

Statusartikel

Udfordringer og mulige veje for afmedicinering

Carina Lundby^{1, 2}, Jesper Ryg^{3, 4, 5} & Anton Pottegård^{1, 2}

1) Sygehusapotek Fyn, Odense Universitetshospital, 2) Klinisk Farmakologi, Farmaci og Miljømedicin, Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet, 3) Geriatrisk Forskningsenhed, Klinisk Institut, Syddansk Universitet, 4) Ældresygdomme, Afdeling for Medicinske Sygdomme, Københavns Universitetshospital – Herlev og Gentofte Hospital, 5) Institut for Klinisk Medicin, Københavns Universitet

Ugeskr Læger 2026;188:V10250841. doi: 10.61409/V10250841

HOVEDBUDSKABER

- Afmedicinering er essentielt for rationel og patientcentreret behandling.
- Patienters, pårørendes og sundhedsprofessionelles forskellige opfattelser og forventninger kan vanskeliggøre afmedicinering.
- Strukturerede værktøjer og tydelige kliniske retningslinjer kan fremme afmedicinering i Danmark.

Polyfarmaci er meget udbredt, især blandt ældre borgere. I Danmark er over halvdelen af 75+-årige i behandling med mindst fem lægemidler, og blandt 90+-årige gælder det to tredjedele [1]. Polyfarmaci øger risikoen for skadevirkninger såsom bivirkninger, interaktioner, funktionstab og hospitalsindlæggelser [2]. Således tilskrives ca. 10% af indlæggelser blandt ældre lægemiddelrelaterede problemer [3].

Opstart af enhver medicinsk behandling bør baseres på overvejelser om bl.a. evidens for potentielle fordele og ulemper af behandlingen i forhold til patientens alder og sygdomsbillede. Opstart bør også inkludere relevant patientinvolvering, risikokommunikation og fælles beslutningstagning, så opstart af behandling stemmer overens med patientens mål og ønsker. I takt med at patienten bliver ældre, og flere sygdomme kommer til, kan hensigtsmæssigheden af behandlingen ændre sig, og afmedicinering kan blive relevant. Afmedicinering er den systematiske, monitorerede proces, hvor lægemidler reduceres eller seponeres på baggrund af de samme overvejelser som ved opstart af behandling, f.eks. når det vurderes, at mulige skadevirkninger overstiger gevinster, eller når behandlingen ikke længere er indiceret eller ikke stemmer overens med patientens mål og ønsker [4]. Forskning har vist, at afmedicinering kan reducere antallet af præparater, mindske bivirkninger, forbedre livskvalitet og i visse tilfælde reducere mortalitet [5-7]. Trods disse patient- og samfundsrelaterede gevinster gennemføres systematisk og proaktiv afmedicinering kun i begrænset omfang i klinisk praksis [8].

Der er stor anerkendelse af behovet for afmedicinering blandt danske patienter, deres pårørende og sundhedsprofessionelle [9-11]. Den manglende systematik vedrørende revurdering og ophør af behandling skyldes således ikke manglende vilje, men snarere barrierer, som skabes af komplekse holdninger og strukturelle udfordringer. Patienter kan være ambivalente eller mangle viden om, at afmedicinering er en mulighed. Pårørende kan frygte sygdomsforværring og presse på for fortsat behandling. Sundhedsprofessionelle kan mangle tid og støtte fra kliniske vejledninger, hvilket øger usikkerheden ved behandlingsstop [12-14].

Konkret kan afmedicinering hæmmes af barrierer på flere niveauer: hos patienter, pårørende, sundhedsprofessionelle samt i de organisatoriske og kulturelle rammer (Figur 1). Nogle barrierer er universelle, f.eks. manglende vejledning til afmedicinering, mens andre er knyttet til specifikke lægemidler, f.eks. risiko for aftrapningssymptomer ved psykofarmaka [15]. Visse barrierer kan kun overvindes gennem ny viden og forskning, andre gennem udvikling og systemændringer, mens en betydelig del først og fremmest kræver, at de anerkendes og italesættes i klinisk praksis.

FIGUR 1 Barrierer for afmedicinering i klinisk praksis, opdelt fra venstre mod højre i forhold til pårørende-, patient-, læge- og systembarrierer. Illustration: Sissel Mogensen.



Formålet med denne artikel er at redegøre for, hvad forskningen angiver som de væsentligste barrierer for afmedicinering, og diskutere mulige veje frem. Fokus vil være på særligt de barrierer, der formentlig kan imødegås alene ved, at de anerkendes og diskuteres.

