

Sykepleien

FAGUTVIKLING

Eldre har økt risiko for selvmord etter akutte sykehusopphold

Psykiske reaksjoner hos eldre blir ofte oversett etter akutte somatiske sykehusinnleggelser. Enkle tiltak kan gjøre det lettere å fange opp dem som trenger ekstra oppfølging.

Sara Marie Nilsen

Forsker

Tjenesteinnovasjonssenteret (TIPS) St. Olavs hospital og Institutt for klinisk og molekylær medisin NTNU

Oda Heier

Innovasjonsrådgiver og manager

Innomed og PWC

Silje L. Kaspersen

Forskningsleder og forsker

Sintef Digital og Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Anita Das

Innovasjonsrådgiver, sekretariatsleder, direktør og førsteamanuensis.

Innomed, PwC og Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap NTNU

Risikofaktor

Selvmord

Geriatri

Sykepleien 2026;114(108735):e-108735

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2026.108735](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2026.108735)

Hovedbudskap

Eldre pasienter har økt risiko for selvmord i ukene etter utskrivning fra akutte somatiske sykehusopphold. Psykiske reaksjoner blir ofte ikke fanget opp, selv om mange opplever usikkerhet, tap og redusert mestring i denne perioden. Enkle tiltak som å normalisere reaksjoner, snakke om psykisk helse og gi strukturert oppfølging kan forebygge selvmord.

Selvmord er en betydelig folkehelseutfordring i Norge, og det er stort behov for mer målrettede forebyggende tiltak.

En ny studie fra Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) har identifisert et hittil lite beskrevet risikovindu med markant forhøyet selvmordsrisiko i ukene etter utskrivning fra

akutte somatiske sykehusopphold. Risikoen gjelder på tvers av diagnosegrupper og er særlig høy blant eldre (1).

Studien gir ny og viktig kunnskap om selvmordsrisiko knyttet til somatiske tjenester, et område som tidligere har fått begrenset forskningsoppmerksomhet.

Psykiske reaksjoner blir oversett

Det er godt dokumentert at selvmordsrisikoen er høy i tiden etter utskrivning fra psykisk helsevern (2), og at det ikke finnes gode metoder for å vurdere selvmordsrisiko på individnivå (3). Både i somatiske og psykiske helsetjenester er det derfor en utfordring å identifisere hvilke pasienter som har særlig høy risiko.

Psykiske reaksjoner har i liten grad vært en del av oppfølgingen etter akutte somatiske innleggelser. For eldre, som ofte er i en sårbar livsfase preget av funksjonstap, sykdom og endringer i hverdagsmestring, kan dette være et udekket behov.

«Psykiske reaksjoner har i liten grad vært en del av oppfølgingen etter akutte somatiske innleggelser.»

Med utgangspunkt i forskningsstudien vår (1) ønsket vi å få mer kunnskap om dagens praksis ved utskrivning og oppfølging av eldre etter akutte somatiske sykehusinnleggelser. Målet var å identifisere mulige områder for forebygging og utvikle tiltak som kan redusere selvmordsrisikoen i tiden etter utskrivning.

Studien kartla dagens praksis

For å følge opp funnene fra registerstudien om økt selvmordsrisiko etter akuttinnleggelse (1) gjennomførte vi en kvalitativ studie i perioden august til desember 2025.

Studien besto av semistrukturerte intervjuer med sentrale aktører for å få innsikt i dagens praksis ved utskrivning og oppfølging etter akutte somatiske sykehusinnleggelser, med særlig vekt på hvordan psykisk helse hos eldre ivaretas.

Informantene ble rekruttert gjennom et strategisk utvalg for å sikre relevante fag- og brukerperspektiver. Totalt deltok 11 informanter i sju digitale intervjuer. Deltakerne omfattet leger, psykologer, sykepleiere, forskere og representanter fra brukerorganisasjoner fra ulike deler av landet.

Materialet ble anonymisert og analysert ved bruk av tematisk analyse. Deretter diskuterte vi funnene i et digitalt arbeidsmøte. På InnoMeds nettsider ligger en kort omtale av prosjektarbeidet (4).

Akutt sykdom øker sårbarheten

Intervjuene viste at mange eldre pasienter som legges inn akutt, er i en livsfase preget av tap, redusert funksjon og endringer i hverdagsmestring. Informantene beskrev tap av livspartner, venner, sosial rolle og identitet som gjennomgående erfaringer, ofte kombinert med et begrenset sosialt nettverk.

