

Statusartikel

Betydningen af skrøbelighed for vurderingen af polyfarmaci og afmedicinering

Christel Baagø Schjørring¹, Jesper Ryg^{2,3,4}, Mikkel Bring Christensen^{1,3}, Anne Holm⁵, Carina Lundby^{6,7}, David Peick Sonne^{1,3}, Gitte Krogh Madsen⁸ & Martin Schultz⁹

1) Klinisk Farmakologisk Afdeling, Københavns Universitetshospital – Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, 2) Afdeling for Medicinske Sygdomme, Københavns Universitetshospital – Herlev og Gentofte Hospital, 3) Institut for Klinisk Medicin, Københavns Universitet, 4) Geriatrik Forskningsenhed, Syddansk Universitet, 5) Center for Almen Medicin, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, 6) Sygehusapotek Fyn, Odense Universitetshospital, 7) Klinisk Farmakologi, Farmaci og Miljømedicin, Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet, 8) Roskilde Lægehus, 9) Afdeling for Ældresygdomme og Lindrende Behandling, Københavns Universitetshospital – Amager og Hvidovre Hospital

Ugeskr Læger 2026;188:V01260031. doi: 10.61409/V01260031

HOVEDBUDSKABER

- Skrøbelighed og polyfarmaci forekommer ofte samtidig og er associeret med alvorlige bivirkninger.
- Afmedicinering er en vigtig indsats for at reducere uhensigtsmæssig medicin, især ved højere grader af skrøbelighed.
- Skrøbelighedsvurdering og værktøjer kan understøtte medicingennemgang.

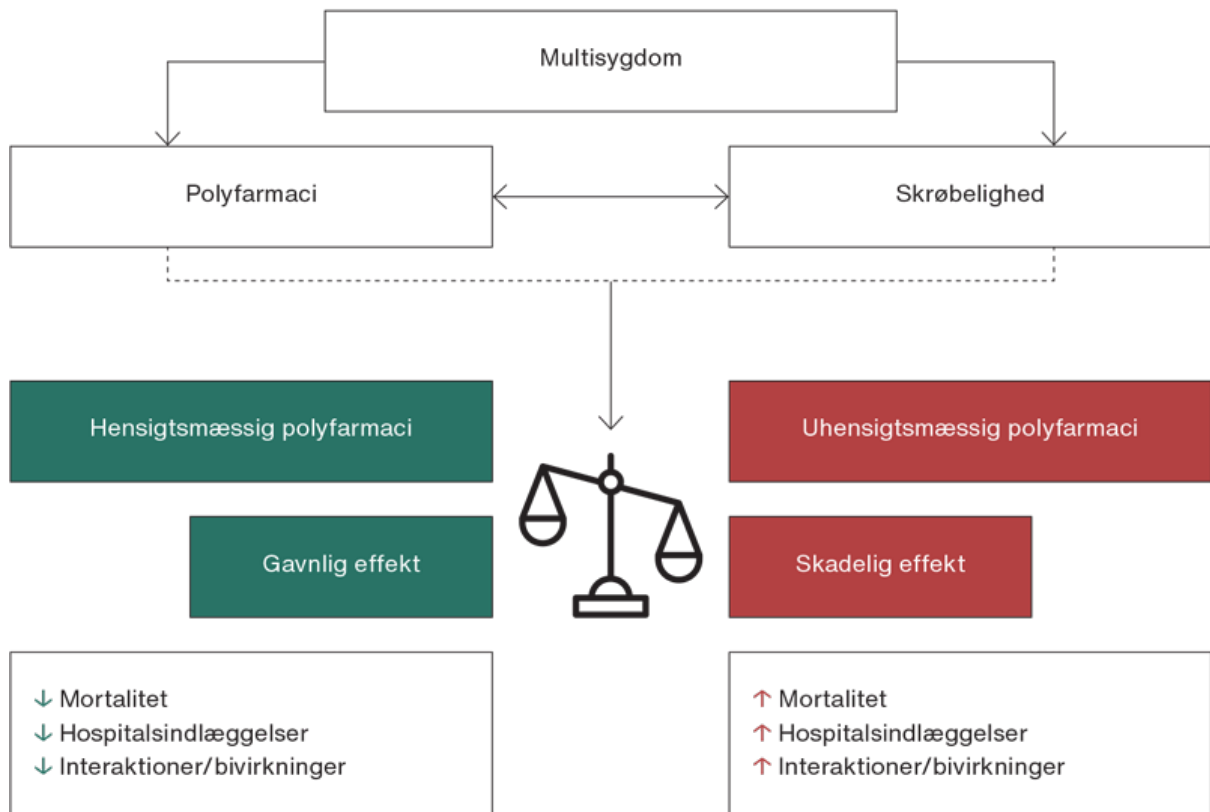
I de senere år har der været stigende fokus på skrøbelighed (eng.: frailty) og dens betydningen for medicinsk behandling. Skrøbelighed er en klinisk tilstand, der opstår i et samspil mellem fysiske, psykiske, sociale og ydre faktorer, og som medfører øget sårbarhed over for funktionsnedsættelse og negative helbreds-mæssige konsekvenser [1-3]. Skrøbelighed bør ikke betragtes binært, men som et kontinuum, hvor graden kan vurderes, f.eks. ved brug af Clinical Frailty Scale (CFS) [3, 4]. CFS vurderer skrøbelighed ud fra faktorer som afhængighed af hjælp, kroniske symptomer og fysisk aktivitet [3, 4]. Skrøbelighed er en dynamisk og potentielt reversibel tilstand [1]. Polyfarmaci, ofte defineret som brug af ≥ 5 lægemidler, er hyppig blandt skrøbelige patienter og anses som en mulig medvirkende faktor til udvikling og forværring af tilstanden [2]. Derfor kan afmedicinering (eng.: deprescribing) – planlagt, superviseret dosisreduktion eller seponering af lægemidler, hvor fordele ikke længere opvejer ulemper – være særligt relevant hos den skrøbelige patient [5]. Artiklens formål er at belyse polyfarmaci og afmedicinering som kritiske opmærksomhedspunkter hos skrøbelige patienter samt at præsentere værktøjer til hjælp med at optimere medicinsk behandling.