Barrierer blandt patienter

Mange ældre patienter er ikke bevidste om, at afmedicinering er en mulighed [9, 16, 17]. Dette kan der være mange årsager til, men stor tillid og autoritetstro til ordinerende læge er en væsentlig faktor. Behandlingen kan oprindeligt være blevet præsenteret som essentiel og livslang, og når patienten så bliver præsenteret for afmedicinering som en mulighed, evt. fra en anden læge, kan de opleve det foreslåede behandlingsstop som i modstrid med tidligere budskaber [9, 10, 12]. Nogle patienter har en stærk tro på, at medicin beskytter mod fremtidig sygdom, mens andre frygter alvorlige konsekvenser, hvis behandlingen ophører, selv når indikationen ikke længere er aktuel. Denne usikkerhed forstærkes, hvis patienten oplever modstridende information fra forskellige læger eller andre sundhedsprofessionelle, eller hvis rationalet for afmedicinering ikke forklares klart [12, 18].

Andre patienter er motiverede for afmedicinering, fordi de oplever bivirkninger eller begrænset effekt. Mange beskriver dog en ambivalens, hvor ønsket om færre bivirkninger sameksisterer med frygt for at miste behandlingens potentielle gevinster [12]. Patienter kan desuden være bekymrede for aftrapningssymptomer, især ved psykofarmaka eller opioider, hvilket kan gøre dem tøvende over for afmedicineringstiltag [19].

Endelig spiller individuelle faktorer som helbredstilstand, sundhedskompetence, netværk og præference for information og deltagelse i beslutninger om medicin en stor rolle. Nogle patienter ønsker aktiv inddragelse og fælles beslutningstagen, mens andre helst overlader ansvaret til lægen [20]. Denne variation betyder, at patientbarrierer sjældent kan håndteres med én tilgang, men kræver en differentieret, tillidsfuld og vedvarende dialog.

Barrierer blandt pårørende

Ligesom patienter kan pårørende have begrænset viden om, at afmedicinering overhovedet er en mulighed, og de kan derfor opleve beslutningen som uventet eller som et udtryk for, at der spares på behandling [18, 21]. Samtidig kan praktiske forhold spille ind. Nogle pårørende frygter, at plejepersonale ikke har tid eller kompetencer til at observere patienten tæt efter afmedicinering. Andre oplever, at deres viden om patientens symptomer ikke efterspørges, hvilket kan føre til mistillid til beslutningen. Bekymringerne kan forstærkes, hvis kommunikationen mellem sundhedsprofessionelle og pårørende er mangelfuld, eller hvis rationalet bag beslutningen eller en tydelig plan for monitorering og opfølgning ikke præsenteres [18, 21, 22].

Samtidig spiller pårørende en central rolle i beslutninger om afmedicinering, især hos ældre og svækkede patienter, hvor de pårørende ofte administrerer den daglige medicin. Mange pårørende påtager sig et stort ansvar for at sikre patientens velbefindende og kan være bekymrede for konsekvenserne af et behandlingsstop [18]. De kan også opleve et stort pres ved at være direkte involveret i beslutninger om behandling, særligt i de tilfælde, hvor patienten ikke selv kan varetage beslutningen, f.eks. ved kognitiv svækkelse, fordi de kan være nervøse for at tage en »forkert« beslutning [18, 23]. Har de tidligere set, at patienten fik det bedre ved opstart af medicinen, kan det være svært at acceptere, at den ikke længere er nødvendig. Denne frygt for forværring eller for, at patienten »bliver efterladt uden behandling«, kan føre til modstand mod afmedicinering, også selv om lægen vurderer, at behandlingsgevinsten er lille eller ikke længere til stede [18].

Pårørende kan også være vigtige facilitatorer for afmedicinering. De kan være de første til at observere bivirkninger, funktionstab eller ændret adfærd, som kan skyldes medicinen, og dermed bringe problemstillingen op for lægen. Pårørende kan også støtte patienten gennem aftrapningsforløb, sikre korrekt medicinadministration og bidrage til monitorering af symptomer. Når de inddrages tidligt og efter ønske oplever sig som aktive medspillere, kan de styrke patientens motivation og øge sandsynligheden for et vellykket behandlingsstop. Tidlig og systematisk inddragelse samt klar kommunikation om gevinster, risici og

opfølgingsplan er derfor afgørende for at reducere barrierer og aktivere det positive samspil med pårørende [18, 21].

