

Stine Yde Freiesleben, lektor, cand. scient humanfysiolog, sygeplejerske.

Niels Westergaard, lektor, ph.d., dr. pharm.



Tegnehimlen.dk

Læs artiklen og få viden om:

- Polyfarmaci og multisygdom
- Afmedicinering af ældre og værktøjer til afmedicinering
- Sygeplejerskens rolle i evaluering af polyfarmaci og understøttelse af afmedicinering

Resume

Introduktion

Stadig flere ældre lever med multisygdom og behandles med flere lægemidler samtidig. Det kan være nødvendigt og fordelagtigt for nogle, men det øger også risikoen for bivirkninger, interaktioner og medicineringsfejl.

Formål

Denne artikel sætter fokus på, hvordan sygeplejersker kan bidrage mere aktivt til en sikker og meningsfuld medicinering, især gennem systematisk opsporing af medicinrelaterede problemer og bivirkninger.

Artiklen introducerer centrale begreber som polyfarmaci og afmedicinering, og diskuterer hvorfor afmedicinering ikke kun er et "lægeanliggende", men et tværfagligt ansvar, hvor sygeplejerskens tætte kontakt til borgere og patienter er en central medspiller i afmedicinering. Med udgangspunkt i en case om kumulativ antikolinerg belastning illustreres, hvordan snigende symptomer kan overses, og hvordan tidlig sygeplejefaglig observation og strukturerede værktøjer kan forebygge indlæggelse.

Læseren præsenteres for konkrete redskaber som fx symptomkort, medicinanamnese, seponeringslisten, interaktionsdatabasen og viden om antikolinerg belastning samt overvejelser om kompetencebehov, kommunikation og samarbejde med læger og andre sundhedsprofessionelle. Målet er at udvide sygeplejerskens handlemuligheder, der kan styrke patientsikkerhed og livskvalitet hos ældre borgere.

Introduktion

“Ingen bør tage lægemidler overhovedet...med mindre...det er en del af en meningsfuld og nødvendig behandling”

Udsagnet understøtter på glimrende vis sundhedsparadigmet om borgerinddragelse i forhold til behandling, information og en mere proaktiv tilgang til egen sundhed (1–3). Derfor er det afgørende som sundhedsprofessionel at have en dybdegående forståelse af patientens sygdom, behandling og præferencer samt et effektivt og samarbejdsorienteret partnerskab mellem de sundhedsprofessionelle herunder lægen, sygeplejersken, farmaceuten, social- og sundhedsassistenten og borgeren, når det handler om lægemidler.

Polyfarmasi og multisygdom

Mange danskere lever med multisygdom ofte defineret som to eller flere kroniske sygdomme hos samme individ og det skønnes, lidt afhængigt af opgørelsesmetoden at være mellem 7,1 til 33 % i Danmark, der er multisyge (4). Multisygdom gør, at patienterne behandles med mange lægemidler samtidig og medicinbyrden udgør typisk brug af 5 eller flere lægemidler hvilket defineres som polyfarmaci. I nogle tilfælde er der tale om hyper-polyfarmaci som er samtidig brug af 10 eller flere lægemidler. Dog er der ikke en entydig og universel definition af polyfarmaci.

Håndkøbsmedicin, naturlægemidler og kosttilskud er vigtige at have med i opgørelsen. Almindeligvis er det kun lægemidler udstedt på recept, der tæller med (4,5).

Stigende forbrug af lægemidler

Med en stigende ældrebefolkning stiger forekomsten af multisygdom, øget forbrug af lægemidler og dermed forekomsten af polyfarmaci-patienter. Ifølge Danmarks Statistik vil gruppen af 60-80+ årige stige med 309.454 fra nuværende 1.662.935 (2026) til 1.972.389 (2056) på bare 30 år. Alt dette øger kompleksiteten i lægemiddelbehandlingen og resulterer i øget risiko for bivirkninger, lægemiddelinteraktioner og andre lægemiddelrelaterede problemstillinger, som i værste fald kan ende med hospitalsindlæggelse og død (6).

Systematisk stillingtagen

Polyfarmaci bør ikke per definition betragtes som noget negativt. En løbende og systematisk stillingtagen til relevansen af den samlede medicinske behandling er derimod en central klinisk indsats for at sikre en meningsfuld og nødvendig behandling af den enkelte patient.

Afmedicinering

Begrebet afmedicinering afledt af det engelske "deprescribing" er inden for de senere år introduceret i klinikken som et begreb, der formelt er defineret som:

“den planlagte, superviserede dosisreduktion eller seponering af et lægemiddel, hvor de potentielt gavnlige effekter ikke længere opvejer de potentielt skadelige effekter” (7–9).

Sygeplejerskens ansvar og kompetencer

Da sygeplejersker i både primær- og sekundærsektoren har et medansvar for og indsigt i borgere og patienters medicinering, gennemgår vi i denne artikel en række centrale værktøjer og begreber, som sygeplejersker bør kende til, for at understøtte og bidrage til hensigtsmæssig medicinering af den enkelte borger. Formålet er at styrke sygeplejerskers kompetencer og funktion som faglig ressource i arbejdet med medicintilpasning og afmedicinering af den enkelte borger – og dermed understøtte en mere hensigtsmæssig og sikker medicinering fremadrettet.