Polyfarmaci og skrøbelighed – sammenhæng og kliniske konsekvenser

Sammenhængen mellem skrøbelighed og polyfarmaci er kompleks. Skrøbelighed og kroniske sygdomme påvirker hinanden gensidigt og øger ofte medicinforbruget. Polyfarmaci medfører højere risiko for interaktioner og bivirkninger, især hos skrøbelige patienter, hvilket kan øge risikoen for fald, dårlig ernæringsstatus samt forringet funktionsniveau, hvilket kan forværre skrøbeligheden yderligere [3, 6, 7]. Et nyere systematisk review

af 66 internationale studier viste, at blandt skrøbelige ældre var 59% i behandling med ≥ 5 lægemidler, mens 22% blev behandlet med ≥ 10 lægemidler [8]. Polyfarmaci kan være hensigtsmæssig, når medicinen er nødvendig og gavnlig. Risikoen for at indtage uhensigtsmæssig medicin – dvs. medicin, der ikke længere er indiceret, med ugunstig balance mellem bivirkninger og effekt, eller hvor behandlingen ikke længere stemmer overens med patientens egne mål og ønsker – er størst blandt ældre og multisyge [2, 3, 9]. Desuden er kompliance oftest lav blandt ældre, hvor 21-50% ikke tager deres medicin som ordineret [10]. Uhensigtsmæssig polyfarmaci kan øge risikoen for negative helbredssekvenser (**Figur 1**) [2, 3, 9]. Et fransk tværsektorsstudie med 2.350 ældre viste, at faktorer som skrøbelighed og brug af ≥ 10 lægemidler hver især omtrent fordoblede mortaliteten (hhv. HR = 2,56; 95% KI: 1,63; 4,04; og HR = 1,83; 95% KI: 1,28; 2,62). Hvis begge faktorer var til stede samtidig, var mortaliteten mere end seksdoblet (HR = 6,30; 95% KI: 3,09; 12,84) sammenlignet med ældre uden skrøbelighed eller polyfarmaci [11]. Fysiologiske forandringer ved skrøbelighed – herunder sarkopeni, hypoalbuminæmi, kronisk inflammation samt i særdeleshed nedsat lever- og nyrefunktion – påvirker lægemidlers farmakokinetik og øger risikoen for bivirkninger og toksicitet [12]. Studier har vist, at clearance af gentamicin var 12-14% lavere hos skrøbelige patienter, og at skrøbelighed var forbundet med øgede plasmakoncentrationer af antikoagulantia hos ældre [13, 14]. Desuden ses øget følsomhed samt større variation i effekten af mange lægemidler blandt ældre, f.eks. benzodiazepiner, psykofarmaka og opioider [3, 6]. Ældre og skrøbelige patienter indgår sjældent i kliniske lægemiddelstudier, hvilket vanskeliggør fortolkningen af lægemiddeffekter og medfører et begrænset vidensgrundlag om både effekt og bivirkninger hos denne patientgruppe [3, 6, 12].

