
Eldre ekskluderes fra kirurgisk forskning

DEBATT

PATRICK JULIEBØ-JONES

jonesurology@gmail.com

Patrick Juliebø-Jones er spesialist i urologi og overlege ved Urologisk avdeling, Haukeland universitetssjukehus.

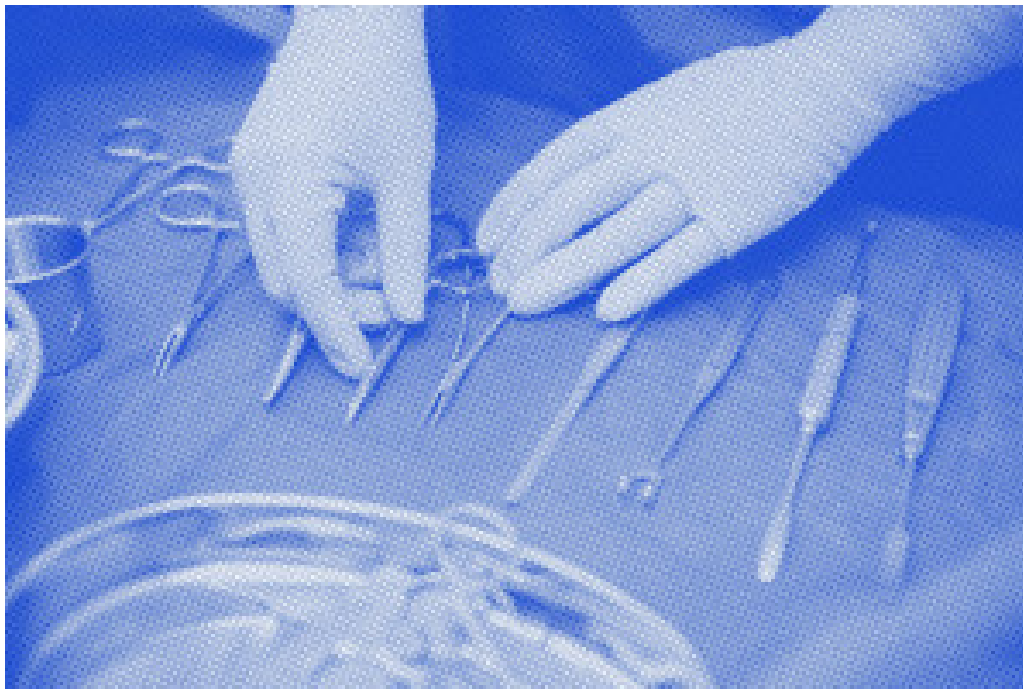
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt et lite stipend fra Norsk urologisk forening.

CHRISTIAN BEISLAND

Christian Beisland er spesialist i urologi, overlege ved Urologisk avdeling, Haukeland universitetssjukehus og professor ved Universitetet i Bergen.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Eldre pasienter utgjør en stadig større andel av den kirurgiske hverdagen, men er fortsatt underrepresentert i forskningen bak kliniske retningslinjer.



Illustrasjonsfoto: Asia-Pacific Images Studio / iStock. Tilpasset av Tidsskriftet

I Norge blir befolkningen stadig eldre. I perioden 2014–24 økte antallet personer i alderen 67–79 år med 38 % og gruppen 80–89 år med 18 % (1). Operasjonsprogrammene viser det samme som rapporteres fra store deler av Europa: Eldre utgjør i dag en uforholdsmessig stor andel av kirurgiske pasienter sammenlignet med deres andel av befolkningen generelt. I USA gjennomgår nær én av tre personer over 65 år en form for kirurgi i siste leveår (2).

Likevel er kunnskapsgrunnet for kirurgi blant eldre svakt. Dette skyldes ikke manglende vilje, men metodologiske, etiske og praktiske utfordringer. Kliniske studier som danner grunnlaget for kirurgiske retningslinjer, er oftest gjennomført på yngre pasienter (3). Kunnskapsgapet har vært kjent i flere tiår (4). At utfordringene består, reflekterer ikke manglende bevissthet, men snarere en iboende kompleksitet ved forskning på denne gruppen.

Et komplekst forskningslandskap

Forskning på eldre pasienter er krevende. «Eldre» kan være spreke 60-åring og skrøpelige 90-åring. Mange har flere kroniske sykdommer, bruker mange legemidler og har varierende grad av funksjonssvikt eller kognitiv svikt. Denne variasjonen utfordrer tradisjonelle studiedesign. Randomiserte studier er ofte konstruert for relativt homogene pasientpopulasjoner. Når kognitiv svikt, ustabil sykdom og skrøpelig introdueres, blir spørsmål knyttet til samtykkekompetanse, protokolloppfølging og pasientsikkerhet betydelig mer utfordrende.

«Når kognitiv svikt, ustabil sykdom og skrøpeligheit introduseres, blir spørsmål knyttet til samtykkekompetanse, protokolloppfølging og pasientsikkerhet betydelig mer utfordrende»

Regulatoriske og etiske krav ved inkludering av pasienter uten full samtykkekompetanse fører ofte til at de ekskluderes. Dette er særlig uttalt innen kirurgisk forskning, da få har erfaring med stedfortredende samtykke og de juridiske rammene for dette (5). Konsekvensen er at pasientene med høyest risiko ofte er minst representert.