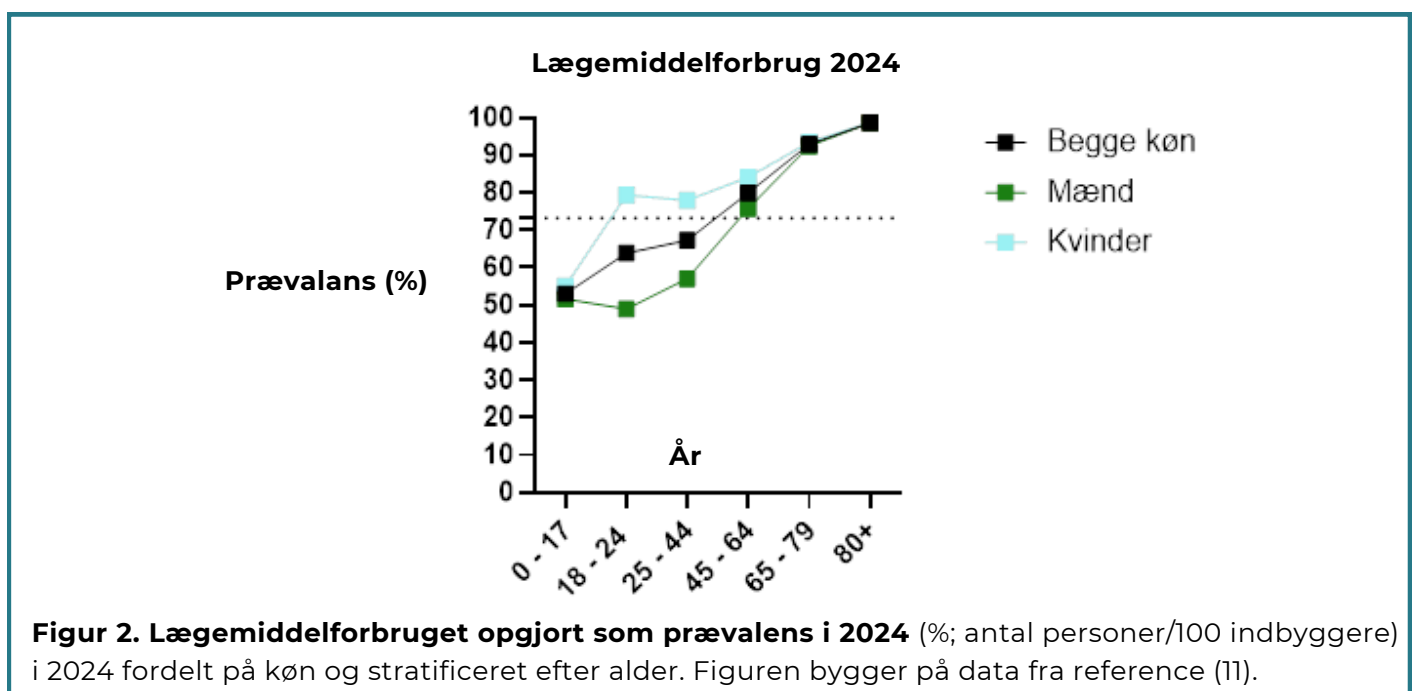
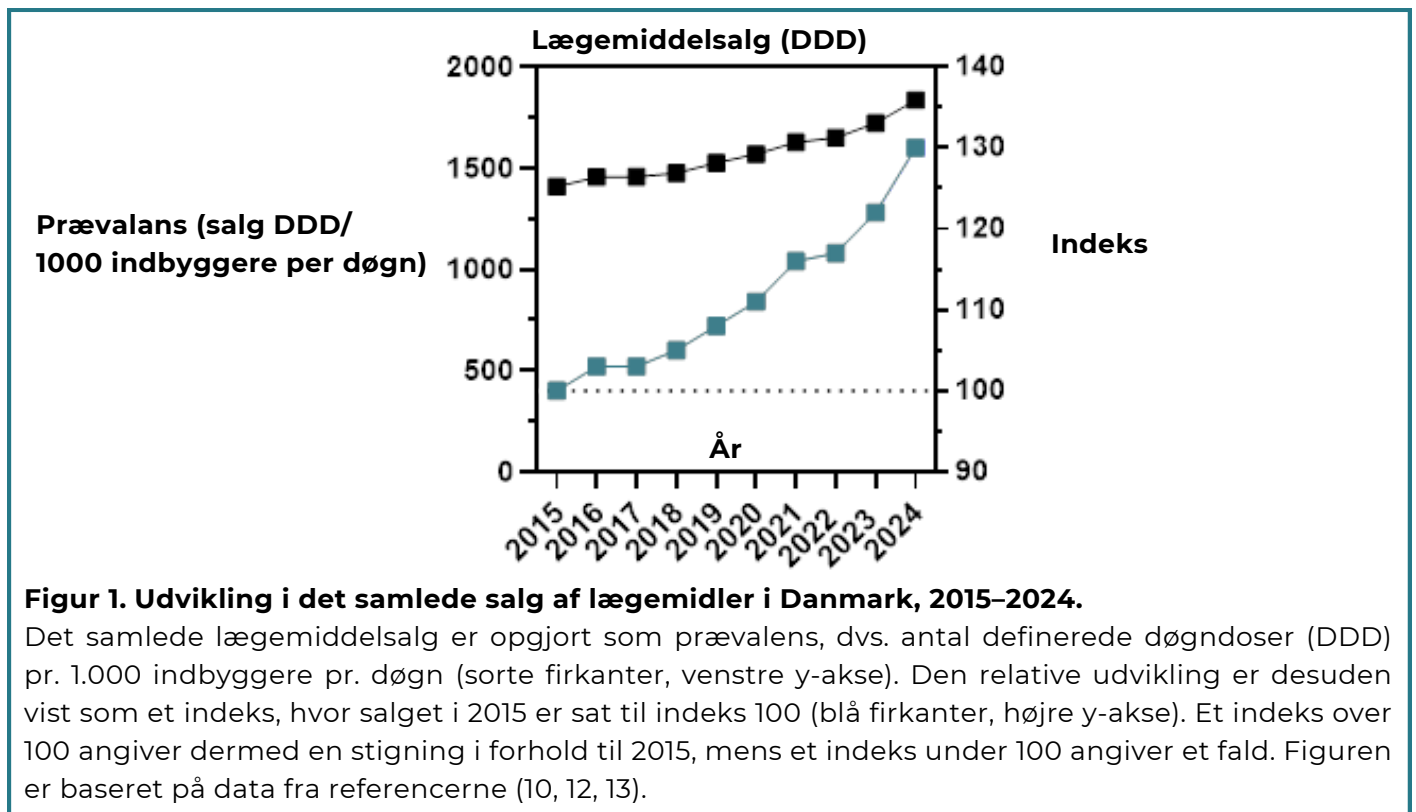
Lægemiddelforbrug i Danmark

Danskernes forbrug af lægemidler har været støt stigende gennem de seneste mange år. I 2024 var det samlede salg af lægemidler opgjort til 3,994 milliarder definerede døgn-doser(DDD) (10). Det svarer til, at hver dansker – fra vugge til grav – i gennemsnit indtager cirka 670 DDD om året, hvilket eksempelvis svarer til at tage 335 tabletter atorvastatin a 20 mg og 335 tabletter losartan a 50 mg, som er blandt de mest solgte lægemidler i Danmark, opgjort i DDD i 2024.

DDD defineres af WHO som den antagne gennemsnitlige vedligeholdelsesdosis pr. dag for et lægemiddel, der anvendes til lægemidlets hovedindikation hos voksne.

Følges udviklingen af det samlede salg af lægemidler i Danmark, opgjort som DDD/1000 indbygger per døgn ses en stigning fra 1409 DDD i 2015 til 1936 DDD i 2024 svarende til en stigning i salg på 30 %, se **Figur 1**.

Ser vi på forbruget fordelt på aldersgrupper indtog 92,9 % af de 65-79-årige og 98,7 % af de 80⁺-årige i Danmark mindst ét lægemiddel i 2024 (11) og gennemsnittet på tværs af alle aldersgrupper er 73,2 % af befolkningen. **Figur 2** viser en opgørelse over lægemiddelforbruget opgjort i prævalens.



En stor andel af borgere over 65 år er desuden polyfarmacipatienter, hvilket vil sige, at de dagligt indtager fem eller flere receptpligtige lægemidler som en direkte konsekvens af multisygdom. Ifølge de seneste tal fra Sundhedsdatastyrelsen fra 2021 er 12,4 % (78.760 personer) af de 65-74-årige og 21,2 % (114.242 personer) af de 75+-årige polyfarmaci-patienter. Samlet for alle aldersgrupper af 16-75+-årige er det 5,8 % af befolkningen svarende til 277.713 personer (5,14).

Et andet dansk studie fra 2020 (15) når frem til højere tal for forekomsten af polyfarmaci patienter. Ifølge studiets tal fra 2016 er 684.000 af alle danskere polyfarmaci patienter, svarende til 12 % af befolkningen, hvoraf tallet for de 75+-årige er 223.000, svarende til over halvdelen. Det understreger behovet for øget opmærksomhed på medicinbyrde både i almindelighed, men især blandt ældre borgere.

Det peger også på vigtigheden af at have en systematisk løbende vurdering af medicinens relevans og effekt.