FIGUR 1 Skrøbelighed og polyfarmaci påvirker hinanden gensidigt, og deres samtidige tilstedeværelse øger risikoen for, at den potentielle skade ved medikamentel behandling overstiger den forventede gavnlige effekt, hvilket kan føre til uhensigtsmæssig polyfarmaci. Dette medfører en yderligere øget risiko for lægemiddelinteraktioner, bivirkninger, hospitalsindlæggelser og død.



Afmedicinering hos den skrøbelige patient

Medicingennemgang og reduktion af uhensigtsmæssig polyfarmaci har et betydeligt forebyggelsespotentiale, især hos skrøbelige patienter, hvor Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) og Sundhedsstyrelsen særligt anbefaler en indsats [2, 5]. Op til 11% af uplanlagte hospitalsindlæggelser skyldes medicinbivirkninger, primært hos ældre med polyfarmaci, og op til 50% af bivirkningsrelaterede indlæggelser hos patienter ≥ 65 år med ≥ 5 lægemidler kan forebygges [1]. Formålet med afmedicinering er gennem dosisreduktion eller seponering at sikre, at patienten kun får nødvendig, effektiv og sikker medicin i overensstemmelse med egne mål og ønsker [7]. Afmedicinering bør ske ved fælles beslutningstagen mellem lægen, patienten og evt. pårørende.

Sikkerhed og effekt af afmedicinering

I de senere år har der været et stigende forskningsmæssigt fokus på sikkerhed og effekt af afmedicinering hos skrøbelige ældre [15]. I et systematisk review fra 2021 (seks studier med 657 skrøbelige ældre) fandt man, at afmedicinering kunne reducere antallet af lægemidler og generelt var sikkert uden ændring i dødelighed eller komplikationer [15]. Heterogenitet af studierne forhindrede gennemførelse af en metaanalyse, men resultaterne pegede på, at afmedicinering medførte forbedring af funktionsniveau, skrøbelighed og mental sundhed, mens effekten på fald og livskvalitet var inkonsistente. Nyere randomiserede studier understøtter overordnet sikkerheden. Et placebokontrolleret studie blandt 303 skrøbelige plejehjemsbeboere viste, at en systematisk gennemgang og seponering af unødvendige lægemidler ikke påvirkede dødeligheden eller uønskede hændelser, men viste heller ingen tydelig gevinst i forhold til livskvalitet eller skrøbelighed [16]. Et clusterrandomiseret forsøg med 521 hjemmeboende skrøbelige ældre undersøgte, om patientsikkerheden – målt som færre hospitalsindlæggelser – kunne forbedres efter 2-3 hjemmebesøg med fokus på afmedicinering, men viste ingen effekt efter 12 måneder [17]. En initial reduktion af lægemidler efter 6 måneder (hyppigst protonpumpehæmmere, statiner, orale antidiabetika og uratsænkende medicin) var udvisket efter 12 måneder. Dette kan skyldes nye eller tilbagevendende kliniske problemstillinger eller udfordringer med at fastholde en afmedicineringsindsats over tid, f.eks. ved sektorovergange i sundhedsvæsenet. Ét enkelt randomiseret studie rapporterede øget risiko for alvorlige bivirkninger (bl.a. blodpropper) ved afmedicinering af antihypertensiva hos plejehjemsbeboere med demens, men studiet var karakteriseret ved accept af et højt systolisk blodtryk (≤ 180 mmHg) og forholdsvis hurtigt samt ensartet seponering, hvilket fjerner »det lægelige skøn« [18]. I kontrast viste et nyere randomiseret studie, at gradvis reduktion hos skrøbelige plejehjemsbeboere med lavere accepteret systolisk blodtryksgrænse (≤ 160 mmHg) ikke øgede bivirkninger eller mortalitet [19]. Dansk Cardiologisk Selskab angiver også, at behandlingsmålet hos personer ≥ 80 år på 130-144 mmHg skal justeres ved betydelig skrøbelighed (CFS > 5), hvor al forebyggende behandling bør genovervejes [20]. Samlet peger resultaterne på, at afmedicinering generelt er sikkert, når processen individualiseres patienten og er ledsaget af tæt opfølgning.