Barrierer blandt sundhedsprofessionelle

Sundhedsprofessionelle spiller en nøglerolle i afmedicinering, men møder flere barrierer i praksis. Mange læger beskriver en tilbageholdenhed ved at stoppe en behandling, især når den er iværksat på hospitalet, eller når indikationen ikke er entydigt dokumenteret [24, 25]. Bekymringen kan være, at et behandlingsstop kan forværre patientens tilstand, og at ansvaret for en negativ udvikling placeres hos den, der iværksætter seponeringen. Dette kan føre til defensiv medicin, hvor behandlingen fortsættes »for en sikkerheds skyld« [11, 24].

En anden væsentlig barriere er oplevelsen af mangel på viden og redskaber. Mange læger efterlyser nedtrapningsskemaer, monitoreringsplaner og bedre evidens for effekten af afmedicinering, især blandt ældre med skrøbelighed [14, 24]. Fraværet af anbefalinger i kliniske behandlingsvejledninger gør, at beslutninger ofte beror på individuel erfaring, hvilket øger usikkerheden og fremmer defensiv medicin [13, 24]. Ved at følge eksisterende vejledninger kan lægen undgå risiko for klager eller tvivl om kompetence [11].

Arbejdet på tværs af sektorer og faggrupper kan også være en barriere. Manglende overblik over patientens samlede medicinliste, utilstrækkelig kommunikation ved sektorovergange og uenighed mellem faggrupper kan føre til, at medicinlisten ikke revurderes [24]. Plejepersonale kan ønske fortsat ordination af psykofarmaka eller smertestillende for at undgå uro eller smerter, mens lægen kan være mere tilbageholdende [14, 24]. Hertil kommer tidsmangel, både i almen praksis med korte konsultationer og i hjemmesygeplejen, hvor tæt opfølgning kan være vanskelig [24].

Alle sundhedsprofessionelle har en rolle at spille i optimering af medicineringen. Farmaceuter kan foretage systematiske medicingennemgange, sygeplejersker og plejepersonale kan observere og rapportere ændringer, og læger kan tydeliggøre indikationer ved opstart. På tværs af faggrupper peges dog på almen praksis som den naturlige tovholder for afmedicinering, da den praktiserende læge har bedst overblik over patientens samlede medicin og kontinuitet i behandlingen [11].

Diskussion

Kliniske studier viser effekt af afmedicinering, men både dansk og international forskning fremhæver talrige barrierer i den kliniske hverdag. Mens mange af disse kræver enten udvikling eller mere forskning for at kunne overkommes, er der dog også flere barrierer, der formentlig kan mindskes alene ved, at de anerkendes og italesættes. F.eks. bør særligt ældre patienter informeres om muligheden for og relevansen af afmedicinering. Ligeledes kan sundhedsprofessionelles frygt for, at patienten tolker behandlingsstop som »opgivenhed« [13, 24], reduceres, når bekymringen drøftes i teamet og med patienten. Et fælles sprog og en normalisering af afmedicinering, både på hospitaler og i almen praksis, er et vigtigt skridt mod at reducere uhensigtsmæssig polyfarmaci.

Ved usikkerhed omkring samtalen om afmedicinering med patient og pårørende findes værktøjer, der kan støtte sundhedsprofessionelle i denne. F.eks. kan manglende patientforståelse adresseres ved brug af strukturerede samtaleværktøjer som f.eks. PREPAIR [26, 27], der understøtter samtalen om, at det hensigtsmæssige ved en given behandling kan ændre sig, når livet ændrer sig, og at afmedicinering derfor kan være relevant. De kan også afdække patientens præferencer og bekymringer, som kan indgå i planlægningen og monitoreringen. Dansk Selskab for Almen Medicins nye vejledning, »*Afmedicinering – en systematisk tilgang*« [28], giver konkrete eksempler på, hvordan samtalen kan indledes, f.eks. ved nedsat forventet restlevetid. Vejledningen

kan desuden strukturere processen, så den lettere kan indpasses i en travl klinisk hverdag.