Polyfarmaci – "Et tveægget sværd"

Polyfarmaci er i sig selv ikke nødvendigvis problematisk. Polyfarmaci kan i mange tilfælde give en god behandling og være til gavn for patienten hvor brugen af flere lægemidler samtidig er klinisk velbegrundet, nødvendig og i overensstemmelse med patientens samlede helbredstilstand og behandlingsmål (6,9,16). Problemet opstår, når polyfarmaci bliver uhensigtsmæssig og dermed ikke bidrager til patientens samlede helbredstilstand – men tværtimod ligefrem er skadelig. Dette synes at være et voksende problem, især blandt ældre patienter (9,14,17,18). Uhensigtsmæssig polyfarmaci opstår typisk som følge af flere sammenhængende faktorer (5,6,14,18,19), se **Boks 1**.

Boks 1. Årsager til uhensigtsmæssig polyfarmaci

- **Multisygdom og kompleks behandling:** Ældre har ofte flere kroniske lidelser, hvilket fører til behandling med mange forskellige lægemidler. Det øger risikoen for bivirkninger og interaktioner.
- **Manglende koordinering:** Når flere behandlere er involveret, kan der opstå overlap i medicineringen, og seponering af medicin, der ikke længere er nødvendig, overses.
- **Utilstrækkelig medicingennemgang:** Medicinlister opdateres ikke altid systematisk, herunder FMK (Fælles Medicin Kort), og der mangler faste rutiner for at vurdere, om medicinen stadig er relevant.
- **Aldersrelaterede ændringer:** Ældres ændrede fysiologi påvirker, hvordan medicin optages og nedbrydes, hvilket kan føre til ophobning og øget risiko for bivirkninger. Disse ændringer kan medføre, at ældre borgere reagerer anderledes – og ofte mere følsomt – på medicin. For eksempel kan nedsat nyre- og leverfunktion føre til langsommere udskillelse af lægemidler, hvilket øger risikoen for ophobning og bivirkninger. Samtidig kan ændringer i receptorfølsomhed og homeostatiske mekanismer gøre ældre mere sårbare over for lægemidlers virkning og interaktioner.
- **Dårlig compliance:** Komplekse medicinregimer kan være svære at følge, især hvis patienten har kognitive udfordringer eller fysiske udfordringer i at dispensere og tage medicinen korrekt samt mangler forståelse for behandlingen (20).
- **Behandling uden aktuel indikation:** Medicin kan fortsætte, selvom den oprindelige grund til behandlingen ikke længere er til stede.
- **Manglende evidens:** Mange lægemidler er ikke tilstrækkeligt testet på ældre, hvilket gør det vanskeligt at vurdere nytte og risiko ved polyfarmaci.

Som et vigtigt tiltag for at imødegå uhensigtsmæssig polyfarmaci kræves en systematisk og patientcentreret tilgang, hvor medicin vurderes løbende i forhold til den enkeltes helbreds-tilstand og behandlingsmål. Indtagelse af mange lægemidler i almindelighed og polyfarmaci i særdeleshed, kan for den enkelte patient derfor medføre en forringet livskvalitet da risikoen for lægemiddelinteraktioner, bivirkninger, medicinsvigt og medicineringsfejl væsentlig øges, hvilket i værste fald kan føre til hospitalsindlæggelser. Ydermere udgør uhensigtsmæssig og forkert behandling, herunder medicinering en betydelig belastning for samfundsøkonomien, primært på grund af øgede behandlingsomkostninger, flere indlæggelser og omfattende ressourcetræk i sundhedssektoren (17,21).

Afmedicinering som begreb i Danmark

Paradigmet om afmedicinering begyndte for alvor at tage form i Danmark omkring 2019-2020, og i 2022 blev den første internationale konference om deprescribing (afmedicinering) afholdt i Danmark (7).

Inden da havde den internationale organisation [Deprescribing.org](https://www.deprescribing.org) udviklet evidensbaserede guidelines for afmedicinering drevet af den stigende polyfarmaci blandt især ældre patienter samt et øget fokus på patientsikkerhed og rationel medicinbrug.

I Danmark er projektet *Odense Deprescribing Initiative* (ODIN) blevet etableret. Et forsknings- og implementeringssamarbejde i Odense, der har til formål at fremme mere rationel medicinbrug gennem afmedicinering via systematisk reduktion eller ophør af unødvendig eller skadelig medicin. Initiativet fokuserer især på ældre patienter og personer med begrænset forventet levetid (22). I august 2025 udkom den første kliniske vejledning for almen praksis om afmedicinering (23).

Baggrunden for vejledningen er, at tidligere undersøgelser blandt læger har vist, at en af de væsentligste barrierer for reduktion af lægemidler er manglen på klare retningslinjer på området (9,23).

Vejledningen retter sig primært mod lægers håndtering af afmedicinering og fremhæver samtidig en række redskaber, hvor sygeplejersker kan indgå som centrale samarbejdspartnere (23).

Værktøjer til afmedicinering

Promedicin.dk indeholder et nyt afsnit om seponering, hvor der fx nu også findes et afsnit om aftrapning af antidepressiva, som forventes revideret i takt med forskning, som viser, at aftrapning skal ske over længere tid for at undgå aftrapningssymptomer, se boksen "Hvis du vil vide mere". Øvrige værktøjer: *Medicingen-nemgang i Praksis* (24), *Basislisten* (25) og *Seponeringslisten* (26), som alle administreres af Medicinrådet. Derudover *Interaktionsdatabasen* (27), "Antikolinerge Lægemidler Antikolinerg belastning" – en praktisk tilgang" (28) samt spørgeskemaet "PREparation of Patients for Active Involvement in Medication Review" (PRE-PAIR) (19), se **Boks 2**.

Andre identificerede barrierer omfatter bl.a., at især ældre patienter ofte mangler viden om muligheden for afmedicinering, ligesom deres forståelse af, hvorfor en tidligere ordineret behandling ikke længere er nødvendig, kan være begrænset. Praktiserende læger kan også være tilbageholdende med at ændre i en behandling opstartet på sygehuset, for ikke at blande sig i andre specialers beslutninger. Dog er det vigtigt, at patienten forstår rationalet bag afmedicineringen af en tidligere vigtig behandling og giver informeret samtykke til den ændrede behandling (9).

Sygeplejerskens rolle i afmedicinering

Sygeplejersker, både i primær - og sekundær sektor, har medansvar for og indsigt i patient-enternes medicin. For en stor del af især ældre borgere håndterer sygeplejerskerne både dispensering og administration af medicin samt observerer for virkninger, bivirkninger og mulige uhensigtsmæssige interaktioner. Alt sammen særdeles vigtige opgaver inden for sygeplejerskens arbejdsområde og det udvidede virksomhedsområde i forhold til udvalgte lægemidler (29).

Boks 2. Værktøjer til afmedicinering

[Pro.medicin.dk](#) er en evidensbaseret database med information om alle lægemidler, der er markedsført i Danmark. Den er målrettet sundhedsprofessionelle og indeholder præparatbeskrivelser, behandlingsvejledninger, tilskuds- og udleveringsregler samt værktøjer som "beregner" og instruktionsmateriale. Det er i praksis sundhedsvæsenets faglige opslagsværk om medicin og anvendes bredt på hospitaler, apoteker og i klinisk praksis. Desuden findes [Min.medicin.dk](#), som er tilpasset borgere/patienter med stort set de samme informationer.

