LANDSKURSUS FOR DIABETESSYGEPLEJERSKER

# Afmedicinering hos det ældre menneske med diabetes

Når mindre behandling kan give mere livskvalitet

Kolding Fjord – 7.november 2026

Cees Stavenuiter · praktiserende læge · næstformand i DSAM



# I dag skal vi ikke finde synderen – vi skal finde løsninger

Et fælles rum for tre sektorer og flere fagligheder

### Se patienten

Hvad betyder medicinen for funktion, tryghed, symptomer og hverdagsliv?

### Se medicinen

Hvilke præparater gavner stadig – og hvilke kan skade eller belaste?

### Se forløbet

Hvordan sikrer vi, at ændringer, ansvar og opfølgning følger patienten?

## Dagens arbejdsspørgsmål:

## Hvordan gør vi det lettere at opdage, drøfte, ændre og følge op – sammen?

# 45 minutter – med plads til at tænke sammen

| | |
|---|---|
| 0–8 min | Hvorfor afmedicinering? |
| 8–15 min | Hvad ved vi – og hvad ved vi ikke? |
| 15–22 min | Samarbejde, ansvar og sektorovergange |
| 22–39 min | Ole: case i flere trin |
| 39–45 min | Fælles løsninger og afsluttende diskussion |

# Start med patienten – ikke med præparatlisten

Hvad er det, vi prøver at beskytte?



## Et godt behandlingsmål er ikke kun et tal.

Det kan også være:

- at kunne gå sikkert på toilettet
- at kunne lave sin egen mad
- at undgå indlæggelse
- at sove godt og være klar i hovedet
- at have overskud til det, der betyder noget

# Afmedicinering er en del af god behandling

Det handler om løbende at afstemme behandling med patientens behov

### Afmedicinering

Planlagt, superviseret dosisreduktion eller seponering, når potentielt gavnlige effekter ikke længere opvejer potentielt skadelige effekter.

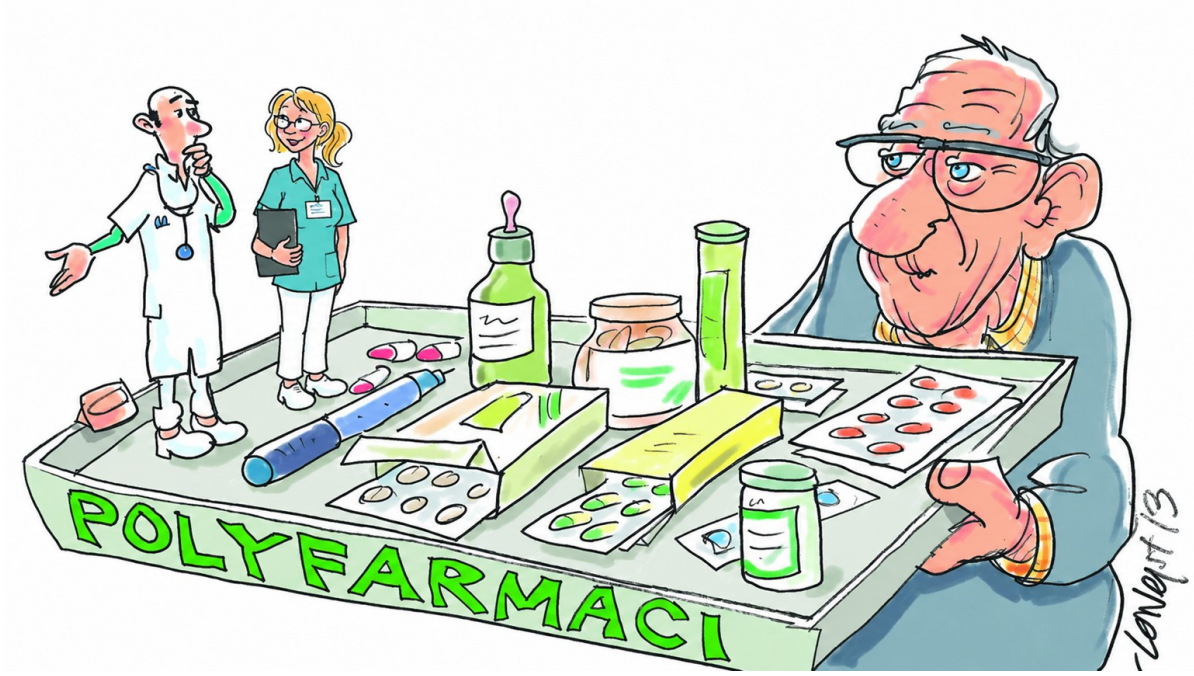
### Ikke et mål i sig selv

Det bør aldrig være et mål blot at reducere antallet af lægemidler. Målet er den bedst mulige behandling – hverken mere eller mindre.

