

Lægemiddel (efter ATC)	Hvornår	Hvordan
N PARACETAMOL		
Paracetamol	<p>Overvej seponering ved:</p> <ul style="list-style-type: none"> Langtidsbehandling. <p>Effekten af langtidsbehandling (> 6 uger) er usikker, men nogle kan have gavn af behandlingen.</p>	Kan seponeres uden aftrapning eller ved hjælp af en tidsbegrænset p.n.-ordination.

N BENZODIAZEPINER OG BENZODIAZEPINLIGNENDE MIDLER		
<p>Fx:</p> <p>Diazepam ▲</p> <p>Oxazepam ▲</p> <p>Alprazolam ▲</p> <p>Nitrazepam ▲</p> <p>Triazolam (Halcion) ▲</p> <p>Chlordiazepoxid (fx Risolid) ▲</p> <p>Zopiclon ▲</p> <p>Zolpidem ▲</p>	<p>Seponér ved:</p> <ul style="list-style-type: none"> Benzodiazepin ved angst og uro inden for 4 uger pga. risiko for afhængighed. Langtidsbehandling med benzodiazepin kan dog være indiceret ved behandlingsfraktær angst. Ved søvnbesvær inden for 2 uger, da den søvnfremkaldende virkning aftager hurtigt. <p>Effekten aftager, mens bivirkningerne består (fx dagsedation, svimmelhed med øget faldtendens og kognitiv svækkelse).</p>	Efter kortvarig behandling (almindeligvis 1-2 uger og højst 4 uger) seponeres ved aftrapning over få dage. Efter langvarig behandling aftrappes dosis langsomt (uger til måneder). Brug evt. tabletdeler eller medicin-fri dage. Ved seponeringssymptomer: Forlæng tiden mellem dosisreduktionerne eller foretag langsommere dosisreduktion, især sidst i forløbet.

N ANTIPSYKOTIKA		
<p>1. generation fx:</p> <p>Haloperidol (fx Serenase) AC</p> <p>2. generation fx:</p> <p>Risperidon AC</p> <p>Olanzapin AC</p> <p>Quetiapin AC</p>	<p>Seponér:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ved demens inden for 3 måneder. <p>Behandling med antipsykotika kan føre til øget dødelighed hos personer med demens. Antipsykotika kan dog være indiceret ved komorbid psykisk lidelse, fx bipolar lidelse og skizofreni.</p> <p>Revurder jævnligt indikation for behandlingen. I tilfælde, hvor langvarig behandling er indiceret, bør behandlingen foregå i samarbejde med speciallæge i psykiatri.</p>	Seponér ved aftrapning. Lavdosisbehandling kan seponeres uden aftrapning under forudsætning af grundig information om eventuelle seponeringssymptomer (fx sveden, kvalme, diarré, søvnløshed og motoriske forstyrrelser).

N ANTIDEPRESSIVA		
<p>Fx:</p> <p>Sertralin</p> <p>Citalopram</p> <p>Duloxetin</p> <p>Venlafaxin</p> <p>Mirtazapin AC</p> <p>Nortriptylin AC</p>	<p>Overvej seponering ved:</p> <ul style="list-style-type: none"> Depression: Efter ½-1 års symptomfrihed ved første depressive episode eller mindst 2 år efter symptomfrihed ved én eller flere tidligere depressioner eller tilstedeværelse af andre risikofaktorer for tilbagefald. Angstlidelse: Efter ½-1 års behandling med god effekt Demens uden kendt affektiv sygdom: Efter ½ års behandling. 	Seponér ved langsom aftrapning over én til flere måneder efter en individuel plan. Reducer dosis med fx 25-50 % med 1-2 ugers mellemrum. Brug evt. tabletdeler. Ved seponeringssymptomer: Forlæng tiden mellem dosisreduktionerne eller foretag langsommere dosisreduktion. Kan især være nødvendigt sidst i forløbet.

N MIDLER MOD DEMENS		
<p>Donepezil</p> <p>Galantamin</p> <p>Memantin</p> <p>Rivastigmin</p>	<p>Seponér ved:</p> <ul style="list-style-type: none"> Meget svær demens (fx sengeliggende uden sprog). <p>Overvej seponering ved:</p> <ul style="list-style-type: none"> Demens og tvivl om mærkbar effekt af behandlingen. 	Kan seponeres uden aftrapning. Genoptag behandlingen ved optitrering i samråd med pårørende/plejepersonale ved markant forværring inden for 2-4 uger efter seponering.

