
Lårhalsbrudd i Norge - kan de forebygges?

REDAKSJONELT

KAASTAD TS

I Norge har man den høyeste forekomst av lårhalsbrudd i verden, og insidensen synes å øke (1). Årsakene til vår "verdensrekord" er ikke avklart, selv om vi vet at etablerte og nylig erkjente risikofaktorer forekommer hyppig i Oslo(2). Geografiske forskjeller i insidens, f.eks. mellom by og land, er kjent (3, 4). Bulajic-Kopjar og medarbeidere (5) bekrefter i dette nummer av Tidsskriftet at regionale forskjeller i insidens fortsatt er betydelige i Norge, men at forskjellene synes å jevne seg noe ut. De fant en eksponentiell økning i bruddinsidens med alder hos begge kjønn, og at økningen hos menn er helt lik kvinners, bare fem år forsinket. Dette understreker at lårhalsbrudd ikke bare er en følge av postmenopausal osteoporose, men først og fremst knyttet til økende alder.

I ytterligere to artikler i dette nummer av Tidsskriftet har forfatterne benyttet seg av registrering av lårhalsbrudd i et geografisk område (6, 7). Alle tre studier baserer seg på tall fra sykehusenes dataregistre. Begrensninger ved metoden er nevnt i et par av artiklene, og de som har kartlagt pasientgrupper ut fra pasientadministrative datasystemer, vet hvor tilfeldig dette verktøyet ofte fungerer. Ved enhver form for forskning er det nettopp å kunne telle tilfeller på en ensartet, presis og reproducerbar måte som er avgjørende for verdien av detalj som fremkommer. Man må kunne skille de nye brudd i øvre femurende, dvs. de cervikale og pertrokantære, fra desubtrokantære, avulsjonene av trochanter major, sekvelene etter tidligere brudd, nye brudd i den andre hoften og brudd hos pasienter som er overført fra ett sykehus til et annet. Med den mangfold i rutiner for diagnosesetting som finnes, kan ofte ikke dataregistrene skille ut akkurat det man ønsker å registrere. Man må sjekke mot operasjonslister, journaler og røntgenundersøkelser for å få et mest mulig korrekt bilde.

Ved store befolkningsundersøkelser kan muligens estimatene ved hjelp av offisiell helsestatistikk komme nær nok desanne tall når man tar høyde for en del av fallgruvene (8), men i mindre populasjoner kan feilkildene bli for store til at resultatene kan brukes konklusivt. Når man gjør helhjertede forsøk på å sette inn forebyggende tiltak mot fallskader hos eldre (6), fortjener man å ha et redskap som kan gi et skikkelig svar på om disse hjelper.

Grunnleggende sett er det to forhold som avgjør om det oppstår et lårhalsbrudd: styrken i beinet og energien beinet utsettes for. Er beinstrukturen i seg selv svekket nok, f.eks. av osteoporose eller tumorvev, kan brudd oppstå uten ytre utløsende faktorer, men i ni av ti tilfeller følger lårhalsbrudd av et fall.

Ved et sykehus i Skottland registrerte man prospektivt alle fall som førte til innleggelse pga. lårhalsbrudd i entreårsperiode (9). Man fant 51 forskjellige risikofaktorer i omgivelsene som årsak til fallet hos 58%, mens deresterende 42% ikke hadde vært utsatt for noe farefullt, dvs. fallet kunne ikke ha vært forhindret ved ytre tiltak. Eldre falt i hjemmet hovedsakelig som følge av generelt nedsatt helse, ikke pga. ytre farer.

I undersøkelsen av lårhalsbruddsinsidensi Nord-Trøndelag i dette nummer av Tidsskriftet (7) fant man flere brudd ivinter- enn i sommermånedene, og forfatterne ser muligheter til forebyggende tiltak mot brudd på bakgrunn av dette. I undersøkelsen fra Skottland fant man imidlertid ingen sesongvariasjoner i antall fall per dag, og 65% av alle fall somførte til brudd, forekom inne, sommer som vinter (9). Forfatterne anbefalte å satse på økning av beinstyrke og bruk av hoftebeskyttere for å ta av for kraften i fallet fremfor å legge arbeid i å hindre fall. I Harstad, derimot, har hele kommunen, ledet av Børge Ytterstad, vært involvert i forebygging av fallskader hos eldre (10), og en gjennomgang av desykehusbaserte registreringssystemene man benyttet for å evaluere effekten av tiltakene, kan tyde på at man fikk lønn for strevet. Det får man også ved å behandle osteoporotiske pasienter medikamentelt for å øke beinmassen (11), iallfall hvis man sammenlikner besparelsene ved reduksjonen i antall brudd med gevinsten ved etablerte forebyggende tiltak, som behandling av høyt blodtrykk og høyt kolesterolnivå.