**Ordination bør altid følges af en tanke om varighed, revurdering og mulig afslutning.**

# Når medicin bliver en belastning

Polyfarmaci er ikke automatisk forkert – men risikoen vokser med kompleksiteten




**Mulige konsekvenser**

Bivirkninger · interaktioner · fald · konfusion · indlæggelse

**Hverdagsbelastning**

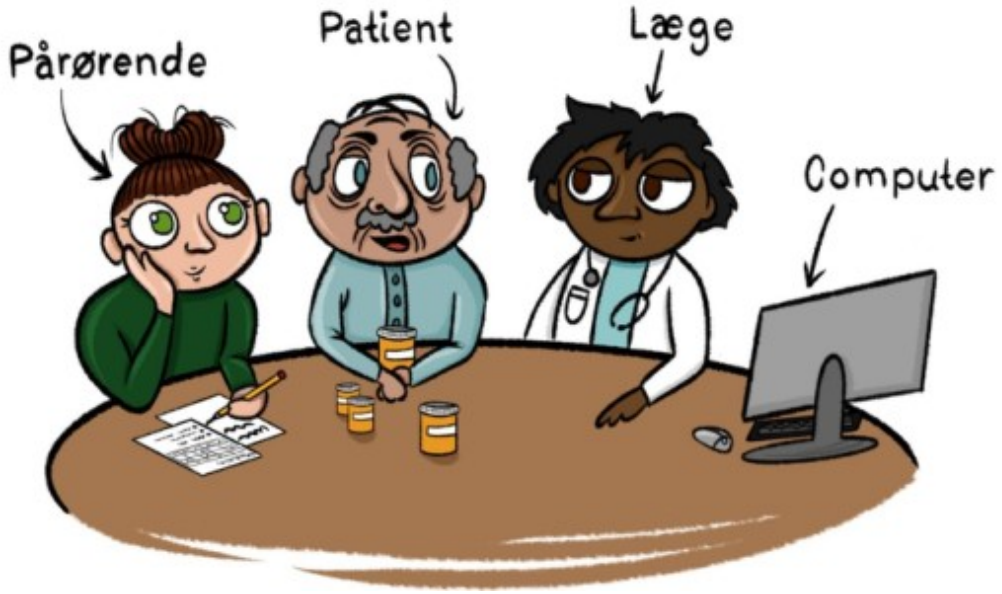
Fylde i maven, dagens kost, fylde i hovedet – og fylde i hverdagen

**Spørgsmålet**

Er hvert præparat stadig relevant for netop denne patient?

# Fælles beslutning kræver flere perspektiver

DSAM-materiale – anvendt direkte



# Patientens tanker kan være forskellige – og samtidige

DSAM-materiale – anvendt direkte



# Barrierer er både faglige, organisatoriske og relationelle

DSAM-materiale – anvendt direkte



# Hvordan har du det med din medicin?

**Du skal snart tale med din læge om bl.a. din medicin. Dette skema kan hjælpe dig og din læge med at beslutte, om der er behov for ændringer i din medicin.**