N-P MIDLER MOD URO I BENENE, RESTLESS LEGS SYNDROM (RLS) OG NATLIGE LÆGKRAMPER		
<p>Pramipexol AC</p>	<p>Overvej seponering ved:</p> <ul style="list-style-type: none"> Uro i benene og RLS. <p>Ved langvarig behandling kan symptomerne forstærkes, så de optræder tidligere på dagen og breder sig til andre legemsdele (augmentation).</p>	Kan seponeres uden aftrapning ved de normale doser til RLS.
<p>Kinin</p>	<p>Seponér ved:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hjertesvigt, da kinin er associeret med øget risiko for død hos patienter med hjertesvigt. Uro i benene og RLS, da effekten er usikker, og der er risiko for konfusion samt interaktioner. <p>Overvej seponering ved:</p> <ul style="list-style-type: none"> Natlige lægkramper, da effekten er usikker. 	Kan seponeres uden aftrapning.

R INHALATIONSSTEROID (ICS)		
<p>ICS</p> <p>(fx Giona)</p> <p>ICS+LABA</p> <p>(fx Bufomix)</p> <p>ICS+LABA+LAMA AC</p> <p>(fx Trimbow)</p>	<p>Overvej seponering ved stabil KOL med:</p> <ul style="list-style-type: none"> Eosinofilytter i blod under 0,15 x 10⁹/L Eosinofilytter i blod mellem 0,15-0,3 x 10⁹/L og højst 1 exacerbation årligt samt en lungefunktion (FEV₁) over 1,5 L eller over 50 %. <p>ICS øger risiko for pneumoni, knogleskørhed og mundsvamp. Har patienten en astma komponent, er ICS indiceret.</p>	Seponér gradvist ICS, reducer fx til halv dosis og fortsæt i 6-8 uger efterfulgt af seponering. ICS findes i flere kombinationspræparater. Det kan derfor være nødvendigt at opslutte i flere præparater i en periode.

R SEDERENDE ANTIHISTAMINER		
<p>Promethazin ▲ AC</p> <p>(fx Phenergan)</p> <p>Cyclizin ▲ AC</p> <p>(fx Marzine)</p>	<p>Seponér ved:</p> <ul style="list-style-type: none"> Søvnløshed. <p>Effekten er lille til moderat, og der udvikles hurtigt tolerance. Risiko for dagsedation. Der er rapporteret tilfælde af misbrug.</p>	Kan seponeres uden aftrapning.

1 Fold her

2 Fold her

3 Buk her

4 Fold her

5 Fold her

6 Fold her

7 Fold her

8 Fold her

9 Fold her

10 Fold her

11 Fold her




Lommeformat













Kildehenvisninger, liste over forkortelser, høringsparter og kontaktoplysninger: Se www.sst.dk/seponeringslisten

Listen er udarbejdet af IRF i Sundhedsstyrelsen i samarbejde med repræsentanter fra Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark, Region Sjælland, Region Hovedstaden, Dansk Selskab for Geriatri, Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi, Dansk Selskab for Almen Medicin, Forskningsenheden for Almen Praksis, Odense Deprescribing Initiative og Dansk Selskab for Multisygdom og Polyfarmaci.



AC

Antikolinerg virkning

Seponeringslisten er ikke udtømmende for lægemidler med henholdsvis trafikfarlige og antikolinerge midler med disse egenskaber. Brug symbolet til at give indblik i patientens samlede belastning og opfordrer til at planlægge, gennemføre og følge op på en medicingennemgang. Læs mere på Sundhedsstyrelsens hjemmeside (scan QR-kode).





▼

Trakfarlig

Kan virke sløvende, berusende, påvirke dømmekraft, koncentrationsevne samt reaktionsevne.





Tomeflingerregler

Tag udgangspunkt i det, der er vigtigt for patienten og det samlede sygdomsbillede (fx interaktioner og paraklinik). Behandlingsmål ændrer sig og meget forebyggende medicin skal reguleres gennem livet (fx blodtryk og blodsukker). Seponer lægemidler, hvor der ikke længere er indikation for behandling. Vurder om behandlingen er livsvigtig, symptomlindrende eller forebyggende. Seponer forebyggende lægemiddelbehandling, hvis den forventede effekt ikke står i rimeligt forhold til patientens forventede restlevetid. Seponer symptomlindrende lægemiddelbehandling, som ikke giver en mærkbar effekt, eller hvor forholdet mellem effekt og bivirkninger er ugunstigt.