[Medicingennemgang i Praksis](#) gennemgår systematisk patientens samlede lægemiddelbehandling med fokus på hensigtsmæssig medicinering, forebyggelse af fejl og optimeret behandling. Gennemgangen udføres typisk af en læge eller farmaceut og omfatter en klinisk vurdering af medicinenens indikation, effekt, bivirkninger og uhensigtsmæssige lægemiddelkombinationer. Behandlingen justeres, eksempelvis ved at seponere, reducere eller erstatte et præparat. Målet er at give patienten det bedst mulige udbytte af medicinen og øge patientsikkerheden, især for patienter, der tager flere præparater. Gennemgangen omfatter også håndkøbsmedicin, kosttilskud og naturlægemidler som kan påvirke virkningen af receptpligtig medicin. Gennemgangen sker ofte i dialog med patienten og evt. pårørende. Patientens egne erfaringer med medicinen – fx bivirkninger, effekt eller praktiske udfordringer – er vigtige input i vurderingen (24,39).

[Basislisten](#) er en regional vejledning, primært til praktiserende læger. Den indeholder anbefalinger til førstevalg af medicin ved behandling af de mest almindelige sygdomme. Formålet er at fremme rationel medicinbrug ved at pege på præparater, der har den bedste kombination af dokumenteret effekt, færrest bivirkninger og lavest pris. Listen er også et fagligt redskab og ikke en bindende behandlingsvejledning. Hver region i Danmark udarbejder sin egen basisliste i samarbejde med regionens lægemiddelkomité og sundhedsfagligt personale. Listerne opdateres løbende for at afspejle den nyeste viden og ændringer i medicinsk praksis. Medicinrådet har siden 2026 arbejdet på at udvikle en ensartet fælles national basisliste (25,40).

[Seponeringslisten](#) er et nationalt, evidensbaseret beslutningsstøtteværktøj, der hjælper læger, farmaceuter og andre sundhedsprofessionelle med at vurdere og anbefale, hvilke lægemidler voksne, især ældre, med fordel kan stoppe med. Listen udgives årligt af Medicinrådet og indeholder generelle tommefingerregler for seponering af forskellige lægemiddelgrupper og overvejelser som: Er der stadig indikation for medicinen? Er bivirkningerne større end den gavnlige effekt? (26).

[Interaktionsdatabasen](#) beskriver evidensbaserede interaktioner mellem forskellige lægemidler, udvalgte naturlægemidler samt stærke vitaminer og mineraler. Databasen hjælper sundhedsprofessionelle med at vurdere risikoen ved at kombinere præparater for dermed at sikre en effektiv og sikker patientbehandling. Den bruges blandt andet som et centralt værktøj i medicingennemgang. Man kan søge på ét enkelt præparat eller på flere samtidigt for at få vist mulige interaktioner. Databasen viser, hvordan forskellige stoffer kan forstærke eller reducere hinandens virkning. Tre advarselssymboler angiver, om en kombination er sikker (grøn), om der er en potentiel risiko (gul), der kræver yderligere vurdering, eller om kombinationen bør undgås helt (rød). Interaktionsdatabasen er primært udviklet til sundhedsprofessionelle. [Medicinkombination.dk](#) er en parallel database som minder om Interaktionsdatabasen, men er tilpasset til lægmænd (27,41).

[Antikolinerge lægemidler og "antikolinerg belastning" – en praktisk tilgang](#)

Antikolinerge lægemidler påvirker kolinerg transmission og det parasympatiske nervesystem. Lægemidler med antikolinerge bivirkninger og dermed antikolinerg belastning er særligt problematiske for ældre, især dem med demens eller skrøbelighed, da disse lægemidler kan føre til kognitive og funktionelle forringelser samt øget risiko for indlæggelse og muligvis dødelighed. Sundhedsstyrelsen (IRF) har udarbejdet en liste over relevante lægemidler samt en metode til at vurdere den samlede antikolinerge belastning. Bivirkningerne kan være centrale, såsom konfusion, fald, hukommelsesproblemer, eller perifere, som fx mundtørhed, urinretention, hjerteproblemer og synsforstyrrelser (28), se **Figur 3 og 4**.

I de tilfælde, hvor patienten/borgeren får hjælp til dispensering af medicin i hjemmet og sygeplejersken derved løbende observerer borgeren, vil sygeplejersken i særdeleshed kunne starte en refleksion og forholde sig kritisk underende til den medicinske behandling og dermed i samarbejde med lægen støtte op omkring afmedicinering og være en sparringspartner til lægen og patienten.

Sygeplejersker er en af lægens væsentligste samarbejdspartnere, fordi de via deres ofte mere indgående relation til borgeren kan observere og monitorere, om borgeren opnår den ønskede virkning af medicinen, oplever bivirkninger eller andre gener.

Derfor er det væsentligt, at sygeplejersken har de redskaber og kompetencer, der skal til, for at have samtalen med patienten/borgeren om hvornår medicinen er gavnlig for patientens velbefindende, hvornår virkningen ikke står mål med bivirkninger og om der opleves mindre livskvalitet pga. indtagelse af medicinen (9).

I Københavns Kommune har man i et projekt fra 2021-2023, "*Bedre trivsel – mindre medicin*", set gode resultater med en nedgang i medicinen på 60 % i forhold til borgere med demens (30). Internationalt er der også fokus på sygeplejerskens opgave i forhold til proaktiv afmedicinering, hvor forskere i en artikel fra England beskriver, hvordan proaktiv afmedicinering er med til at sænke mortaliteten (31).

Et nyt scoping review understøtter sygeplejerskers stadig vigtigere rolle i arbejdet med nedtrapning og seponering af medicin (deprescribing) hos ældre patienter (32).

Artiklen peger også på vigtigheden af at styrke de organisatoriske rammer, teknologiske løsninger og målrettet kompetenceudvikling, der kan understøtte en bredere integration af sygeplejerskeledede afmedicineringsindsatser i den kliniske hverdag samt mere forskning, der kan dokumentere effekterne af sygeplejerskeledede afmedicineringsindsatser (32).

Proaktiv og reaktiv afmedicinering

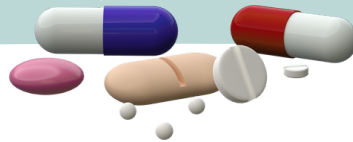
Afmedicinering eller seponering kan foretages både proaktivt og reaktivt (23,33). Ved proaktiv afmedicinering vurderes det, at en fremtidig behandling ikke forventes at medføre tilstrækkelig klinisk gevinst i forhold til risikoen for bivirkninger. Reaktiv afmedicinering iværksættes derimod som reaktion på allerede opståede bivirkninger eller behandlingssvigt, som fx. illustreret i casen med Karen, der indlægges efter et fald, som formentlig er forårsaget af gradvis medicinophobning, se **Case** side 8.

Proaktiv afmedicinering anses at foretrække, da det indebærer rettidig omhu, hvor borgers ændrede fysiologiske funktioner og eventuel tiltagende skrøbelighed løbende vurderes (18). Medicinrådet skriver bl.a. i relation til Seponeringslisten, at når en proaktivt seponeret behandling må genoptages, er det ikke et udtryk for fejl, men for grundighed. Det skal derfor ikke opfattes som en fejlagtig konklusion (9,26), men som, at man som tværfagligt team tager et ansvar for at sikre en hensigtsmæssig behandling.