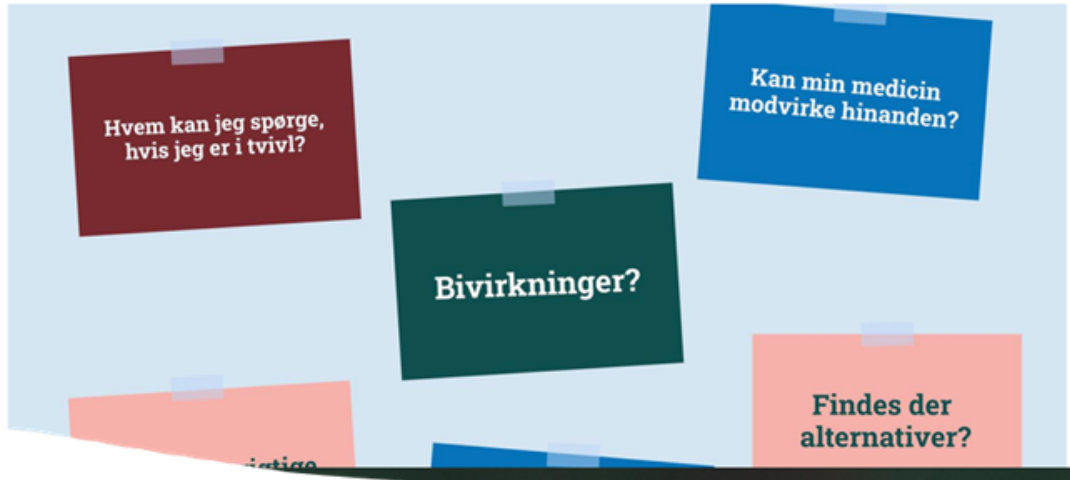

## Spørgsmålene handler om din oplevelse af din medicin.

| | Ja | Nej | Ved ikke |
|---|---|---|---|
| Oplever du bivirkninger af medicinen, der generer dig væsentligt? | | | |
| Synes du nogle gange, at du får for meget medicin? | | | |
| mindre medicin, var muligt? | | | |

www.feap.au.dk/PREPAIR.

# Når medicinlisten vokser, vokser spørgsmålene: Ny indsats skal hjælpe patienter og pårørende med at spørge klogt

**PRESSEMEDDELELSE** 29. oktober 2026




## Kontakt



# Hvad fortæller forskningen os?

To artikler – to forskellige bidrag

### Jónsdóttir m.fl. · 2024

55.859 patienter ≥65 år indlagt på medicinsk afdeling i Island.

Potentielt uhensigtsmæssig medicin før indlæggelse:

- 34,0 % ved <5 lægemidler
- 77,7 % ved 5–9 lægemidler
- 96,4 % ved ≥10 lægemidler

46,7 % udviklede ny PIM efter udskrivelse blandt dem uden PIM før indlæggelsen.

### Rangraze m.fl. · 2026

Evidenssyntese og pragmatisk ramme for ældre med type 2-diabetes.

Ved skrøbelighed, multimorbiditet, kognitiv svækkelse eller begrænset levetid kan intensiv glukosesænkning give ringe gevinst.

De-intensivering af især insulin og sulfonylurinstoffer kan reducere hypoglykæmi og behandlingsbyrde uden væsentlig forringelse af glukosekontrol.

**Vigtigt: Studierne dokumenterer ikke i sig selv, hvor mange fejl der skyldes sektorovergange.**

# Fra evidens til klinisk hverdag

Tre spørgsmål før vi ændrer diabetesbehandlingen

### 1 · Hvad er målet?

HbA1c er vigtigt – men funktion, hypoglykæmi, nyrefunktion, livskvalitet og patientens ønsker tæller også.

### 2 · Hvad er risikoen?

Skrøbelighed, kognition, ernæring, fald, nyre- og leverfunktion samt behandlingsbyrde.

### 3 · Hvad er planen?

Hvad ændres, hvem følger op, hvornår – og hvad gør vi ved uventede reaktioner?

**De-intensivering er ikke det samme som at opgive organbeskyttelse.**

# Sektorovergangen er et sårbart tidspunkt

Ikke fordi nogen gør noget forkert – men fordi konteksten ændrer sig

### Før indlæggelsen

Hverdagsfunktion, vaner, faktisk indtag, håndkøb og patientens egne mål.

### Under indlæggelsen

Akut sygdom, ændret nyrefunktion, midlertidige pauser, nye ordinationer og kort tid.

### Efter udskrivelsen

Medicin skal genoptages, stoppes eller justeres – samtidig med at patienten er svækket.

**Risikoen ligger ofte i det uklare: Hvad er midlertidigt? Hvad er permanent? Hvem gør hvad?**

# Hvem skal vi være særligt opmærksomme på?

- skrøbelige ældre og patienter med hyperpolyfarmaci
- patienter, der får hjælp til medicinhåndtering eller dosisdispensering
- nyligt udskrevne efter komplekst forløb
- flere samtidige behandlere eller nylige medicinændringer
- vægttab, småtspisning eller nedsat nyre-/leverfunktion
- fald, svimmelhed, træthed eller ny konfusion

**Hjemmeplejens særlige blik**

I ser ofte ændringerne først: tempo, gangfunktion, appetit, adfærd, mestring og faktisk medicinindtag.

**Spørgsmål**

Hvilke små ændringer hos en borger får jer til at reagere?