Barrierer og facilitatorer for afmedicinering

Selv om afmedicinering er rationel, eksisterer der væsentlige barrierer hos både læger og patienter. Læger kan være usikre på balancen mellem fortsat gavn og mulig skade ved seponering og overestimerer både absolutte fordele og ulemper ved medicinsk behandling [5, 21]. Selv om der findes flere værktøjer til hjælp med afmedicinering, angiver mange praktiserende læger manglende kendskab til disse [22]. Få behandlingsvejledninger indeholder overvejelser om behandlingsvarighed og afmedicinering, hvilket også er tilfældet for danske vejledninger om kroniske sygdomme [23]. Dette kan medføre, at læger føler et pres til at fastholde medicinen og mangler støtte til afmedicinering [5, 22]. Begrænset viden om skrøbelighed og tidsmangel udgør yderligere barrierer [22]. Læger kan også frygte, at seponering, især af forebyggende behandling, får patienten til at føle sig opgivet – en opfattelse, patienterne ikke deler [5]. Imidlertid kan langvarig brug af medicin skabe tryghed for patienterne og modstand mod ændringer, ligesom manglende kontinuitet i lægekontakt kan hæmme afmedicinering [22, 24]. Centrale facilitatorer er fælles

beslutningstagning, klar kommunikation og en gradvis procesorienteret tilgang med løbende opfølgning og monitorering [22, 24].

Guide og værktøjer til afmedicinering hos den skrøbelige patient

Vurdering af skrøbelighed, f.eks. ved brug af CFS, er vigtig ved gennemgang af den medikamentelle behandling. Patienter med mild skrøbelighed (CFS 4-5) har større chance for at vende tilbage til robust tilstand (CFS 1-3) og kan behandles som øvrige ældre, men bør monitoreres for progression [1]. Ved moderat til svær skrøbelighed (CFS ≥ 6) bør medicin gennemgås hyppigt og individualiseret med afvejning af forventet gavn, potentiel skade og patientens præferencer [1]. Flere lægemiddelgrupper kan være uhensigtsmæssige blandt moderat til svært skrøbelige patienter, og effekten af forebyggende behandling står måske ikke længere mål med forventet restlevetid. Her kan CFS være hjælpsom til at estimere patientens sandsynlighed for at overleve og undgå institutionel pleje [3]. Selv om alle ordinerende læger har ansvar for løbende revurdering af patientens medicin, har den praktiserende læge en rolle som tovholder for medicingennemgang og afmedicinering, hvor lægefagligt skøn, opfølgning og monitorering er essentielt [2, 5]. Til understøttelse af medicingennemgang og afmedicinering findes der flere danske publikationer [3, 5, 7, 25-27]. Blandt værktøjer med fokus på skrøbelighed kan fremhæves DSAM's publikationer »Afmedicinering« og »Den ældre skrøbelige patient«, som indeholder baggrundsviden og inspiration til afmedicinering [3, 5]. Af værktøjer til vurdering af konkrete lægemiddelgrupper kan STOPP/START-kriterierne nævnes, som understøtter systematisk medicingennemgang hos geriatriske patienter. Listen identificerer potentielt uhensigtsmæssige lægemidler, der bør seponeres (STOPP), samt relevante, men eventuelt manglende lægemidler, der kan overvejes påbegyndt (START) [28]. Hos meget skrøbelige patienter med begrænset restlevetid kan STOPPFrail, der omfatter 27 kriterier for potentielt uhensigtsmæssig medicin, bruges som praktisk værktøj til afmedicinering [29]. Yderligere relevante værktøjer fremgår af **Tabel 1**. Prioritering af medicinændringer bør ske i samarbejde med patienten og de pårørende. Seponering og dosisreduktion bør som hovedregel ske gradvist med planlagt opfølgning, særligt for lægemidler med risiko for seponeringssymptomer, samt overvejelser om, hvor mange præparater der kan ændres ad gangen, så effekt og sikkerhed kan monitoreres [5]. Eventuel genoptagelse af medicin bør ikke betragtes som en fejl, men som en del af en iterativ og klinisk velovervejet proces [5, 26].

TABEL 1 Baggrundsinformation og værktøjer til brug ved medicingennemgang og afmedicinering hos den skrøbelige patient. Danske vejledninger er angivet først, internationale vejledninger er angivet til sidst.

