
Eldre som faller og skader hodet

INVITERT KOMMENTAR

RUTH AGA

ruth.aga@gmail.com

Ruth Aga er master of public health, lege ved Skadelegevakten, Oslo universitetssykehus og ph.d.-stipendiat ved Folkehelseinstituttet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Fallskader hos eldre er en stor helseutfordring, der bruddskader og hodeskader utgjør de mest alvorlige tilfellene. Den store økningen i registrerte hodeskader for denne gruppen reiser spørsmål om hvordan vi skal tolke funnene samt håndtere skadene og den økte ressursbruken i tiden framover.

Fallskader er den tredje største helsebyrden i Norge for personer over 75 år [\(1\)](#), og Folkehelseinstituttet rangerer fallskader som den nest dyreste helsetilstanden, etter demens [\(2\)](#). Eldre utgjør den klart største pasientgruppen blant de som får alvorlige konsekvenser av fall, og den forventede økningen i antall fallskader i befolkningen er derfor bekymringsverdig.

Funnene som Sandvik presenterer i Tidsskriftet, viser en stor økning i antall legevaktkonsultasjoner for skader mot hodet hos eldre over de siste tiårene [\(3\)](#). Dette samsvarer med internasjonale undersøkelser hvor man ser en økning i registrerte hodeskader hos eldre [\(4\)](#), samtidig som det er en nedgang i hoftebrudd [\(5\)](#).

Den store økningen i antall konsultasjoner med hodeskadediagnoser representerer neppe en tilsvarende økning i alvorlige hodeskader. Mye av økningen i registrerte konsultasjoner skyldes trolig at flere blir undersøkt og fulgt opp i tråd med nye skandinaviske retningslinjer for hodeskader, som anbefaler observasjon og CT etter traume mot hodet. Bedre tilgang til og sensitivitet på CT avdekker flere små intrakranielle blødninger, noe som medfører økt oppfølging. Det blir også tatt betydelig flere CT caput på grunn av det økende antallet eldre som står på antikoagulantia.

Samtidig medfører antikoagulantia at flere av de som skader hodet, får intrakranielle blødninger. Flere skrøpelige eldre bor hjemme i lengre tid før de flytter til institusjon, noe som kan medføre flere fall og skader. Og selv om medisiner mot osteoporose halverer risikoen for alvorlige brudd hos personer med bekreftet osteoporose (6), leder ikke disse medisinene til den samme reduksjonen i fallrelaterte hodeskader.

«En aldrende befolkning, og relativt sett færre hender blant helsepersonell, gjør at vi bør øke den forebyggende innsatsen mot fall og skader for å redusere behandlingsbehovet»

Når vi framover skal rigge helsevesenet for å kunne følge opp eldre med høy risiko for fallrelaterte hodeskader, både med tanke på å redusere helsetap hos den enkelte samt å bruke ressursene fornuftig, finnes det flere aktuelle problemstillinger: Bør vi ha strengere praksis for bruk av antikoagulantia hos skrøpelige eldre som faller ofte? Hvor mange og hvem bør tilbys plass i omsorgsinstitusjon, og bør risikoen for fallskader vektlegges tyngre i denne vurderingen? Bør vi i større grad avgrense legevaktkonsultasjoner, CT caput og innleggelse for observasjon hos eldre i livets slutfase når det er uaktuelt med operativ behandling av intrakranielle blødninger?

En aldrende befolkning, og relativt sett færre hender blant helsepersonell, gjør at vi bør øke den forebyggende innsatsen mot fall og skader for å redusere behandlingsbehovet. Denne innsatsen bør bygge på de nye nasjonale rådene for forebygging av fall hos eldre (7). For legevakt, skadepoliklinikk og sykehusavdelinger som behandler hodeskader, brudd og andre skader, bør en konsultasjon eller et opphold alltid medføre henvisning til bred kartlegging av fall- og bruddrisiko hos riktig instans i primærhelsetjenesten. I tillegg bør enhver kommune ha en tydelig inngangsport slik at personell som fanger opp fallskadene, vet hvor de kan henvisse for videre oppfølging. For at leger og helseinstitusjoner skal endre praksis til mer forebygging, må disse aktivitetene være tilstrekkelig finansiert gjennom takster og prosedyrekoder.

Vi må øke forståelsen hos alt helsepersonell som møter eldre med risiko for fall og fallskader. Når eldre faller, er det ofte flere og samvirkende årsaker. Det bør gjøres en kartlegging av underliggende faktorer, som sykdommer, legemidler, hjemmemiljø og gangfunksjon. Forebygging av både årsaker til fall samt reduksjon av skaderisiko med osteoporosebehandling kan redusere risikoen for alvorlige fallskader betydelig (8).

«Vi må øke forståelsen hos alt helsepersonell som møter eldre med risiko for fall og fallskader»

Klinisk skrøpelighetsskala er et godt verktøy som kan brukes i hele helsetjenesten for enkelt å sortere funksjonsnivå hos eldre (9). Det kan være nyttig i vurderingen om eldre på slutten av livet bør tilbys avansert diagnostikk, intensiv oppfølging og operative tiltak, eller om omsorg og observasjon i kjente omgivelser er bedre helsehjelp og ressursbruk. Ved å innføre

skrøpeligetsskalaen i alle henvisninger og i kommunikasjon mellom helsepersonell hos eldre, vil det bli lettere å tilpasse oppfølgingen til den enkeltes behov.

Det økende antall eldre i befolkningen med fallskader, deriblant hodeskader, gir store helsetap og kostnader. Økt satsning på forebygging og klokere valg i livets slutfase er nødvendig.

REFERENCES

1. Vos T, Lim SS, Abbafati C et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020; 396: 1204–22. [PubMed] [CrossRef]
2. Kinge JM, Dieleman JL, Karlstad Ø et al. Disease-specific health spending by age, sex, and type of care in Norway: a national health registry study. *BMC Med* 2023; 21: 201. [PubMed][CrossRef]
3. Sandvik H. Legevaktkonsultasjoner for hodeskader blant eldre. *Tidsskr Nor Legeforen* 2024; 144. doi: 10.4045/tidsskr.24.0215. [CrossRef]
4. Gardner RC, Dams-O'Connor K, Morrissey MR et al. Geriatric Traumatic Brain Injury: Epidemiology, Outcomes, Knowledge Gaps, and Future Directions. *J Neurotrauma* 2018; 35: 889–906. [PubMed][CrossRef]
5. Sing CW, Lin TC, Bartholomew S et al. Global Epidemiology of Hip Fractures: Secular Trends in Incidence Rate, Post-Fracture Treatment, and All-Cause Mortality. *J Bone Miner Res* 2023; 38: 1064–75. [PubMed] [CrossRef]
6. Kanis JA, Cooper C, Rizzoli R et al. European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. *Osteoporos Int* 2019; 30: 3–44. [PubMed][CrossRef]
7. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige råd for forebygging av fall hos eldre. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fallforebygging-hos-eldre> Lest 22.9.2024
8. Montero-Odasso M, van der Velde N, Martin FC et al. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age Ageing* 2022; 51: afac205. [PubMed][CrossRef]
9. Church S, Rogers E, Rockwood K et al. A scoping review of the Clinical Frailty Scale. *BMC Geriatr* 2020; 20: 393. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 3. oktober 2024. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.24.0502
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 6. juli 2026.