

Videnskabelig Leder

Medicingennemgang: dit, mit eller patientens ansvar?

Martin Schultz

Afdeling for Ældresygdomme og Lindrende Behandling, Københavns Universitetshospital – Amager og Hvidovre Hospital

Vi er blevet dygtige til at behandle sygdomme. Så dygtige, at vi lever længere med flere sygdomme, og en helt naturlig udvikling af dette er øget forekomst af polyfarmaci. Behandlingsinstrukser og ditto algoritmer er blevet tiltagende komplekse, og definitionen på polyfarmaci er nærmest ikke længere tidssvarende, i takt med at det bliver mere normalt at indtage fem eller flere lægemidler. Det giver nu mere mening at tale om hensigtsmæssig og uhensigtsmæssig polyfarmaci. Dog er der en del forskning, hvor polyfarmaci, hensigtsmæssig eller ej, er associeret til en lang række dårlige udfald herunder indlæggelser og død [1]. Alle lægemidler er som tveæggede sværd, og når balancen tipper fra positive effekter til bivirkninger, skade og nedsat livskvalitet, skal de seponeres. Meget få lægemidler er i virkeligheden nogle, der skal behandles livslangt. Det er også tankevækkende, at 66% af ældre indløser recept på ti eller flere lægemidler i deres sidste leveår, og 31% behandles med statiner i året op til døden [2]. Lægeforeningen estimerede i 2023, at regelmæssig medicingennemgang har potentiale til at forebygge 15.472 indlæggelser om året [3]. Forestil dig lige vores sundhedsvæsen med 15.472 indlæggelser mindre. Så var der plads til at løbe lidt langsommere og prioritere mere tid til patienterne og ressourcer til personale trivsel, udvikling og forskning.

Men hvem skal lave den medicingennemgang og hvornår og hvor tit? Praktiserende læger vil ikke altid ændre i hospitalslægers ordinationer, hospitalslæger mener, at det er de praktiserende lægers opgave, og mange patienter vil gerne spise færre piller, men siger det ikke højt. På de geriatiske afdelinger oplever vi ofte patienter, som er indlagt helt eller delvist på grund af for meget medicin, forkert medicin, bivirkninger, interaktioner og/eller ordinationskaskader. Vi ser også ofte patienter, hvor sygdomme, aldringsprocesser eller manglende fysisk aktivitet, ernæring og væske har ført til en krop, som er markant anderledes end dengang, lægemidlet blev ordineret, altså overbehandling og skade af lægemidlet frem for gavn. Noget af det, vi læger skal undgå. »Gør ingen skade«.

En struktureret, individualiseret og kritisk medicingennemgang kan være svær at gennemføre og tager tid og kræver opfølgning. Det er heller ikke nemt at vurdere restlevetid. Det er væsentlig

nemmere at ordinere end at afmedicinere, mængden af vejledninger til at seponere er forsvindende lille, og både patienter og læger ser ordination af et lægemiddel som en bedre handling end seponering. Men som det er anført på seponeringslisten er en »ikke succesfuld seponering« ikke udtryk for en fejl, men at gøre sig umage som læge. På samme måde som en medmenneskelig samtale med patienten om behov, ønsker, livskvalitet og præferencer er noget af det fineste, vi kan gøre som læger. Den tid, man bruger på samtalen, og den grundige medicingennemgang er givet godt ud, også selv om den enkelte læge ikke nødvendigvis ser konsekvensen.

Selv om det er nemmere at starte en behandling, end det er at afslutte, er der heldigvis hjælp at hente. Det seneste redskab, som gør det hele nemmere, er Dansk Selskab for Almen Medicins (DSAM) vejledning om Afmedicinering [4]. Heri har man samlet den nyeste viden om systematisk afmedicinering og alle gode værktøjer, der kan bruges som beslutningsstøtte og reference til vurdering af skrøbelighed med Clinical Frailty Scale [5]. Det er muligt, at det er en klinisk vejledning for almen praksis, men den er en must-read for alle læger, som arbejder med patienter og en obligat-pdf at have på sit device. Igen sætter DSAM sig i førersædet foran de andre lægefaglige selskaber og bør stå som en inspiration for os andre, når vi skal i gang med at revidere alle vores egne vejledninger og inkludere et afsnit om afmedicinering i alle vores sygdomsspecifikke retningslinjer.

Sundhedsvæsenet er i konstant forandring, og vi kommer alle til at se patienter med mange lægemidler. At lukke øjnene og skubbe opgaven videre gør formentlig skade på patienten. I stedet skal vi, alle læger, tage et fælles ansvar ved at kritisk vurdere den aktuelle lægemiddelbehandling, hver gang vi ser en patient, og give besked videre til patienten og den næste læge. Hvis du synes opgaven er svær, så start med den nye kliniske vejledning.

Korrespondance *Martin Schultz*. E-mail: martin.schultz@regionh.dk

Publiceret 2. marts 2026

Interessekonflikter MS oplyser økonomisk støtte fra eller interesse i Dansk Selskab for Geriatri, Danske gerontopsykologer, Novo og Ely Lilly. Forfatter har indsendt ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Denne er tilgængelig sammen med lederen på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2025;187:V10250858

doi 10.61409/V10250858

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](#)

REFERENCER

1. Li Y, Zhang X, Yang L, et al. Association between polypharmacy and mortality in the older adults: A systematic review and meta-analysis. Arch Gerontol Geriatr. 2022;100:104630.

- <https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104630>
2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets benchmarkingsenhed. Indsatser i ældres sidste tid, september 2025. <https://www.benchmark.dk/Media/638936075080829538/Hovedrapport.pdf> (22. okt 2025)
 3. Lægeforeningen. Forebyggelse af Indlæggelser, Lægeforeningens analyser 2023. <https://laeger.dk/media/b1tdcqro/laegeforeningens-analyser-2023-forebyggelse-af-indlaeggelser.pdf> (22. okt 2025)
 4. Dansk Selskab for Almen Medicin. Afmedicinering – en systematisk tilgang. 2025 Dansk Selskab for Almen Medicin. <https://www.dsam.dk/vejledninger/afmedicinering> (22. okt 2025)
 5. Nissen SK, Fournaise A, Lauridsen JT, et al. Cross-sectoral inter-rater reliability of the Clinical Frailty Scale – a Danish translation and validation study. BMC Geriatr. 2020;20(1):443. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01850-y>