Kompetencer

For at sygeplejersker kan tage en aktiv rolle i afmedicinering skal de kende til de anvendte værktøjer, der benyttes i klinisk praksis (24,33), se **Boks 1-2**. Når sundhedsprofessionelle kommunikerer med de samme fagtermer og værktøjer, øges muligheden for succesfuld tværfaglig kommunikation. Afmedicinering og seponering er en proces, der indebærer øget opmærksomhed på gener, ubehag eller andre tegn på, at et lægemiddel ikke længere er nødvendigt eller gavnligt for borgeren.

Da afmedicinering ofte er en langstrakt og dynamisk proces, bør sygeplejersken – på samme måde som ved vurdering af virkninger og bivirkninger – kontinuerligt overveje behovet for fortsat behandling. Det indebærer, at sygeplejersken ved hver medicindosering vurderer om borgerens aktuelle tilstand tilsiger en ændring, en reduktion eller et ophør af medicinen.



Case

79-årige Karen bor alene, er selvhjulpne og får hjemmesygepleje hver fjerde uge til medicindosering. Hun har i mange år været velbehandlet med solifenacin mod urge-inkontinens, mirtazapin mod depression og loratadin mod kløe. Kombinationsbehandlingen har tidligere fungeret uden væsentlige gener.

Gennem de seneste måneder har Karen oplevet tiltagende mundtørhed, obstipation, koncentrationsbesvær og svimmelhed, som hun selv har tilskrevet alderdom. Symptomerne udvikler sig gradvist og sniger sig ind i hverdagen uden at Karen eller hjemmesygeplejersken registrerer tydelige funktionsændringer ved de månedlige besøg. En morgen falder hun i hjemmet og kan ikke rejse sig, hvorefter hun bliver indlagt.

I akutmodtagelsen fremstår Karen let konfus, med takykardi og moderat dehydrering. Ved en systematisk medicingennemgang rettes mistanke mod kumulativ antikolinerg belastning, hvor langvarig behandling kombineret med aldersrelaterede ændringer i lever- og nyrefunktion, nedsat distribueringsvolumen, ændret receptorfølsomhed og reduceret baroreflex gør hende markant mere sårbar over for antikolinerge effekter. Dette har medført kognitiv påvirkning, faldtendens og autonome symptomer – uden at medicineringen i sig selv er en ordinationsfejl.

Hvis Karens indlæggelse skulle have været undgået, kunne lægen (og sygeplejersken) have gennemgået medicinen for virkninger, bivirkninger og interaktioner, og lægen kunne derved have taget stilling til fortsat behandling eller dosisreduktion.

Sygeplejersken kunne have initieret ved fx at bruge Symptomkortet som ses i **Figur 3**, samt *“Antikolinerge lægemidler og Antikolinerg belastning – en praktisk tilgang”* som ses i **Boks 2** for at afklare, om Karens snigende symptomer kunne skyldes serotonerge og antikolinerge bivirkninger (28,34). Yderligere eksempler på medicintilpasning kan ses i *“Vejledningen for almen praksis om afmedicinering”* (18).

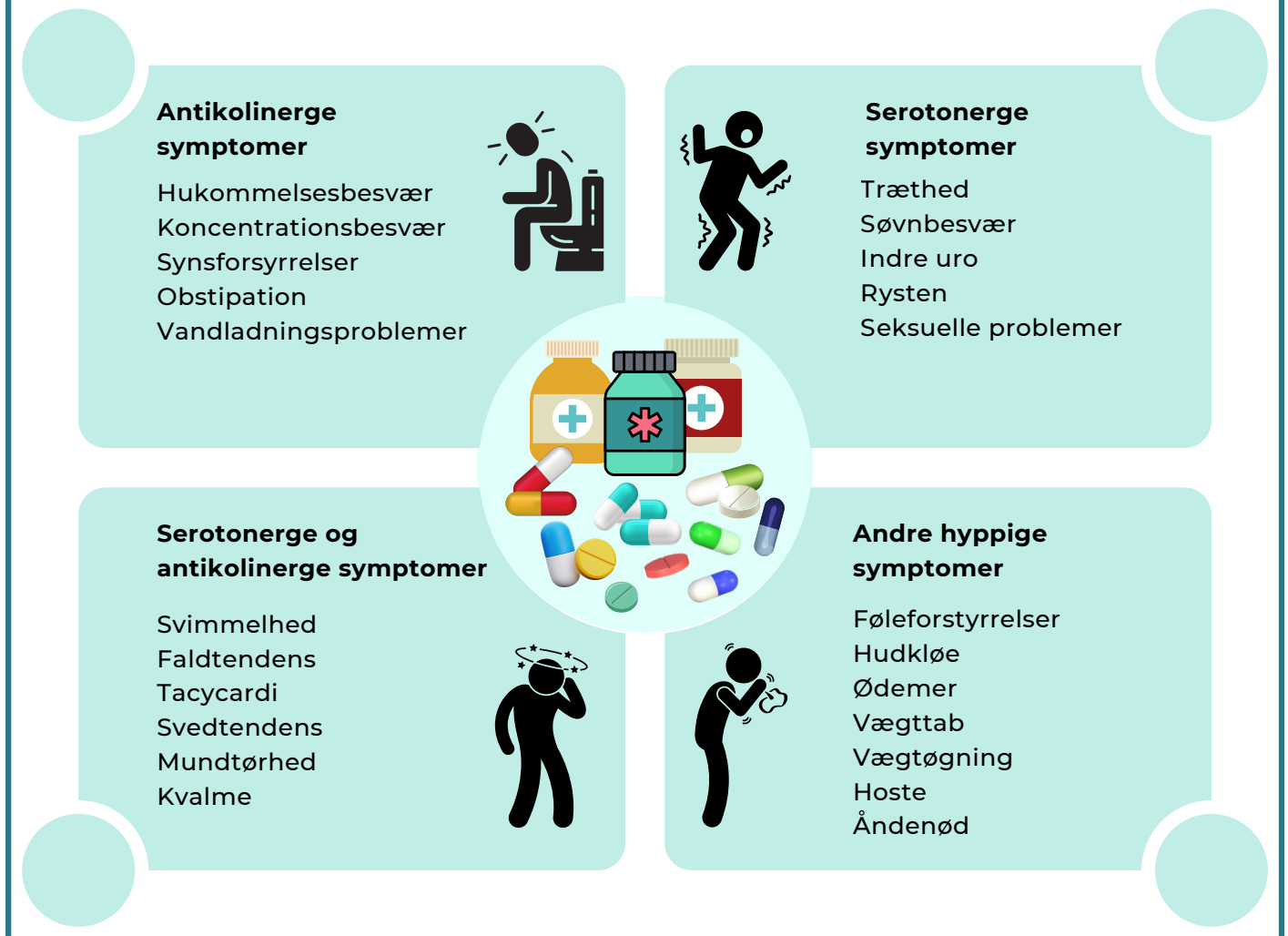
Særlig opmærksomhed på den antikolinerge belastning

Patienter/borgere med multisygdom kan være i særlig risiko for antikolinerge bivirkninger.

Et enkelt lægemiddels antikolinerge effekt er sjældent udtalt, men med flere lægemidler samtidigt over flere år og en krop med langsomt faldende organfunktion og mindre kapacitet kan en langsom ophobning særligt ses hos denne patientgruppe. De antikolinerge lægemidler virker ved at påvirke acetylkolinreceptorer med forskellig effekt, hvorved lægemidlerne inddeles i kategorier med enten meget stærk effekt (kategori 3), stærk effekt (kategori 2) eller lille-moderat effekt (kategori 1) (28). Bivirkningerne kan opdeles i de centrale hvor svimmelhed, faldtendens og konfusion er nogle af dem og i de perifere såsom ortostatisk hypotension, mundtørhed, obstipation og urinretention. I tilfældet med Karen som får lægemidlet mirtazapin mod depression, som er i kategori 1, solifenacin mod urgeinkontinens, som er i kategori 2 samt antihistaminet loratadin som er i kategori 2, har hun en samlet score på 5.