# En enkel fælles arbejdsgang

Fra observation til sikker opfølgning

1 → 2 → 3 → 4 → 5

### OPDAG

Funktion, symptomer, fald, konfusion, vægt, medicinændringer

### AFKLAR

Hvad tager patienten faktisk? Hvad er indikationen? Hvad er målet?

### AFTAL

Hvad ændres – og hvad er planen, hvis det går anderledes?

### DOKUMENTÉR

FMK afstemmes. Midlertidigt eller permanent? Ansvarlig og dato.

### FØLG OP

Observationer, målinger, patientens oplevelse og ny beslutning

**Aftalen skal kunne læses af den næste**

Hvad er ændret? Hvorfor? Hvem følger op? Hvornår? Hvilke observationer skal udløse kontakt?

# Hvad skal vi kunne forvente af hinanden?

Tre sektorer – én fælles patient

### Almen praksis

- Samlet medicinsk overblik
- Indikation og behandlingsmål
- Plan for ændringer og opfølgning
- Afstemning af FMK

### Kommunal sygepleje

- Observation af funktion og hverdag
- Faktisk medicinindtag og håndkøb
- Tidlig opsporing og feedback
- Hjælp til målinger og opfølgning

### Sygehus/ambulatorium

- Tydeliggøre nye og ændrede ordinationer
- Skelne mellem pause og seponering
- Angive kontrolbehov og ansvar
- Give relevant begrundelse

## Hvem ejer næste skridt – og hvordan ved de andre det?

# Samtalen om afmedicinering

Start med det, patienten gerne vil kunne

## Spørg fx:

- Hvad er vigtigst for dig i hverdagen?
- Hvordan har du det med at tage medicin?
- Føler du, at medicinen gavner dig?
- Er der noget, du helst ikke vil undvære – eller gerne vil slippe for?
- Oplever du gener, fx svimmelhed, forstoppelse eller træthed?

## Motivation af patienten

Medicin er godt og nødvendigt til behandling af mange sygdomme,
men for meget medicin kan være en belastning og i værste tilfælde give uønskede virkninger. Vi vil gerne sikre, at du får lige præcis den medicin der passer til dig og dine behov – hverken mere eller mindre

For dig der lider af flere kroniske sygdomme og får flere forskellige typer af medicin er der god grund til med jævne mellemrum at gennemgå medicinen

Kroppen ændrer sig med alderen, og det kan have betydning for din medicin. Således kan medicin der en

# Ole, 82 år – før det begynder at gå skævt

CASE · TRIN 1

Bor alene på 2. sal. Stort set selvhjulpen, køber ind og laver mad. Enke gennem fire år.



**Type 2-diabetes · hypertension · atrieflimren · artrose i ryg og knæ**

**Medicinlisten**

Metformin 750 mg × 2 · Forxiga 5 mg × 1 · Furix 40 mg × 1 · Kaleorid 750 mg × 1 · Pradaxa 110 mg × 2 · Selozok 50 mg × 2 · Losartan 100 mg × 1 · Simvastatin 40 mg × 1 · Pantoprazol 40 mg × 1 · Sertralin 50 mg × 1 · Panodil 1 g × 3 · Dolol 50 mg pn. × 2–3 · Mirtazapin 15 mg til natten · Unikalk × 2 · multivitamin × 1

# Ole: de seneste fire måneder

CASE · TRIN 2

### Datterens observationer

Ole er træt og svimmel, støtter sig til møblerne og går helst ikke udenfor. Han får nu hjælp til indkøb, men laver selv mad.

### To oplagte spor

Dolol (tramadol) kan hos ældre give konfusion og svimmelhed. Mirtazapin kan give dagtræthed og øge faldrisikoen.

**Spørgsmål til alle:**

**Hvad vil I gerne vide, før I foreslår en ændring?**

**Hvem kan bidrage med observationer – og hvad skal Ole selv være med til at beslutte?**

# Ole: hvad skal gennemgås – og i hvilken rækkefølge?

CASE · TRIN 3

| | |
|---|---|
| Smertestillende | Tramadol: effekt, svimmelhed, konfusion, fald og alternativer |
| Psykofarmaka | Mirtazapin + sertralin: fortsat indikation, søvn, humør, natrium |
| Blodtryk/diuretika | Furix + losartan + Kaleorid: indikation, BT, væske, elektrolytter |
| Diabetes | Metformin + SGLT2-hæmmer: nyrefunktion, mål, sygdomsbyrde |
| Forebyggelse/øvrigt | Pradaxa, statin, PPI: indikation, dosis, blødningsrisiko, symptombyrde |

**Prioritér efter risiko og patientens mål – ikke efter rækkefølgen på medicinlisten.**

# To måneder senere: Ole bliver mere konfus

CASE · TRIN 4

**Datteren ser**

Mere forvirret, faldet én gang, svært ved datoer og ved at orientere sig. Lægen indlægger akut på mistanke om infektion.