Den ældre skrøbelige patient [3]	Dansk Selskab for Almen Medicins kliniske vejledning om den ældre skrøbelige patient Et af afsnittene har fokus på medicinering og afmedicinering hos den skrøbelige patient
Afmedicinering – en systematisk tilgang [5]	Dansk Selskab for Almen Medicins vejledning til afmedicinering i almen praksis Vejledningen omhandler baggrundsviden om afmedicinering (herunder målgrupper, praktisk organisering og værktøjer), en praktisk del om udførsel samt cases til belysning af anvendelsen i klinisk praksis
Afmedicinering i almen praksis: udfordringer og muligheder [25]	Artikel udgivet af Indsatser for Rationel Farmakoterapi, Sundhedsstyrelsen, om afmedicinering i almen praksis samt de barrierer, der er for afmedicinering, værktøjer, der kan understøtte afmedicinering, og nyere tiltag på området
Seponeringslisten [26]	Anbefalinger til seponering af hyppigt anvendte lægemidler hos voksne Udgives af Medicinrådet fra 2026 Forsiden indeholder vigtige tommelfingerregler, f.eks. at seponere forebyggende medicin, hvis effekten ikke står i rimeligt forhold til restlevetid eller ved svær skrøbelighed vurderet via Clinical Frailty Scale
Medicinsanering på plejehjem – en guide til seponering af medicin hos skrøbelige ældre [27]	En guide til seponering af medicin hos skrøbelige ældre Guiden er udarbejdet af Nord-KAP i Region Nordjylland i samarbejde med Klinisk Farmakologisk Enhed og Geriatrik Afdeling, Aalborg Universitetshospital
Polypharmacy review in adults living with moderate to severe frailty [1]	Klinisk retningslinje udgivet af NHS Greater Glasgow and Clyde i Skotland, som tilbyder rådgivning om realistisk brug af lægemidler hos patienter, der er identificeret som moderat eller svært skrøbelige, herunder praktiske råd om grænseværdier og doseringsplaner for at lette afmedicinering, hvor det er relevant
Clinical Frailty Scale (CFS) [4]	CFS er et klinisk redskab, der anvendes til at vurdere graden af skrøbelighed Den er valideret til personer over 65 år, og vurdering bør foretages på baggrund af patientens situation i stabil fase CFS inddeles i ni niveauer, som spænder fra meget velbefindende til terminal sygdom Skalaen kan desuden bruges til at estimere patientens sandsynlighed for at overleve og undgå institutionel pleje
STOPP/START ^a [28]	Et sæt kriterier, som har til formål at identificere potentielt u hensigtsmæssige lægemidler, som bør seponeres (STOPP), og lægemidler, som kan være hensigtsmæssige at opstarte (START) hos den geriatriske patient
STOPPFrail [29]	27 kriterier for potentielt u hensigtsmæssig medicin, som kan anvendes som værktøj til afmedicinering hos den meget skrøbelige patient med begrænset restlevetid
STOPPFall [30]	Oversigt over lægemidler, der kan være u hensigtsmæssige for ældre med risiko for fald, inkl. konkrete retningslinjer for afmedicinering af disse lægemidler

a) Den danske version af STOPP/START (version 3) kan findes gennem Dansk Selskab for Geriatrik hjemmeside.

Perspektivering og behov for yderligere forskning

Der mangler fortsat væsentlig viden om lægemidlers effekt og bivirkninger hos skrøbelige patienter, hvilket er afgørende for at understøtte evidensbaserede og kvalificerede behandlingsbeslutninger. Sikkerhed ved afmedicinering samt potentielle positive effekter, f.eks. bedring af skrøbelighedsniveau og reduktion af hospitalsindlæggelser, bør undersøges nærmere, ideelt stratificeret efter lægemiddelgrupper og skrøbelighedsgrad. En sådan viden vil tydeliggøre forebyggelsespotentialer med mulighed for inkorporering af skrøbelighed og afmedicinering i kliniske behandlingsvejledninger.

Konklusion

Skrøbelighed og polyfarmaci forekommer ofte samtidig hos ældre og øger risikoen for ugunstige helbredsudfald. Vurdering af skrøbelighed kan anvendes til at identificere patienter med et øget behov for medicingennemgang og afmedicinering, især ved moderat til svær skrøbelighed. Afmedicinering har generelt vist sig at være sikker hos skrøbelige patienter og kan reducere uhensigtsmæssig polyfarmaci. Fremadrettet bør skrøbelighed og afmedicinering i højere grad integreres i behandlingsvejledninger og klinisk praksis.