Figur 3. Mulige symptomer og bivirkninger på kumulativ antikolinerg belastning

Symptomkort viser en samling af bivirkninger, som kan være forårsaget af specifikke enkelt præparater eller være generelle symptomer af polyfarmaci. Symptomkortet er modificeret fra Guide til Symptomkort (34). Lægemidler med antikolinerge effekt er bla. lægemidler mod depression, antihistaminer og urologiske spasmolytika (35).



Bivirkningerne er både generende og kan udvikle sig til at være direkte indlæggelseskrævende ved fx et fald pga. ortostatisk hypotension. I casen vil sygeplejersken med opmærksomhed på symptomer og brug af de konkrete redskaber, kunne hjælpe Karen.

Konkrete redskaber til sygeplejerskerne

Der er gennem de seneste år taget forskellige initiativer for at sikre en mere hensigtsmæssig medicinering af ældre borgere. Region Nordjylland har udarbejdet guiden "*Symptomkort til at udspørge borgere*", se **Figur 4**, som giver sundhedsprofessionelle et værktøj til at vurdere patienters og borgers symptomer i forhold til medicinering (34).

Med et udfyldt symptomkort vil en medicin-gennemgang og de indledende refleksioner over patientens medicin gøre det lettere for lægen i almen praksis at træffe beslutninger.

Symptomkortet oplister bivirkninger i kategorier. Når borgeren markerer hvilke bivirkninger de evt. har, bliver bivirkningerne kategoriseret i skemaet. Det kunne fx være antikolinerge bivirkninger, som kan føre frem til, at det kan være lægemidler mod depression eller antipsykotiske lægemidler, der forårsager bivirkningerne (28) - ligesom i casen med Karen.

Derved giver symptomkortet en indikation af, hvilke præparater der kan være årsag til bivirkningerne.

Figur 4. Symptomkort til at udspørge borgere (34). Redesignet af SPL-Publishing.

Hukommelses- besvær Koncentrations- besvær Synsforstyrrelser Forstoppelse Vandladnings- problemer	Svimmelhed hjertebanken Svedtendens Mundtørhed Kvalme	Træthed Søvnbesvær Indre uro Rysten Seksuelle problemer	Smerter Føleforstyrrelser i fingre/tæer Hudkløe Væseophobning Vægttab vægtøgning Hoste Åndenød
Antikolinerge symptomer	Serotonerge & antikolinerge symptomer	Serotonerge symptomer	Andre hyppige symptomer

Et andet eksempel, hvor symptomkortet kan være et vigtigt redskab, er til forebyggelse af såkaldte ordinationskaskader. En ordinationskaskade opstår, når en patient får et nyt lægemiddel for at behandle bivirkninger fra et tidligere ordineret lægemiddel – i stedet for at stoppe, justere eller skifte den oprindelige behandling.

Som det fremgår af eksemplet i **Figur 5**, er en tør vedvarende hoste en meget almindelig bivirkning ved ACE-hæmmere. Hoste kan føre til behandling med codein, hvor en hyppig bivirkning er obstipation, som kan føre til behandling med laksantia. Både hoste og obstipation indgår som bivirkninger i symptomkortet.

Et andet hjælperedskab som sygeplejersken kan anvende, er en medicanamnese via spørgeskemaet *“Hvordan har du det med din medicin?”* som er udviklet i et samarbejde mellem Aarhus Universitet og Forskningsenheden for almen praksis (19), se **Figur 6**.

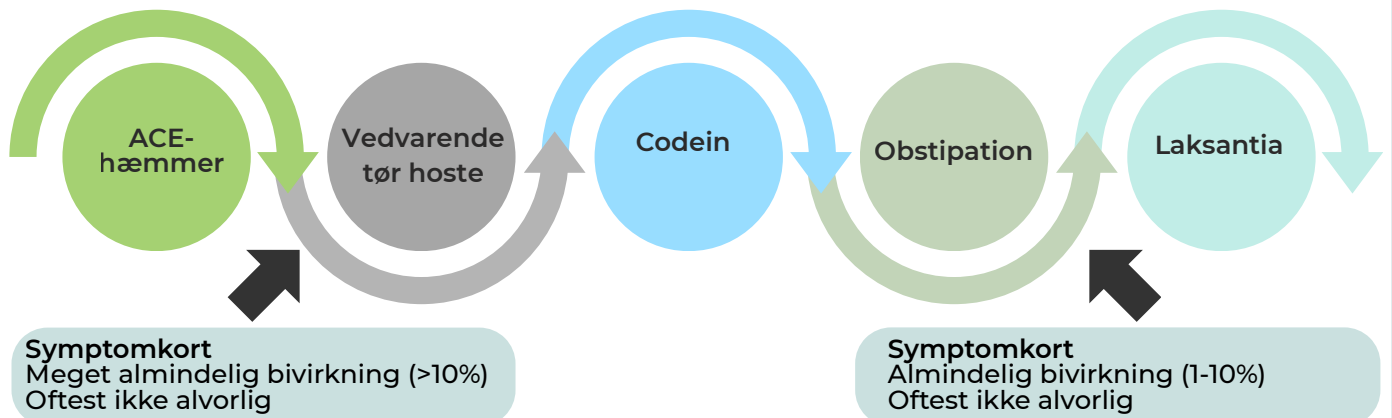


Medicinanamnesen består af en række spørgsmål til borgeren, som skal hjælpe med at identificere, om der er præparater, som de synes de har bivirkninger af, eller om de synes de får for mange præparater, som fx kan give risiko for nedsat compliance, eller om de bare er tilfredse med deres medicin. Redskabet kan også være nyttigt til at identificere ordinationskaskader.

Med medicinanamnesen og symptomkortet vil sygeplejersken være i stand til at målrette samtalen om borgerens medicin og symptomer, og sammen med borgerne starte en refleksion omkring hvordan medicin kan hjælpe i perioder, men også hvordan det evt. ved længere tids behandling og højere alder måske skal seponeres. Ved en medicingennemgang hos egen læge vil det kunne være med til at gøre samtalen mere målrettet.



Figur 5. Eksempel på ordinationskaskade. Ordination af codein og laksantia kunne være undgået hvis hosten var blevet identificeret som en meget almindelig bivirkning ved ACE-hæmmer. Både hoste og obstipation er nævnt i symptomkortet.



Figur 6. Hjælperedskab til medicinanamnese. Skemaet er udviklet i et samarbejde mellem Aarhus Universitet og Forskningsenheden for almen praksis (19).

Hvordan har du det med din medicin?



Du skal snart til læge og bl.a. tale om din medicin. Ved at udfylde skemaet kan du forberede dig på samtalen. Skemaet kan hjælpe dig og din læge med at beslutte, om der er behov for at ændre din medicin.

Er du mest enig eller uenig i følgende udsagn?

Jeg oplever bivirkninger af medicinen, der generere mig væsentligt

☐ Enig

☐ Hverken
eller

☐ Uenig

Jeg synes nogle gange, at jeg får for meget medicin.