Seponering er en proces

Lav en plan og en klar aftale med patienten. Inddrag evt. pårørende og plejepersonale. En vellykket seponering er en fælles proces. Lav kun om på én eller få ting ad gangen. Mange lægemidler kan seponeres uden aftrapning, men start evt. med reduktion af dosis. Aftrapning kan mindske seponeringssymptomer og reboundeffekt. Seponering af psykofarmaka, andre CNS-aktive stoffer og opioider bør ske ved aftrapning. Følg altid op på en seponering. Overvej om nye symptomer er seponeringssymptomer eller opblussen i sygdom. Hvis du må genoptage en seponeret behandling, er det ikke udtryk for fejl men grundighed.



Lægemiddel (efter ATC)	Hvornår	Hvordan
A PROTONPUMPEHÆMMERE (PPI)		
<p>Esomeprazol</p> <p>Lansoprazol</p> <p>Omeprazol</p> <p>Pantoprazol</p> <p>Rabeprazol</p>	<p>Seponér ved:</p> <ul style="list-style-type: none">Funktionel dyspepsi (symptomer uden organisk forklaring). Ukompliceret ulcus (ingen blødning eller perforation) når patienten er symptomfri (tager op til 4 uger). Ophør af lægemidler, hvor PPI alene er givet som ulcusprofylakse (fx NSAID (inkl. ASA), prednisolon og SSRI). <p>PPI øger risiko for mavetarminfektioner.</p>	<p>Kan seponeres uden aftrapning eller ved aftrapning, hvor dosis halveres (fx hver 2. uge).</p> <p>Efter behandling i mere end 4-8 uger kan der forekomme øget syresekretion (rebound). Brug i disse tilfælde syreneutraliserende midler p.n. i en periode.</p>

A KVALMESTILLENDE		
<p>Metoclopramid AC</p> <p>Domperidon</p>	<p>Seponér:</p> <ul style="list-style-type: none">Metoclopramid inden for 5 dage. Domperidon inden for 7 dage. <p>Der er set alvorlige bivirkninger (fx ekstrapyramidale og kardielle bivirkninger).</p>	<p>Kan seponeres uden aftrapning - både efter fast og p.n.-behandling.</p>

B TROMBOCYTHÆMMERE		
<p>Acetylsalicylsyre (ASA)</p>	<p>Seponér ved:</p> <ul style="list-style-type: none">Fravær af manifest kardiovaskulær sygdom og diabetes. <p>ASA anbefales generelt ikke som primær profylakse, da den forebyggede effekt ikke opvejer blødningsrisikoen. Ved diabetes anbefales ASA dog ved tilstedeværelse af nefropati (makroalbuminuri) og kan overvejes ved meget høj kardiovaskulær risiko defineret ved tilstedeværelsen af: Mikroalbuminuri eller ≥3 af følgende faktorer (alder >60 år, mandligt køn, familær disposition, ukontrolleret dyslipidæmi/hypertension, rygning). Enterocoating af ASA (fx Hjertealbyl) mindsker ikke risikoen for GI-bivirkninger.</p>	<p>Kan seponeres uden aftrapning.</p>

<p>(ASA) i kombination med enten antikoagulerende behandling eller anden trombocythæmmer</p> <p>Fx: ASA og Warfarin</p> <p>ASA og DOAK (fx Xarelto)</p> <p>ASA og Clopidogrel</p>	<p>Overvej seponering:</p> <ul style="list-style-type: none">Af enten trombocythæmmer eller antikoagulerende behandling, hvis der ikke er lagt en plan for det. <p>Livslang kombinationsbehandling er meget sjældent indiceret. Efter akut kardiovaskulær sygdom (fx akut koronart syndrom eller visse typer apopleksi) gives det hos udvalgte patienter i en periode, ofte 3-12 måneder. Kontakt relevant specialist ved tvivl.</p>	<p>Kan seponeres uden aftrapning.</p>
---	---	---------------------------------------

C LANGTIDSVIRKENDE NITRATER		
<p>Isosorbidmononitrat (fx Imdur)</p> <p>Isosorbiddinitrat (Cardopax Retard)</p>	<p>Overvej seponering ved:</p> <ul style="list-style-type: none">Stabil iskæmisk hjertesygdom uden symptomer. (typisk 1-6 måneder efter revaskularisering).	<p>Kan seponeres uden aftrapning. Fortsæt p.n.-behandling med hurtigtvirkende nitroglycerin.</p>