Selv når eldre har pårørende, opplever mange at kontakten er sporadisk eller vanskelig å opprettholde. Som en informant sa: «Man mister identiteter, ektefeller, masse tap og ingen å snakke med.»

Informantene fortalte også at akutt sykdom eller funksjonsfall kan forsterke bekymringer for fremtiden og oppleves som overveldende, særlig når sykehusoppholdet er kort og utskrivningen skjer raskt. Mange frykter hva som venter dem hjemme, og er usikre på om de vil mestre hverdagen. Flere mente at psykiske reaksjoner i denne fasen er vanligere enn det helsetjenesten fanger opp.

Helsepersonell mangler verktøy

Kartleggingen viste at psykiske plager i liten grad blir tatt opp i somatiske akuttavdelinger. Eldre tar sjelden selv opp psykisk helse, og symptomer på depresjon, angst eller rus blir ofte ikke avdekket dersom helsepersonell ikke spør.

Informantene beskrev også en terskel for å ta opp slike temaer når de er usikre på hvordan de skal følge dem opp. De pekte særlig på tidspress, manglende rutiner for psykososial kartlegging og behov for større trygghet og kompetanse i samtaler om psykisk helse.

«Usikkerhet om oppfølging og henvisningsmuligheter gjør at psykisk helse ofte blir nedprioritert i en travel hverdag.»

Som en informant sa: «Det krever en viss erfaring å ha en slik samtale. Hvis man stiller spørsmålet, må man stå i det.» Usikkerhet om oppfølging og henvisningsmuligheter gjør at psykisk helse ofte blir nedprioritert i en travel hverdag.

Etter utskrivning opplever mange eldre en brå overgang fra tett oppfølging på sykehuset til å klare seg alene hjemme. Kommunale tilbud krever ofte at pasienten selv tar initiativ, finner frem i tjenestene og har overskudd til å be om hjelp. Det kan være særlig krevende i en sårbar fase.

Noen får oppfølging hos fastlegen, men konsultasjonen har ofte hovedvekt på somatiske forhold. Psykiske reaksjoner blir derfor lett oversett, fordi det mangler faste rutiner for å kartlegge dem.

Eksempel 1: Informasjon etter hjerteoperasjon

Ved en toraksavdeling fortalte en sykepleier hvordan systematisk informasjon før og etter planlagte hjerteoperasjoner kan normalisere psykiske svingninger. Avdelingen prioriterer

utskrivningssamtalen og gir både muntlig og skriftlig informasjon til pasienter og pårørende.

Sykepleieren leder utskrivningssamtalen, observerer pasientens psykiske tilstand gjennom oppholdet, kartlegger uro og bekymringer og informerer om vanlige psykiske reaksjoner etter operasjonen.

Når pasientene får vite at psykiske reaksjoner er vanlige og forventede, blir mange mindre urolige og lettere tilbøyelige til å ta kontakt ved behov. Oppfølging skjer i samarbeid med fastlegen og eventuelt hjemmetjenesten.

Selv om disse pasientene har planlagte innleggelser og lengre liggetid enn pasienter som legges inn akutt, viser erfaringene at selv begrenset informasjon kan ha stor betydning.

Eksempel 2: Psykisk helseteam på somatisk avdeling

En informant fra et tverrfaglig psykisk helseteam fortalte hvordan teamet følger opp pasienter som får psykiske reaksjoner under somatisk innleggelse. Teamet tilbyr poliklinisk oppfølging, underviser behandlere og gjør akutte vurderinger etter tilsynsanmodning.

Poliklinikken har en ventetid på 1–3,5 måneder. Teamet må derfor prioritere kronisk syke pasienter, noe som begrenser muligheten til å følge opp pasienter raskt etter akutte hendelser.

Informanten fortalte også at mange behandlere unngår å ta opp psykisk helse fordi de har få konkrete oppfølgingstilbud å vise til. Dermed blir psykiske reaksjoner ofte ikke tematisert ved akutte somatiske innleggelser, selv om overgangen hjem kan forsterke uro og nedstemthet.

Enkle tiltak kan forebygge

Informantene pekte på at det ikke nødvendigvis skal så mye til for å redusere bekymringene etter utskrivning. Flere trakk frem betydningen av å bruke eksisterende strukturer og holde tiltakene lavterskel.