HVA GJØR VI NÅ?

Det er ikke lenger et spørsmål om vi skal gjøre noe med lårhalsbruddepidemien, men hva vi skal gjøre. Ortopeder og biomekanikere jobber med å finne de optimale implantater for operativ behandling av slike brudd, og diskusjonen om cervikale brudd best behandles med primær protese eller skruefiksasjon/nagling må avgjøres etter prospektive undersøkelser der man også tar hensyn til økonomiske aspekter. Uansett kirurgisk metode vil det fortsatt være etterbehandlingen og rehabiliteringen som vil kreve mest ressurser (12).

Forebygging av brudd må være hovedmålet, gjennom hindring av fall og styrking av pasientens evne til å motstå følgene av et fall mot hoften. En rekke kjente risikofaktorer for lårhalsbrudd er påvirkbare. For å evaluere tiltak for å minske bruddforekomsten kreves det insidensberegninger basert på pålitelige registreringer av brudd. Ingen steder iverden har man bedre muligheter til å drive denne type forskning enn i de nordiske land. Vårt helsesystem muliggjør registrering basert på geografisk tilhørighet og oppfølging av alle som ikke forsvinner ut av landet. Når vi i tillegg har den høyeste forekomst av lårhalsbrudd i verden, er mulighetene for å måle effekten av tiltak gode. Opplæring og motivering av alle involverte leger for presis diagnosesetting er nødvendig. Målet må være at man med tiden skal kunne stole på tallene i sykehusenes dataregistre. I mellomtiden må nok leger som er engasjert i denne

type undersøkelser, finne seg i å gå nøye inn på hvert enkelt brudd de registrerer. I Oslo har de påviste forskjellene lårhalsbruddinsidens mellom byregionene (13) gitt oss et redskap for å se på den videre utvikling av insidensen, fortsatt kartlegging av risikofaktorer og, ikke minst, evaluering av tiltak for å hindre brudd. De etablerte redskaper må vi bruke for best mulig å kunne forutsi og påvirke behovet for helsetjenester. Like viktig er vår internasjonale forpliktelse til å være med og øke kunnskapen om lårhalsbrudd, så vi kan bidra til å få denne verdensomspennende epidemien under kontroll.

Trine S. Kaastad

LITTERATUR

1. Falch JA, Kaastad TS, Bøhler G, Espeland J, Sundsvold OJ. Secular increase and geographical differences in hip fracture incidence in Norway. *Bone* 1993; 14: 643-5.
2. Meyer HA, Henriksen C, Falch JA, Pedersen JI, Tverdal A. Risk factors for hip fracture in a high incidence area: a case-control study from Oslo, Norway. *Osteoporosis Int* 1995; 5: 239-46.
3. Falch JA, Ilebekk A, Slungaard U. Epidemiology of hip fractures in Norway. *Acta Orthop Scand* 1985; 56: 12-6.
4. Finsen V, Benum P. Changing incidence of hip fractures in rural and urban areas of central Norway. *Clin Orthop* 1987; 218: 104-10.
5. Bulajic-Kopjar M, Wiik J, Nordhagen R. Regionale forskjeller i forekomst av lårhalsbrudd i Norge. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 30-3.
6. Steihaug S, Nafstad P, Vikse R, Beier RM, Tangen T. Forebygging av lårhalsbrudd i Oslo, Stovner bydel. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 37-9.
7. Fretland S, Krüger Ø. Lårhalsbrudd i Nord-Trøndelag 1988-95. Insidensforskjeller mellom vinter- og sommermåned. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 34-6.
8. Kopjar B, Guldvog B, Wiik J. Lårhalsbrudd - problemer med offisiell helsestatistikk. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996; 116: 3269.
9. Parker M, Twemlow T, Pryor G. Environmental hazards and hip fractures. *Age Aging* 1996; 25: 322-5.
10. Ytterstad B. The Harstad injury prevention study: community-based prevention of fall-fractures in the aged evaluated by means of a hospital-based injury recording system in Norway. *J Epidemiol Community Health* 1996; 50: 551-8.
11. Kristiansen I, Falch JA, Andersen L, Aursnes I. Bruk av alendronat ved osteoporose - er det kostnadseffektivt? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 2619-22.
12. Zetheraeus N, Strömberg L, Jönsson B, Svensson O, Öhlen G. The cost of a hip fracture. Estimates for 1,709 patients in Sweden. *Acta Orthop Scand* 1997; 68: 13-7.
13. Kaastad TS, Meyer H, Falch JA. Hip fracture incidence in Oslo, Norway: differences within the city. *Bone*; akseptert for publisering.

Publisert: 10. januar 1998. *Tidsskr Nor Lægeforen*.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 22. februar 2026.