Andre barrierer kræver mere end anerkendelse, f.eks. udvikling eller mere forskning. Et gennemgående tema i forskning og klinisk praksis er manglen på tydelige evidensbaserede retningslinjer for afmedicinering. Kliniske behandlingsvejledninger beskriver detaljeret, hvornår behandling skal startes, men sjældent hvornår og hvordan den bør revurderes eller afsluttes [13, 24]. Internationalt anerkendes, at stillingtagen til behandlingsophør er lige så vigtig som opstart, og der er allerede udviklet flere vejledninger specifikt for afmedicinering af en række lægemidler og lægemiddelgrupper [29, 30]. Der er behov for, at faglige selskaber og myndigheder integrerer anbefalinger om afmedicinering i behandlingsvejledninger og udvikler konkrete algoritmer og støtteværktøjer. Sådanne initiativer kan styrke beslutningsgrundlaget, mindske variation i praksis og øge trygheden for både patienter og sundhedsprofessionelle.

Konklusion

Afmedicinering rummer et betydeligt potentiale for at reducere uhensigtsmæssig polyfarmaci og skabe en mere rationel og patientcentreret behandling. Barriererne er mange og findes på flere niveauer, men flere kan formentlig mindskes ved, at de anerkendes og adresseres åbent i klinisk praksis. Med bedre værktøjer, tydeligere retningslinjer, systematisk inddragelse af patienter og pårørende samt styrket samarbejde på tværs af sektorer kan afmedicinering i højere grad blive en integreret og naturlig del af hverdagspraksis. Dermed kan fremtidens behandling ikke alene fokusere på, hvornår medicin skal opstartes, men i lige så høj grad på, hvornår den bør afsluttes.

Korrespondance Carina Lundby. E-mail: carina.lundby.olesen@rsyd.dk

Antaget 13. januar 2026

Publiceret på ugeskriftet.dk 2. marts 2026

Interessekonflikter ingen. Alle forfattere har indsendt ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Disse er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Taksigelse Sissel Mogensen, Syddansk Universitet, har bidraget med udvikling af figuren til artiklen

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2026;188:V10250841

doi 10.61409/V10250841

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

SUMMARY

Challenges for and potential approaches to deprescribing

Deprescribing is often challenged by differing attitudes of patients, relatives, and healthcare professionals. Such attitudes are summarised in this review. Patients may hold conflicting views, relatives influence decisions, and healthcare professionals face barriers such as a lack of guidance, uncertainty about benefits and harm, and resource constraints. Increasing awareness of these perspectives and integrating structured tools, clear guidance, and patient involvement in the deprescribing process can support shared decision-making and improve clinical practice and patient outcomes.