Med utgangspunkt i kartleggingen kan tiltakene deles inn i tre hovedkategorier: bevisstgjøring, normalisering og verktøy. Disse utdypes nedenfor.

Bevisstgjøring

Et første tiltak er å øke bevisstheten om psykiske reaksjoner hos eldre etter akutte somatiske sykehusinnleggelser, både i sykehus, kommunehelsetjenesten og blant pasienter og pårørende.

Flere informanter pekte på behovet for økt kompetanse og større trygghet i å snakke om psykisk helse. Dette kan omfatte informasjonsmateriell, målrettet kompetanseheving, justerte rutiner for utskrivningssamtaler og tiltak som «time i hånda».

Normalisering

Flere informanter understreket betydningen av å normalisere vanlige psykiske reaksjoner. De trakk frem psykoedukasjon som et lavterskeltiltak som kan redusere uro og senke terskelen for å ta opp vanskelige tanker.

Når helsepersonell formidler at det er vanlig å oppleve nedstemthet, angst eller usikkerhet etter akutt sykdom, kan det bli lettere for pasientene å sette ord på egne reaksjoner. Kartleggingen og eksemplene viser at enkel og målrettet informasjon kan ha stor betydning.

Verktøy

Funnene peker også på behovet for konkrete verktøy som gjør det enklere for helsepersonell å ta opp psykisk helse på en systematisk måte. Det kan være enkle spørsmål i utskrivningssamtalen, sjekklister ved oppfølging i kommunehelsetjenesten og tydeligere rutiner for videre henvisning.

Informantene fremhevet også betydningen av å bruke etablerte kontaktpunkter som fastlege, hjemmesykepleie og kommunale lavterskeltilbud. For mange pasienter oppstår det et tomrom etter utskrivningen, og strukturert oppfølging i denne fasen kan bidra til å fange opp dem som strever.

Barselomsorgen kan gi inspirasjon

Høringsutkastet til den nasjonale retningslinjen for barselomsorgen illustrerer en helhetlig tilnærming til livsoverganger som også kan være relevant for akutt innlagte pasienter i somatikken (5). Retningslinjen foreslår å gjøre systematisk oppfølging av psykisk helse til en obligatorisk del av barselomsorgen.

Her løftes psykisk helse frem som en integrert del av oppfølgingen, ikke som et tillegg. Retningslinjen anbefaler at helsepersonell *bør* inkludere psykisk helse og trivsel som et tema i alle samtaler. Denne tilnærmingen konkretiserer hvordan tiltakene om bevisstgjøring, normalisering og verktøy kan omsettes i praksis.

«Både barselkvinnen og den akutt syke eldre gjennomgår en kraftig livsovergang.»

Både barselkvinnen og den akutt syke eldre pasienten gjennomgår en kraftig livsovergang preget av kroppslige endringer, sårbarhet og endret hverdagsmestring.

Vi vil understreke at barselomsorgen her brukes som en organisatorisk analogi og en kilde til inspirasjon, ikke som dokumentasjon på at de samme tiltakene har effekt hos eldre. Gruppene skiller seg både i alder, risikoprofil og årsak til kontakt med helsetjenesten, og overføringsverdien har derfor klare begrensninger.

Det vi mener kan overføres, er prinsippet om å gjøre psykisk helse til en systematisk og normalisert del av oppfølgingen i en sårbar livsovergang. Om slike tiltak faktisk reduserer selvmordsrisikoen hos eldre, må undersøkes i egne studier.

Tre prinsipper kan styrke oppfølgingen

Tre prinsipper fra barselomsorgen i tråd med funnene i kartleggingen vår:

1. Systematisk normalisering (psykoedukasjon)

Høringsutkastet til barselretningslinjen anbefaler at kvinner får informasjon om vanlige psykiske reaksjoner for å skille disse fra psykiske lidelser. På samme måte som «barseltårer» er et kjent fenomen, kan helsepersonell normalisere psykiske reaksjoner etter akutt somatisk sykdom.

Ved å informere pasienter rutinemessig om at det er vanlig å føle seg nedstemt, engstelig eller oppleve at livet mister mening etter en slik hendelse, kan helsepersonell ufarliggjøre temaet. Dette svarer direkte på våre informanters behov for «normalisering» og kan senke terskelen for at pasienten selv tør å sette ord på tunge tanker.