Retrospektive utfallsstudier utgjør fortsatt ryggraden i kirurgisk litteratur. Selv om slike studier har stor verdi, fanger de ofte ikke hele populasjonen som vurderes for kirurgi. I klinisk praksis blir mange eldre som henvises til kirurgisk vurdering, ikke tilbudt operasjon på grunn av skrøpeligheit eller kognitiv svikt. Disse pasientene utgjør en usynlig nevner, og retrospektive studier rapporterer derfor i hovedsak resultater for pasienter som allerede er selektert som kirurgisk «egnet» (6). Dette kan føre til at risikoen undervurderes og at bildet av kirurgisk nytte blir for optimistisk. Når vi systematisk ekskluderer de mest sårbare pasientene fra forskning, bør vi også være ærlige på at retningslinjene våre har begrenset relevans for en betydelig andel av dem vi behandler.

«Studier rapporterer i hovedsak resultater for pasienter som allerede er selektert som kirurgisk 'egnet'. Dette kan føre til at risikoen undervurderes og at bildet av kirurgisk nytte blir for optimistisk»

Rom for nytenkning

Etter flere tiår med begrenset fremgang kan det være på tide å revurdere hvordan vi utvikler kunnskap for eldre kirurgiske pasienter. I stedet for å etterlyse flere studier av samme type, bør vi spørre hvilke forskningsmetoder som faktisk er gjennomførbare, og hvilke utfall som er mest relevante.

For det første bør forskningen i større grad speile hvordan kirurgisk behandling faktisk foregår. Kirurger er vant til å samarbeide med andre faggrupper i klinisk hverdag gjennom tverrfaglige møter og beslutningsprosesser. I forskningssammenheng er dette samarbeidet langt mindre utbredt, og prosjekter utvikles ofte innenfor relativt avgrensede faglige rammer.

For det andre må vi utvide hvilke utfall vi måler. Mange eldre pasienter gjør egne vurderinger av målene med et inngrep, som strekker seg langt ut over tradisjonelle kirurgiske endepunkter. Selvstendighet, kognitiv stabilitet og livskvalitet er ofte like viktig som komplikasjonsrater og liggetid. Studier viser at redusert funksjonsnivå etter kirurgi er vanlig, også hos pasienter uten registrerte komplikasjoner. Systematisk måling av funksjon og kognisjon vil gjøre forskningen mer relevant.

Mangelfull kobling mellom elektroniske pasientjournaler i spesialist- og primærhelsetjenesten innebærer at en betydelig andel postoperative komplikasjoner ikke fanges opp. Antibiotikabehandling for urinveisinfeksjoner i sykehjem eller hos fastlege er et relevant eksempel på utfall som ofte forblir uregistrert, og som dermed svekker påliteligheten av kirurgisk forskning (7). Det er å anta at primærhelsetjenesten sannsynligvis ønsker seg at kirurger i større grad er bevisst disse konsekvensene.

For det tredje kan et mer pragmatisk studiedesign gi bedre samsvar med den kliniske virkeligheten. Pragmatisk randomiserte studier, adaptive design og prospektive kohortstudier muliggjør inkludering av pasienter med multimorbiditet, skrøpeligheit og varierende sykdomsforløp. Selv om slike studier ikke gir aller høyeste grad av evidens, gir de funn som er direkte relevante for pasientene kirurger møter i hverdagen.

Veien videre

Det finnes ingen enkel løsning, men retningen fremover er stadig tydeligere. Eldre pasienter utgjør en mangefasettert og raskt voksende andel av den kirurgiske pasientpopulasjonen. Fortsetter vi med forskningsmodeller som systematisk filtrerer bort denne kompleksiteten, etterlates både klinikere og pasienter uten meningsfull veiledning.

«Fortsetter vi med forskningsmodeller som systematisk filtrerer bort denne kompleksiteten, etterlates både klinikere og pasienter uten meningsfull veiledning»

Ved å etablere tverrfaglige forskningssamarbeid, utvide hvilke utfallsmål vi måler og ta i bruk pragmatiske metoder som tillater inkludering av pasienter slik de faktisk er, kan vi gradvis bygge et sterkere og mer relevant kunnskapsgrunnlag. Spørsmålet er ikke om vi trenger bedre kunnskap, men om vi vil endre forskningspraksisen for å få den.

LITTERATUR

1. Befolkning SSB. 2024. <https://www.ssb.no/befolkning> Lest 15.1.2026.
2. Kwok AC, Semel ME, Lipsitz SR et al. The intensity and variation of surgical care at the end of life: a retrospective cohort study. *Lancet* 2011; 378: 1408–13. [PubMed][CrossRef]
3. Thake M, Lowry A. A systematic review of trends in the selective exclusion of older participant from randomised clinical trials. *Arch Gerontol Geriatr* 2017; 72: 99–102. [PubMed][CrossRef]
4. Bell JA, May FE, Stewart RB. Clinical research in the elderly: ethical and methodological considerations. *Drug Intell Clin Pharm* 1987; 21: 1002–7. [PubMed][CrossRef]

5. Gallagher P, Clark K. The ethics of surgery in the elderly demented patient with bowel obstruction. *J Med Ethics* 2002; 28: 105–8. [PubMed][CrossRef]
 6. Juliebø-Jones P, Beisland C. Improving Outcomes in Urological Surgery for the Elderly: Strategies for Optimization and Risk Reduction. *Curr Urol Rep* 2025; 26: 54. [PubMed][CrossRef]
 7. Juliebø-Jones P, Ulvik Ø, Moen CA et al. Are complications reported in clinical studies just the tip of the iceberg? *World J Urol* 2024; 43: 18. [PubMed][CrossRef]
-

Publisert: 13. februar 2026. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.26.0041

Mottatt 16.1.2026, godkjent 27.1.2026.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 3. juli 2026.