☐ Enig

☐ Hverken
eller

☐ Uenig

Jeg tror måske, at jeg får noget medicin, som jeg ikke har behov for

☐ Enig

☐ Hverken
eller

☐ Uenig

Jeg er samlet set tilfreds med min nuværende medicin.

☐ Enig

☐ Hverken
eller

☐ Uenig

Er der noget vedrørende din medicin, som du gerne vil drøfte hos lægen?

☐ Ja

☐ Nej

Hvis ja, uddyb:

Sammenfatning og konklusion

Sygeplejersker er tæt på patienter og kronisk syge borgere. De observerer dagligt effekter og bivirkninger og kan tidligt identificere tegn på uhensigtsmæssig medicinering. Med de rette værktøjer – såsom bl.a. symptomkort, medicin-anamnese og struktureret medicingennemgang, som beskrevet i denne artikel – kan sygeplejersken derved bidrage til en mere hensigtsmæssig medicinering.

Værktøjerne lægger op til et større samarbejde mellem sundhedsprofessionelle i både primær- og sekundærsektor. På den måde kan sundhedsprofessionelle i fællesskab sikre, at borgere får den bedst mulige behandling. Et styrket samarbejde mellem læger, farmaceuter, sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle samt øgede farmakologiske kompetencer hos sygeplejersker er centrale elementer for at sikre en mere sikker, rationel og meningsfuld medicinsk behandling af borgere og især ældre borgere.

Grunduddannelsens begrænsninger

Spørgsmålet er, om sygeplejersker er klædt på uddannelsesmæssigt til at blive en tættere samarbejdspartner og tage del i ansvaret for en mere hensigtsmæssig medicinering af borgere med multisygdom. Sygeplejerskeuddannelse i København har allokeret 12 ud af i alt 210 ECTS-point til farmakologi (36). Det giver svære vilkår for en dybdegående forståelse af de komplekse sammenhænge mellem multisyge patienter, polyfarmaci, og begrebet personlig medicin, som denne artikels forfattere tidligere har beskrevet i Fag og Forskning (37). Det begrænser også muligheden for at arbejde indgående med medicinregning og forståelsen af, hvordan vi sikrer den mest hensigtsmæssige medicinering af den enkelte patient og borger.

Fokus på efter- og videreuddannelse

Derfor kan det være relevant at rette opmærksomheden mod efter- og videreuddannelse, hvor sygeplejersken har et klinisk fundament at bygge videre på, hvilket vil kunne give et større og mere fokuseret udbytte af undervisningen.

Uddannelsesmæssige tiltag og faste retningslinjer i både primær og sekundær sektor kan derfor understøtte samarbejdet og medvirke til at øge borgere og patienters livskvalitet.

Telefonrådgivning til sundhedsprofessionelle og pårørende

Et nyt initiativ i forhold til vejledning af sundhedsprofessionelle og pårørende som håndterer medicin er, at de kan ringe ind og få rådgivning om medicin. Det er via en hotline, som Indenrigs- og Sundhedsministeriet i samarbejde med landets apoteker forsøgsvis har åbnet, hvor farmaceuter og farmakonomer sidder klar til at vejlede og rådgive (38).

Læs mere om ordningen:

[Hotline rådgiver sundhedspersonale og pårørende om medicinhåndtering.](#)

Hvis du vil vide mere og være på forkant om den nyeste viden om antidepressiv medicin og aftrapnings-/abstinenssymptomer kan du læse mere i boksen på næste side.



Aftrapning af antidepressiv medicin og abstinenssymptomer

Abstinenssymptomer ifølge forskningen

- Influenzalignende symptomer
- Rastløshed
- Indre uro
- Angst
- Elektriske stød i hovedet eller kroppen (brainzaps)
- Depression
- Tankemylder
- Søvnløshed
- Pludselige udbrud af gråd
- Humørsvingninger
- Depersonalisering
- Irritabilitet
- Hjerterebank
- Livagtige drømme
- Svimmelhed
- Tinnitus
- Sløret syn og andre synsforstyrrelser
- Overfølsomhed over for lys og lyd
- Brystsmerter
- Svedeture
- Udmattelse
- Nedtrykthed
- Agitation, aggression og vredesudbrud
- Koncentrationsbesvær
- Rysten og skælven
- Muskelstivhed
- Muskelsmerter
- Ledsmerter
- Kramper
- Akatisi
- Ufrivillige bevægelser
- Tics
- Restless legs
- Ømme øjne
- Hovedpine
- Påvirkning af blodtryk
- Dyspnø
- Kløe
- Hudrødme
- Infektioner
- Parkinsonisme
- Slagtilfælde
- Katatoni
- Mavesmerter
- Obstipation
- Kvalme og appetitløshed
- Opkast
- Diarré
- Panik
- Rædsel
- Derealisation
- Impulsivitet
- Mani eller hypomani
- Eufori
- Psykose
- Paranoia
- Desorientering
- Hukommelsesbesvær
- Selvmordstanker
- Hallucinationer
- Delirium
- Følelsesløshed
- Stikkende fornemmelser og mykryb, prikken og snurren
- Brændende fornemmelser
- Varme eller kuldefølelser
- Ændret smags- og lugtesans
- Balanceproblemer og ustabil gang
- Koordinationsbesvær
- Stærkt øget søvnbehov
- Mareridt
- Seksuelle forstyrrelser
- Genital hypersensitivitet
- For tidlig sædafgang

Abstinenssymptomer ifølge danske retningslinjer

- Influenzalignende symptomer
- Gangforstyrrelser
- Synsforstyrrelser
- Afbrudt søvn
- Kvalme
- Svimmelhed
- Paræstesier
- Følelse af elektriske stød
- Agitation
- Akatisi
- Irritabilitet

Kilder

1. <https://pro.medicin.dk/Laegemiddelgrupper/Grupper/318750>
2. Fava GA, Gatti A, Belaise C, et al. Withdrawal Symptoms after Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Discontinuation: A Systematic Review. *Psychother Psychosom* 2015; 84: 72–81. DOI: [10.1159/000370338](https://doi.org/10.1159/000370338)
3. Fava GA, Benasi G, Lucente M, et al. Withdrawal Symptoms after Serotonin-Noradrenaline Reuptake Inhibitor Discontinuation: Systematic Review. *Psychother Psychosom* 2018; 87: 195–203. DOI: [10.1159/000491524](https://doi.org/10.1159/000491524)
4. Nielsen M, Hansen EH, Gøtzsche PC. What is the difference between dependence and withdrawal reactions? A comparison of benzodiazepines and selective serotonin re-uptake inhibitors. *Addiction* 2012; 107: 900–908. DOI: [10.1111/j.1360-0443.2011.03686.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03686.x)
5. Cosci F, Chouinard G. Acute and Persistent Withdrawal Syndromes Following Discontinuation of Psychotropic Medications. *Psychother Psychosom* 2020; 89: 283–306. DOI: [10.1159/000506868](https://doi.org/10.1159/000506868)
6. Sørensen A. Ph.d. thesis. [Withdrawing from antidepressants. Evidence for guideline recommendations and consideration of biological and psychological effects.](#) Nordic Cochrane Centre, Københavns Universitet 2022.
7. Sørensen A. [Noget du bør vide.. Om udtrapning af psykofarmaka.](#) Hans Reitzels Forlag, 2024