Korrespondance Christel Baagø Schjørring. E-mail: christel.baagoe.schjoerring@regionh.dk

Antaget 14. april 2026

Publiceret på ugeskriftet.dk 6. juli 2026

Interessekonflikter MS oplyser økonomisk støtte fra eller interesse i Novo Nordisk, Ely Lilly. AH oplyser økonomisk støtte fra eller interesse i Novo Nordisk. Alle forfattere har indsendt ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Disse er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2026;188:V01260031

doi 10.61409/V01260031

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

SUMMARY

The significance of frailty in the assessment of polypharmacy and deprescribing

Frailty and polypharmacy often coexist in older patients, each increasing the risk of adverse outcomes, including hospitalisation and death. Frailty can lead to higher medication use, while polypharmacy may worsen frailty. Deprescribing – the planned and supervised dose reduction or stopping of medication that is harmful, unnecessary, or not aligned with patient preferences and priorities – is generally safe and can help secure appropriate medical treatment. This review underscores that incorporating frailty assessment into medication review is essential to inform medical treatment optimisation and prevent adverse events.

REFERENCER

1. NHS Greater Glasgow and Clyde, Scotland. Polypharmacy review in adults living with moderate to severe frailty, 2025. <https://www.rightdecisions.scot.nhs.uk/m/2276/polypharmacy-review.pdf> (18. dec 2025)
2. Sundhedsstyrelsen. Polyfarmaci ved multisygdom: viden, fokusområder og anbefalinger til videre arbejde, 2022. https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Polyfarmaci/Polyfarmaci-ved-multisygdom---Viden_-fokusomraader-og-anbefalinger-til-videre-arbejde.ashx (26. nov 2025)
3. Dansk Selskab for Almen Medicin. Den ældre skrøbelige patient, 2023. <https://www.dsam.dk/vejledninger/aeldre/skrøbelighed-i-almen-praksis> (2. dec 2025)
4. Fournaise A, Nissen SK, Lauridsen JT 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. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02222-w>
5. Dansk Selskab for Almen Medicin. Afmedicinering – en systematisk tilgang, 2025. <https://www.dsam.dk/vejledninger/afmedicinering/generelt-om-dsams-vejledninger> (8. dec 2025)
6. Gutiérrez-Valencia M, Izquierdo M, Cesari M et al. The relationship between frailty and polypharmacy in older people: a systematic review. Br J Clin Pharmacol. 2018;84(7):1432-1444. <https://doi.org/10.1111/bcp.13590>
7. Christensen MB, Krogh ML, Sonne DP et al. Klinisk farmakologiske medicingennemgange. Ugeskr Læger.