C LOOP-DIURETIKA		
<p>Bumetanid</p> <p>Furosemid</p>	<p>Seponér ved:</p> <ul style="list-style-type: none">Ukompliceret hypertension. Perifere ødemer uden organspecifik årsag. <p>Nedtrap til lavest mulige dosis ved:</p> <ul style="list-style-type: none">Hjerteinsufficiens. Effekten er kun symptomatisk. <p>Diuretika er hyppig årsag til indlæggelser pga. fald, elektrolytforstyrrelser mv.</p>	<p>Bør seponeres ved aftrapning. Husk vægt- og elektrolytkontrol og hold øje med evt. recidiv af inkompensation.</p>

C BETABLOKKERE		
<p>Fx:</p> <p>Metoprolol</p> <p>Carvedilol</p> <p>Propranolol</p> <p>Bisoprolol</p>	<p>Seponér ved:</p> <ul style="list-style-type: none">Senest 2 år efter akut myokardieinfarkt med ST-elevation (STEMI), medmindre der findes andre grunde til at fortsætte behandlingen (fx systolisk hjertesvigt eller hypertension).	<p>Bør seponeres ved aftrapning over 1-2 uger pga. risiko for seponeringssyndrom (takykardi, hovedpine, svedeture og trykken i brystet).</p>

C STATINER		
<p>Atorvastatin</p> <p>Fluvastatin</p> <p>Lovastatin</p> <p>Pravastatin</p> <p>Rosuvastatin</p> <p>Simvastatin</p>	<p>Seponér ved:</p> <ul style="list-style-type: none">Kort forventet restlevetid. <p>Overvej seponering ved:</p> <ul style="list-style-type: none">Primær profylakse og samtidig lav risiko for at dø af kardiovaskulær sygdom ud fra en samlet risikovurdering.	<p>Kan seponeres uden aftrapning.</p>

G HORMONAL KONTRACEPTION (KOMBINATIONSPRÆPARATER)		
<p>Fx:</p> <p>Ethinylestradiol kombineret med gestagener: 2., 3. eller 4. generations p-piller</p>	<p>Seponér ved:</p> <ul style="list-style-type: none">Alvorlige risikofaktorer for arteriel eller venøs tromboembolisk sygdom. Alder ≥ 40 år. <p>P-piller, p-plaster og p-ring øger risikoen for både venøse og arterielle blodpropper.</p>	<p>Kan seponeres uden aftrapning. Vejled i alternative præventionsformer.</p>

G HORMONBEHANDLING I OVERGANGSALDEREN (SYSTEMISK)		
<p>Fx:</p> <p>Estradiol</p> <p>Estriol</p> <p>Estradiol + norethisteronacetat</p>	<p>Seponér ved:</p> <ul style="list-style-type: none">Efter en samlet behandlingsvarighed på ≥ 5 år. <p>Hormonbehandling øger risikoen for brystkræft, æggestokkræft, kræft i livmoderslimhinden og blodpropper.</p>	<p>Bør seponeres ved dosisreduktion på 25-50 % hver 2.-4. uge.</p>

Lægemiddel (efter ATC)	Hvornår	Hvordan
G BLÆRESPASMOLYTIKA		
<p>Fx:</p> <p>Solifenacin AC</p> <p>Tolterodin AC</p> <p>Fesoterodin (Toviaz) AC</p> <p>Trospiumchlorid AC</p> <p>Mirabegron (Betmiga)</p>	<p>Seponér ved:</p> <ul style="list-style-type: none">Manglende effekt efter 1-2 måneders behandling. Permanent kateter. <p>Overvej seponering ved:</p> <ul style="list-style-type: none">Langvarig behandling. <p>Midlerne har beskeden effekt, mange bivirkninger og interaktioner.</p>	<p>Kan seponeres uden aftrapning.</p>

G 5α-REDUKTASEHÆMMERE		
<p>Dutasterid</p> <p>Finasterid</p>	<p>Overvej seponering ved:</p> <ul style="list-style-type: none">Symptomatisk behandling af vandladningsbesvær hos mænd. Effekten er usikker, og en evt. effekt indtræder først efter 6-12 mdr.	<p>Kan seponeres uden aftrapning.</p>

J ANTIBIOTIKA		
<p>Pivmecillinam</p> <p>Sulfamethizol</p> <p>Trimethoprim</p> <p>Nitrofurantoin</p>	<p>Overvej seponering ved:</p> <ul style="list-style-type: none">Forebyggelse af urinvejsinfektioner. <p>Frarådes generelt pga. manglende evidens for effekt og risiko for resistensudvikling. Forsøg seponering efter 6 mdr., hvis langtidsbehandling er nødvendig. Langtidsbehandling med nitrofurantoin kan give lungefibrose.</p>	<p>Kan seponeres uden aftrapning.</p>