Referencer

1. Westergaard N, Krogsgaard R, Spindler P. **Fremtidens patient skal være en aktiv medspiller i egen sundhed**, Ugeskrift for Læger, 25.01.19.
2. Knudsen JL, Stenbjerg G. **Patientcentreret praksis på danske sygehuse vil styrke kvaliteten**, Ugeskrift for Læger, 02.11.12.
3. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. **Strategi for personlig medicin 2025-2027**.
4. Willadsen TG, Holm A, Kristensen J, Waldorff FB, Reventlow; Susanne, Prior A. **Definition og afgrænsning af multisygdom**, Ugeskrift for Læger, 16.10.23.
5. Sundhedsstyrelsen. **Polyfarmaci ved multisygdom - Viden, fokusområder og anbefalinger til videre arbejde**. 28. november 2025.
6. Bring Christensen, Mikkel; Rolighed H. Polyfarmaci ved multisygdom. In: Anne Frølich, Frede Olesen IK, editor. **Hvidbog om multisygdom**, 09.03.17.
7. Lundby C, Thompson W. Advancing deprescribing: Learnings from the first international conference on deprescribing. Basic Clin Pharmacol Toxicol. 2024 Jan 1;134(1):3–5. doi:10.1111/BCPT.13963.
8. Høj K, Mygind A, Livbjerg S, Bro F. Deprescribing of inappropriate medication in primary care. Ugeskr Læger. 2019 Jun 10;181(24). PubMed PMID: 31267949.
9. Lundby C, Henriksen DP, Ryg J, Søndergaard J, Thonesen IL, Pottgård A. **Afmedicinering i almen praksis: Udfordringer og muligheder** - Månedssbladet Rationel Farmakoterapi 1, 2022 - Sundhedsstyrelsen.
10. Apotekerforeningen. **Laegemiddelforbrug og apoteksdrift i Danmark Laegemidler i Danmark 2024-25**. Danmarks Apotekerforening. 2024.
11. Sundhedsdatastyrelsen. Medstat. <https://medstat.dk/>
12. Sundhedsdatastyrelsen. **Samlet salg af lægemidler i Danmark-2019-2023**.
13. Sundhedsdatastyrelsen. Samlet salg af lægemidler i Danmark - 2016 - 2020. [cited 2026 Aug 12]. Tilgængelig ved forespørgsel: www.sundhedsdatastyrelsen.dk
14. Sundhedsdatastyrelsen. Polyfarmaci. [Sundhedsdatastyrelsen.dk/data-og-registre/publikationer/laegemidler/polyfarmaci](https://www.sundhedsdatastyrelsen.dk/data-og-registre/publikationer/laegemidler/polyfarmaci).
15. Kornholt J, Christensen MB. Prevalence of polypharmacy in Denmark. Dan Med J. 2020;67(6):A12190680.
16. Søndergaard J, Andersen JS. **Polyfarmaci – et dilemma**, Ugeskrift for Læger 12.10.2020.
17. Sundhedsstyrelsen, 2023. **Nedbringelse af overforbrug og uhensigtsmæssig behandling med medicin: Viden, erfaringer og indsatsområder**.
18. Dansk Selskab for Almen Medicin. **Den Ældre Skrøbelige Patient - Klinisk vejledning for almen praksis, 2023**.
19. Eriksen CU, Forberg S, Paust A, Mygind A, Høj K, Christensen LD, et al. **Polyfarmaci-fra nationale anbefalinger til daglig praksis**. Sundhedsstyrelsen, Månedssbladet Rationel Farmakoterapi. Nr. 7 -December 2022.
20. Sundhedsstyrelsen. **Sundheds kompetence i det danske sundhedsvæsen**, 23.08.22.
21. Aarhus R, Wadman S, Høj Simonsen TP, Buch MS. **Uhensigtsmæssig dokumentation og behandling i sundhedsvæsenet**. Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, Rapport 11.09.23.
22. ODIN - Odense Deprescribing INitiative. deprescribing-odin.com
23. Dansk Selskab for Almen Medicin. **Afmedicinering - en systematisk tilgang** (klinisk vejledning), 2025
24. Regionernes Lægemiddelkonsulenter og Indsatser for Rational Farmakoterapi (IRF). **Medicingennemgang i praksis** (pjece), Sundhedsstyrelsen, 28.03.19.
25. Region Hovedstaden - praksisinformation. **Om Basislisten**, Sundhed.dk, 11.06.26.
26. Medicinrådet, **Seponeringslisten 2026**. medicinraadet.dk
27. Lægemiddelstyrelsen. [Interaktionsdatabasen.dk](http://interaktionsdatabasen.dk)
28. Pedersen AJT, Christensen MB, Rosholm JU, Tarp S. **Antikolinerge Lægemidler og “antikolinerg belastning” - en praktisk tilgang**. Månedssbladet Rationel Farmakoterapi. Sundhedsstyrelsen, december, 2017.
29. Retsinformation. **Bekendtgørelse om sygeplejerskers forbeholdte virksomhedsområde og orientering af patientens egen eller behandlende læge**. 2025.
30. Københavns Kommune Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. **Særlig metode giver bedre trivsel og mindre medicin hos borgere med demens**, viaritzau, 16.08.24.
31. Wright DJ, Scott S, Buck J, Bhattacharya D. Role of nurses in supporting proactive deprescribing. Nurs Stand. 2019 Feb 22;34(3):44–50. <https://doi.org/10.7748/ns.2019.e11249> PubMed PMID: 31468926.
32. Barbuiani G, Terzoni S, Caruso R, Cilluffo S, Pasina L, Lusignani M. Nurses' role in deprescribing for older adults: A scoping review. Int J Nurs Stud. 2026 Feb 1;174. <https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2025.105274> PubMed PMID: 41240718.
33. Dansk Selskab for Almen Medicin. Klinisk vejledning. **Den ældre skrøbelige patient**, 2023.
34. Lægemiddelenheden Region Nordjylland. **Guide til SYMPTOMKORT**, Sundhed.dk. 2023.
35. Pedersen AJT, Christensen MB, Rosholm JUlrik, Tarp S. Rationel Farmakoterapi 11. 2017. **Antikolinerge lægemidler og “antikolinerg belastning” – en praktisk tilgang**, Sundhedsstyrelsen, 2017.
36. Københavns Professionshøjskole, Bornholms Sundheds- og Sygeplejskole, UC Diakonissestiftelsen. **Studieordning Sygeplejerskeuddannelsen, 2026**.



- 37.** Freisleben SY, Elkjær I, Schouw N, Westergaard N. [Gentest og personlig medicin kan føre til bedre diagnostik og mere sikker og effektiv medicinering](#) - Fag & Forskning, dsr.dk, 2023.
- 38.** Hotline rådgiver sundhedspersonale og pårørende om medicin håndtering, [Sygeplejevidenskab.dk](#), Faglig nyhed 03.05.26,
- 39.** Region Hovedstaden - praksisinformation. [Medicingennemgang](#), sundhed.dk. 2023.
- 40.** Medicinrådet. [Basisliste for primærsektoren – Anbefalinger til førstevalg af lægemidler i almen praksis, 2026](#). Medicinraadet.dk, [Basislisten](#).
- 41.** Schougaard Christiansen ML, Gregersen T, Siersbæk M. [Lægemiddelinteraktioner i almen praksis. Rationel Farmakoterapi](#). Sundhedsstyrelsen, februar 2020.