- 2026;188:V10250865. <https://doi.org/10.61409/V10250865>
8. Toh JY, Zhang H, Soh YY et al. Prevalence and health outcomes of polypharmacy and hyperpolypharmacy in older adults with frailty: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev.* 2023;83:101811. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2022.101811>
 9. Sharma R, Sharma T, McCready-Branch B et al. Medication use by older adults with frailty: a scoping review. *Pharmacy (Basel).* 2025;13(6):170. <https://doi.org/10.3390/pharmacy13060170>
 10. Williams CM. Using medications appropriately in older adults. *Am Fam Physician.* 2002;66(10):1917-24
 11. Herr M, Robine JM, Pinot J et al. Polypharmacy and frailty: prevalence, relationship, and impact on mortality in a French sample of 2350 old people. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2015;24(6):637-46. <https://doi.org/10.1002/pds.3772>
 12. Hilmer SN, Kirkpatrick CMJ. New horizons in the impact of frailty on pharmacokinetics: latest developments. *Age Ageing.* 2021;50(4):1054-1063. <https://doi.org/10.1093/ageing/afab003>
 13. Johnston C, Hilmer SN, McLachlan AJ et al. The impact of frailty on pharmacokinetics in older people: using gentamicin population pharmacokinetic modeling to investigate changes in renal drug clearance by glomerular filtration. *Eur J Clin Pharmacol.* 2014;70(5):549-55. <https://doi.org/10.1007/s00228-014-1652-7>
 14. Eidam A, Marji J, Benzinger P et al. Frailty as a marker for the plasma concentrations of direct oral anticoagulants in older patients: results of an exploratory study. *Drugs Aging.* 2023;40(2):153-164. <https://doi.org/10.1007/s40266-022-00999-y>
 15. Ibrahim K, Cox NJ, Stevenson JM et al. A systematic review of the evidence for deprescribing interventions among older people living with frailty. *BMC Geriatr.* 2021;21(1):258. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02208-8>
 16. Etherton-Beer C, Page A, Naganathan V et al. Deprescribing to optimise health outcomes for frail older people: a double-blind placebo-controlled randomised controlled trial-outcomes of the Opti-med study. *Age Ageing.* 2023;52(5):afad081. <https://doi.org/10.1093/ageing/afad081>
 17. Mortsiefer A, Löscher S, Pashutina Y et al. Family conferences to facilitate deprescribing in older outpatients with frailty and with polypharmacy: the COFRail cluster randomized trial. *JAMA Netw Open.* 2023;6(3):e234723. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.4723>
 18. Bogaerts JMK, Gussekloo J, de Jong-Schmit BEM et al. Effects of the discontinuation of antihypertensive treatment on neuropsychiatric symptoms and quality of life in nursing home residents with dementia (DANTON): a multicentre, open-label, blinded-outcome, randomised controlled trial. *Age Ageing.* 2024;53(7):afae133. <https://doi.org/10.1093/ageing/afae133>
 19. Benetos A, Gautier S, Freminet A et al. Reduction of antihypertensive treatment in nursing home residents. *N Engl J Med.* 2025;393(20):1990-2000. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2508157>
 20. Sajadieh A, Bojer AS, Espersen C et al. Arteriel hypertension. *Dansk Cardiologisk Selskab.* 2026. <https://www.cardio.dk/hypertension> (11. mar 2026)
 21. Treadwell JS, Wong G, Milburn-Curtis C et al. GPs' understanding of the benefits and harms of treatments for long-term conditions: an online survey. *BJGP Open.* 2020;4(1):bjgpopen20X101016. <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101016>
 22. Paraskevopoulos A, Wettermark B, Tsiligianni I. Factors influencing general practitioners' deprescribing decisions for older adults, with insights into frailty: a qualitative study in Greek primary care. *Drugs Aging.* 2025;42(4):339-352. <https://doi.org/10.1007/s40266-025-01188-3>
 23. Lundby C, Burghle A, Ryg J et al. Afmedicinering i danske kliniske behandlingsvejledninger. *Ugeskr Læger.* 2022;184(27):V01220063. <https://ugeskriftet.dk/videnskab/afmedicinering-i-danske-kliniske-behandlingsvejledninger>
 24. Peat G, Fylan B, Marques I et al. Barriers and facilitators of successful deprescribing as described by older patients living with frailty, their informal carers and clinicians: a qualitative interview study. *BMJ Open.* 2022;12(3):e054279. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054279>
 25. Lundby C, Henriksen DP, Ryg J et al. Afmedicinering i almen praksis: udfordringer og muligheder. *Rationel Farmakoterapi.* 2022;(1). <https://www.sst.dk/media/ce0bi1wd/rationel-farmakoterapi-1-2022.pdf> (8. jan 2026)
 26. Medicinrådet. Seponeringslisten 2026. <https://medicinraadet.dk/vejledning-til-primaersector/primaersector/seponeringslisten> (16. dec 2025)
 27. Kvalitetsheden for Almen Praksis, Region Nordjylland (Nord-KAP). Medicinsanering på plejehjem – en guide til seponering af medicin hos skrøbelige ældre, 2023. https://www.sundhed.dk/content/cms/13/114713_medicansanering-web.pdf (19.

dec 2025)

28. O'Mahony D, Cherubini A, Guiteras AR et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. *Eur Geriatr Med.* 2023;14(4):625-632. <https://doi.org/10.1007/s41999-023-00777-y>
29. Lavan AH, Gallagher P, Parsons C, O'Mahony D. STOPPfrail (screening tool of older persons prescriptions in frail adults with limited life expectancy): consensus validation. *Age Ageing.* 2017;46(4):600-607. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx005>
30. Seppala LJ, Petrovic M, Ryg J et al. STOPPFall (Screening Tool of Older Persons' Prescriptions in older adults with high fall risk): a Delphi study by the EuGMS Task and Finish Group on Fall-Risk-Increasing Drugs. *Age Ageing.* 2021;50(4):1189-1199. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa249>