M NSAID		
<p>Fx:</p> <p>Ibuprofen</p> <p>Naproxen</p> <p>Diclofenac</p> <p>Celecoxib</p>	<p>Seponér ved:</p> <ul style="list-style-type: none">Kroniske smerter uden inflammatorisk komponent. Svært nedsat nyre- eller leverfunktion. Svær hjerteinsufficiens og/eller svær iskæmisk hjertesygdom. Blødningstendens (fx ved AK-behandling). <p>Overvej seponering ved:</p> <ul style="list-style-type: none">Hjertekarsygdom eller høj risiko herfor. Høj risiko for ulcuskomplikation. Samtidig behandling med andre lægemidler, som øger blødningsrisikoen (fx trombocythæmmere, systemisk glukokortikoid eller SSRI). Samtidig behandling med diuretika og ACE-hæmmere/AT-II-antagonister pga. risiko for nyresvigt (<i>triple whammy</i>).	<p>Kan seponeres uden aftrapning.</p>

M MUSKELRELAKSANTIA		
<p>Chlorzoxazon △</p> <p>Baklofen △ AC</p> <p>Tizanidin △ AC</p>	<p>Seponér ved:</p> <ul style="list-style-type: none">Akut, uspecifikt lændehold. <p>Overvej seponering ved:</p> <ul style="list-style-type: none">Øvrige tilstande. <p>Midlerne har ringe effekt og mange CNS-relaterede bivirkninger (fx svimmelhed og træthed).</p>	<p>Chlorzoxazon kan seponeres uden aftrapning. Baklofen og Tizanidin bør aftrappes over 1-2 uger.</p>

M BISFOSFONATER (ORALE)		
<p>Fx:</p> <p>Alendronat</p> <p>Risedronat</p>	<p>Seponér:</p> <ul style="list-style-type: none">6-12 måneder efter ophør af systemisk glukokortikoidbehandling, hvis T-score er > -2,5, og patienten ikke har haft lavenergifraktur. <p>Overvej seponering:</p> <ul style="list-style-type: none">Efter minimum 5 år ved knogleskørhed, hvis patienten aldrig har haft lav-energifraktur i columnæ eller hofte, og T-score (i hoften) efter behandlingen er > -2,5, og der ikke har været øvrige lavenergifrakturer i perioden. Ved kort forventet restlevetid. Halveringstiden i knoglerne er mere end 10 år.	<p>Kan seponeres uden aftrapning. Kontrol BMD (knoglevævets mineral-tæthed) 1-2 år efter behandlingsophør. Ved faldende BMD, som er større end måleusikkerheden på 5 %, kan det overvejes at genoptage behandlingen.</p>

N OPIOIDER		
<p>Fx:</p> <p>Tramadol △</p> <p>Kodein △ △</p> <p>Morfin △ △</p> <p>Oxycodon △ △</p> <p>Fentanyl △ △</p> <p>Buprenorphin △ △</p>	<p>Seponér:</p> <ul style="list-style-type: none">Fast dosering af hurtigtvirkende opioider. Anvend i stedet depotmorfin, der giver bedre døgndækning, færre gennembrudssmerter og mindre euforiserende effekt Smertepastre hos patienter, som kan tage tabletter. Pastre er forbundet med større variation i biotilgængelighed og flere utilsigtede hændelser. Overvej fortsat indikation for opioid, særligt ved lavdosisplastre. Ved behov for opioid, omlæg til depotmorfin Kodein pga. sparsom dokumentation for effekt. <p>Overvej seponering af:</p> <ul style="list-style-type: none">Opioider ved kroniske, non-maligne smerter pga. bivirkninger og sparsom evidens for effekt. Ved behov for opioid, begræns dosis til max 100 mg morfinækvivalenter per døgn. Tramadol pga. risiko for serotonerge bivirkninger, som forstærkes ved samtidig brug af serotonerge lægemidler (fx antidepressiva og triptaner). <p>Ca. 10 % af befolkningen kan ikke omdanne kodein til morfin (25 mg kodein = 2,5 mg morfin) eller tramadol til den aktive metabolit (50 mg tramadol = 10 mg morfin).</p>	<p>Seponering af opioider bør ske efter individuel plan. Efter kortvarig behandling (< 6 uger): Reducér døgndosis med 10-20 % hver 3.-5. dag. Efter langvarig behandling: Reducér døgndosis med 5-20 % med ca. 2 ugers mellemrum. Giv ikke oral opioid inden for ca. 18 timer efter fjernelse af fentanyl-plastre og ca. 24 timer efter buprenorphin-plastre. Klip ikke depotplastre over. Justér laksantia ved seponering eller reduktion af dosis.</p>