

---

## Med kofferten full av medisiner

---

LEGELIVET

BÅRD REIAKVAM KITTANG

bard.kittang@bergen.kommune.no

Bård Reiakvam Kittang er spesialist i indremedisin og i infeksjonssykdommer, overlege ved Haraldsplass Diakonale Sykehus og Enhet for sykehjemsmedisin, Bergen kommune og professor ved Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen.

---

**Polyfarmasi er vanlig i geriatrien, og de eldste og skrøpeligste er bipersoner i den medisinsk-vitenskapelige litteraturen. Tenk deg derfor godt om før du tar på deg ekstrapoleringsbrillene og putter nok et medikament i en allerede velfylt medisinkoffert.**

*Den gamle og skrøpelige sykehjemsbeboeren med kostregulert diabetes mellitus, hjertesvikt og demens kommer tilbake fra sykehuset etter behandling for urinveisinfeksjon og tungpustethet. Da han reiste dit, brukte han elleve faste medikamenter. Nå er et tolvte lagt i medisinkofferten: en SGLT2-hemmer, primært rettet mot hans hjertesvikt.*

Dette er en scene som kunne vært klippet ut av hverdagen ved alle landets sykehjem. Der pasienten spiller rollen som stilltiende mottaker av en stadig voksende haug med piller, og der du kan være rimelig sikker på at effekten av de fleste av dem aldri har blitt tilstrekkelig utforsket på de gamle og skrøpelige. Og du, eller jeg, har rollen som forvaltere av god (?) medisinsk praksis.

Jeg har selv vært både avsender og mottaker av slike «ofre» for ekstrapoleringsmedisinen, det innrømmer jeg uten forbehold. For det er neimen ikke alltid like enkelt å finne balansen mellom sunt klinisk skjønn og idealet om å rotfeste behandlingstiltak i noe som er vitenskapelig studert, eller, som ofte i geriatrien, muligens kan virke også blant dem som sjelden blir invitert i medisinske litteraturselskap. Og hvem kan forvente at den unge og uerfarne legen i sykehus, sykehjem eller allmennpraksis vil finne på å så tvil om behandling som grenspesialisten har anbefalt?

**«Det er neimen ikke alltid like enkelt å finne balansen mellom sunt klinisk skjønn og idealet om å rotfeste behandlingstiltak i noe som er vitenskapelig studert, eller, som ofte i geriatrien, muligens kan virke også blant dem som sjelden blir invitert i medisinske litteraturselskap»**

En langtidsbeboer i sykehjem har svært ofte kronisk og alvorlig sykdom i flere organsystemer, har en sannsynlighet for demensdiagnose på over 80 % og høy sannsynlighet for å dø i løpet av de neste tolv månedene. Hun, eller han, bruker gjennomsnittlig 8–9 faste medisiner daglig, som for noen av dem erstatter frokosten. Mange av dem strever med svelgeproblemer og bivirkninger av ymse slag. Denne polyfarmasien, som ikke bare i seg selv er assosiert med oversykelighet og overdødelighet, gir også et interaksjonspotensial som gjør hverdagen til både oss leger, pleiepersonell og pasientene våre rimelig uforutsigbar. Og i den stadig mer subspecialiserte sykehusmedisinen vil nok noen, i beste hensikt, tenke at retningslinjebasert behandling av sykdom i enkeltorganer ofte er til det beste også for de eldste og skrøpeligste.

*To uker seinere får sykehjemsbeboeren makroskopisk hematuri og dysuri, blir raskt høyfebril og legges inn med mistenkt urosepsis. Ved innkomst er han omtåket, arteriell blodgass viser lett forhøyet blodsukker og alvorlig ketoacidose, og det vokser etter hvert E. coli fra både blod og urin. Under sykehusoppholdet er han i tillegg preget av hyperaktivt delirium. Han blir skrevet ut i noenlunde velbefinnende med antibiotika i tablettform. I epikrisen er det presisert at ketoacidosen sannsynligvis er utløst av SGLT2-hemmeren, at dette medikamentet også sannsynligvis har bidratt til utviklingen av urosepsis, og at han ikke skal bruke denne medikamentgruppen igjen.*

**«Det er kanskje ikke vanskelig å forstå at verken legemiddelindustrien, klinikere eller meritterte professorer er veldig fristet til å sette forskningssøkelyset på de eldste og skrøpeligste»**

En tid tilbake gjorde jeg en høyst uvitenskapelig skrivebordsøvelse: Ved bruk av søkeordene «nursing home» kom jeg frem til at dette ga treff for omkring tre promille av alle PubMed-indekserte medisinske publikasjoner.

Det er kanskje ikke vanskelig å forstå at verken legemiddelindustrien, klinikere eller meritterte professorer er veldig fristet til å sette forskningssøkelyset på de eldste og skrøpeligste, som har kort forventet levetid, en lang liste med konfunderende faktorer og utfordringer med tanke på å gi informert samtykke. Og der det viktigste endepunktet bør være livskvalitet, ikke risikoen for død innen en begrenset tidsperiode.

Sykehjemspasienten er en biperson i den medisinsk-vitenskapelige litteraturen, og slik vil det nok forbli. Dette må vi som, både i sykehus, sykehjem og allmennpraksis, forvalter helsen til de mest sårbare og skrøpelige, ha i mente når vi vurderer å putte nye medikamenter i en ofte allerede overfylt medisinkoffert.

---

Publisert: 29. april 2026. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.26.0222  
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 31. august 2026.