**Ved indlæggelsen**

Konfus · BT 110/70 · puls 82 uregelmæssig · TP 37,9 · CRP 121 · Na 120 · K 5,0 · kreatinin 200 · eGFR 30 · HbA1c 54

## Hvad er akut – og hvad er medicinrelateret?

Hvilke oplysninger skal følge med Ole ind på hospitalet?

Hvad skal afklares om medicin, håndkøb og nylige ændringer?

# Det afgørende spor: Ipren i håndkøb

CASE · TRIN 5

**Losartan**

RAAS-hæmmer

Kan reducere trykket i glomerulus

**Furix**

Diuretikum

Kan reducere cirkulerende volumen

**Ipren**

NSAID

Kan hæmme nyregennemblødningen

## TRIPLE WHAMMY → akut nyreskade

**Ole har taget 4–6 ibuprofen dagligt i måneder – uden at det fremgår af medicinlisten.**

# Udskrivelsen: ændringer skal kunne forstås

CASE · TRIN 6

### Under indlæggelsen

- Ipren seponeret
- Furix seponeret
- Losartan reduceret fra 100 til 50 mg
- Metformin pauseret
- Forxiga pauseret
- Udskrives med rollator og omfattende hjælp

### Hvad skal stå tydeligt?

- Hvad er pauseret – og hvorfor?
- Hvad skal genoptages – og hvornår?
- Hvem kontrollerer kreatinin/eGFR, K og BT?
- Hvem tager endelig stilling til diabetesmedicin?
- Hvem opdaterer FMK og dosisdispensering?

**En pause uden slutdato er en risiko for at blive permanent – eller glemt.**

# En uge efter udskrivelsen: fælles mål

CASE · TRIN 7

### Ole og datteren

Det går lidt bedre, men Ole har mistet kræfter og orker mindre.

### Blodtryk

130/80. Acceptabelt. Hjemmesygeplejen måler månedligt.

### Diabetes

Aftale om HbA1c ≤54 som mål og ny måling efter 8 uger før endelig stillingtagen.

## Hvad skal stå i den fælles plan – og hvem skal reagere på hvilke fund?

**Husk at vurdere Forxiga ud fra samlet indikation, herunder hjerte- og nyrebeskyttelse – ikke HbA1c alene.**

# Ole: ikke alt skal seponeres

CASE · TRIN 8

### Simvastatin

Ole har ingen muskelsmerter og ønsker at fortsætte. Patientens præference indgår i beslutningen.

### Pantoprazol

Ingen aktuelle gener. Nedtrappes til 20 mg. Informér om rebound og mulighed for antacida ved behov.

### Det vigtigste

Beslutningen kan være at fortsætte, reducere, pause eller stoppe – men den skal være begrundet og fulgt op.

**Afmedicinering er fælles beslutningstagning – ikke en konkurrence i at fjerne flest præparater.**

# Hvad kunne vi have opdaget tidligere?

CASE · fælles opsamling

- Ny svimmelhed og faldende gangfunktion – hvem reagerer?
- Træthed og konfusion – hvem tænker på medicinbivirkninger og natrium?
- Håndkøbs-Ipren – hvem spørger, og hvor dokumenteres det?
- Akut pause af metformin/Forxiga – hvem følger op og hvornår?
- Ændret losartan og stoppet Furix – hvem måler BT og nyrefunktion?
- Dosisdispensering – hvordan sikrer vi, at den afspejler den aktuelle plan?

# En fælles mini-aftale – hvad vil vi prøve i morgen?

Afsluttende diskussion

### OPSPOR

Hvilke 2–3 signaler skal udløse en medicingennemgang hos os?

### OVERDRAG

Hvilke oplysninger skal altid følge med ved indlæggelse og udskrivelse?

### FØLG OP

Hvordan sikrer vi ansvar, dato, FMK og feedback?

**Hver sektor: Én konkret ændring, I kan tage med hjem.**