REFERENCER

1. Kornholt J, Christensen MB. Prevalence of polypharmacy in Denmark. *Dan Med J*. 2020;67(6):A12190680. <https://ugeskriftet.dk/dmj/prevalence-polypharmacy-denmark>
2. Wastesson JW, Morin L, Tan ECK, Johnell K. An update on the clinical consequences of polypharmacy in older adults: a narrative review. *Expert Opin Drug Saf*. 2018;17(12):1185-1196. <https://doi.org/10.1080/14740338.2018.1546841>
3. Oscanoa TJ, Lizaraso F, Carvajal A. Hospital admissions due to adverse drug reactions in the elderly: a meta-analysis. *Eur J Clin Pharmacol*. 2017;73(6):759-770. <https://doi.org/10.1007/s00228-017-2225-3>
4. Scott IA, Hilmer SN, Reeve E et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. *JAMA Intern Med*. 2015;175(5):827-34. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.0324>
5. Chua S, Todd A, Reeve E et al. Deprescribing interventions in older adults: an overview of systematic reviews. *PLoS One*. 2024;19(6):e0305215 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0305215>
6. Quek HW, Page A, Lee K et al. The effect of deprescribing interventions on mortality and health outcomes in older people: an updated systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol*. 2024;90(10):2409-2482. <https://doi.org/10.1111/bcp.16200>
7. Zhou D, Chen Z, Tian F. Deprescribing interventions for older patients: a systematic review and meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc*. 2023;24(11):1718-1725. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2023.07.016>
8. Scott S, Clark A, Farrow C et al. Deprescribing admission medication at a UK teaching hospital: a report on quantity and nature of activity. *Int J Clin Pharm*. 2018;40(5):991-996. <https://doi.org/10.1007/s11096-018-0673-1>
9. Graabæk T, Lundby C, Ryg J et al. "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. <https://doi.org/10.1111/bcpt.13476>
10. Lundby C, Glans P, Simonsen T et al. Attitudes towards deprescribing: the perspectives of geriatric patients and nursing home residents. *J Am Geriatr Soc*. 2021;69(6):1508-1518. <https://doi.org/10.1111/jgs.17054>
11. Lundby C, Graabæk T, Ryg J et al. "... Above all, it's a matter of this person's quality of life": health care professionals' perspectives on deprescribing in older patients with limited life expectancy. *Gerontologist*. 2020;60(3):439-449. <https://doi.org/10.1093/geront/gnz116>
12. Reeve E, To J, Hendrix I et al. Patient barriers to and enablers of deprescribing: a systematic review. *Drugs Aging*. 2013;30(10):793-807. <https://doi.org/10.1007/s40266-013-0106-8>
13. Anderson K, Stowasser D, Freeman C, Scott I. Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: a systematic review and thematic synthesis. *BMJ Open*. 2014;4(12):e006544 <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006544>
14. Doherty AJ, Boland P, Reed J et al. Barriers and facilitators to deprescribing in primary care: a systematic review. *BJGP Open*. 2020;4(3):bjgpopen20X101096. <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101096>
15. Thompson W, Reeve E. Deprescribing: moving beyond barriers and facilitators. *Res Social Adm Pharm*. 2022;18(3):2547-2549. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2021.04.004>
16. Thompson W, Jacobsen IT, Jarbøl DE et al. Nursing home residents' thoughts on discussing deprescribing of preventive medications. *Drugs Aging*. 2020;37(3):187-192. <https://doi.org/10.1007/s40266-020-00746-1>
17. Turner JP, Tannenbaum C. Older adults' awareness of deprescribing: a population-based survey. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65(12):2691-2696. <https://doi.org/10.1111/jgs.15079>
18. Burghle A, Lundby C, Ryg J et al. Attitudes towards deprescribing among older adults with limited life expectancy and their relatives: a systematic review. *Drugs Aging*. 2020;37(7):503-520. <https://doi.org/10.1007/s40266-020-00774-x>
19. Eveleigh R, Speckens A, van Weel C et al. Patients' attitudes to discontinuing not-indicated long-term antidepressant use: barriers and facilitators. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2019;9:2045125319872344. <https://doi.org/10.1177/2045125319872344>
20. Weir K, Nickel B, Naganathan V et al. Decision-making preferences and deprescribing: perspectives of older adults and companions about their medicines. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2018;73(7):e98-e107. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx138>
21. Graabæk T, Lundby C, Ryg J et al. "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. <https://doi.org/10.1111/bcpt.13476>
22. Reeve E, Low LF, Hilmer SN. Beliefs and attitudes of older adults and carers about deprescribing of medications: a qualitative focus group study. *Br J Gen Pract.* 2016;66(649):e552-60. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X685669>
23. Reeve E, Bell JS, Hilmer SN. Barriers to optimising prescribing and deprescribing in older adults with dementia: a narrative review. *Curr Clin Pharmacol.* 2015;10(3):168-77. <https://doi.org/10.2174/157488471003150820150330>
24. Lundby C, Graabæk T, Ryg J et al. Health care professionals' attitudes towards deprescribing in older patients with limited life expectancy: a systematic review. *Br J Clin Pharmacol.* 2019;85(5):868-892. <https://doi.org/10.1111/bcp.13861>
25. Laursen J, Kornholt J, Betzer C et al. General practitioners' barriers toward medication reviews in polymedicated multimorbid patients: how can a focus on the pharmacotherapy in an outpatient clinic support GPs? *Health Serv Res Manag Epidemiol.* 2018;5:2333392818792169. <https://doi.org/10.1177/2333392818792169>
26. Sandbæk A, Møller MCR, Bro F et al. Involving patients in medicines optimisation in general practice: a development study of the "PREparing Patients for Active Involvement in medication Review" (PREPAIR) tool. *BMC Prim Care.* 2022;23(1):122. <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01733-8>
27. Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet. Hvordan har du det med din medicin?, 2022. https://feap.au.dk/fileadmin/feap/dokumenter/PREPAIR_dansk_REV_NY.pdf (15. okt 2025)
28. Dansk Selskab for Almen Medicin. Afmedicinering – en systematisk tilgang, 2025. <https://content.dsam.dk/guides/vejlednings-pdf/8069737-afmedicinering-web.pdf> (15. okt 2025)
29. Deprescribing.org. Deprescribing guidelines and algorithms, 2026 <https://deprescribing.org/resources/deprescribing-guidelines-algorithms/> (29. jan 2026)
30. Dansk Selskab for Geriatri. Screening tool of older persons' prescriptions (STOPP) version 2, 2014. https://geriatri.dk/admin/files/userfiles/dok/START_STOPP_dansk.pdf (29. jan 2026)