2. Aktiv oppsøkende metodikk

Høringsutkastet understreker at helsepersonell må ta initiativ til samtaler om psykisk helse, fremfor å vente på at pasienten selv tar det opp. Våre funn viser at mange eldre er tilbakeholdne med å dele bekymringer.

Enkle, validerte spørsmål om psykisk helse i utskrivningssamtalen og ved første oppfølging i kommunehelsetjenesten, inkludert hos fastlegen, vil kunne fange opp risikopasienter.

På samme måte som barselretningslinjen anbefaler å kartlegge sårbarhet og tidligere sykehistorie, bør utskrivning fra somatisk avdeling inkludere vurdering av pasientens livssituasjon og sosiale nettverk.

3. Strukturert oppfølging i det «kritiske vinduet»

Norske analyser (1) har identifisert de første fire ukene etter utskrivning som høyrisikoperioden. Dette sammenfaller med barselomsorgens intensive oppfølging de første ukene etter fødsel. Barselretningslinjen bygger på tidlig og strukturert kontakt for å sikre kontinuitet, og denne tilnærmingen kan også være relevant for eldre som skrives ut etter akutt somatisk sykdom.

For mange eldre oppstår det et tomrom når de kommer hjem fra sykehuset. Det er ofte først da nedstemthet og usikkerhet blir tydelige. En fast rutine der fastlege, hjemmesykepleien eller et oppfølgingsteam bruker en enkel sjekkliste for psykisk helse ved første kontakt, kan bidra til å fange opp dem som strever i denne perioden.

For pasienter som ikke får besøk av hjemmesykepleien, kan tydelig informasjon om tilgjengelige tjenester og hvor de kan henvende seg ved behov, være et viktig alternativ.

Lavterskeltilbud kan forebygge

Informantene pekte på utfordringer knyttet til både begrensede ressurser og uklarhet om hvor pasienter kan henvises videre. Her viser barselretningslinjen vei ved å vektlegge lavterskeltilbud, støttesamtaler og aktivering av nettverk.

For eldre handler forebygging ofte om å motvirke ensomhet og styrke opplevelsen av mening i hverdagen. Tiltakene er ofte enkle og starter med å løfte temaet. Pasienter kan koples til frivillige tilbud, dagsentre og andre tilgjengelige lavterskeltilbud. Dette forutsetter god samhandling og oversikt over tilgjengelige ressurser i kommunen.

Helsepersonell trenger derfor en oppdatert «verktøykasse» for å kunne adressere psykiske reaksjoner. Flere kommuner tilbyr nå helsestasjon for eldre som et lavterskel kontaktpunkt. Her kan eldre få råd, støtte og oversikt over lokale aktiviteter og tjenester, noe som gjør det lettere å finne frem til videre oppfølging.

Psykisk helse må inn i somatikken

Alvorlig somatisk sykdom øker risikoen for selvmord, særlig hos pasienter med tidligere psykiske plager (6). Både forskning (1) og kartleggingen vår peker på behovet for å styrke oppfølgingen av eldre etter akutte somatiske sykehusinnleggelser.

Med prinsippene fra barselomsorgen – normalisering, aktiv kartlegging og strukturert oppfølging i risikoperioden – kan somatikken bygge et nødvendig sikkerhetsnett uten betydelige ressurser. Små tiltak kan ha stor betydning.

«Små tiltak kan ha stor betydning.»

Selv om utgangspunktet for arbeidet er den økte selvmordsrisikoen etter akutt somatisk innleggelse, retter de foreslåtte tiltakene seg mot psykisk helse, ensomhet og mestring i et bredere perspektiv.

Ved å normalisere psykiske reaksjoner og snakke systematisk om psykisk helse med alle eldre pasienter kan helsepersonell lettere fange opp dem som strever mest, og oppdage alvorlig nedstemthet eller selvmordstanker på et tidligere tidspunkt.

Tiltakene er derfor først og fremst forebyggende på et bredt grunnlag, og den selvmordsforebyggende effekten må forstås som indirekte og er foreløpig ikke dokumentert i forskning. Målet er å skape en kultur i somatiske avdelinger der spørsmål om psykisk helse er like selvfølgelig som blodtrykksmåling.

Takksigelser

Forfatterne takker Ingvild Saltvedt for verdifulle faglige innspill og for å ha oppmuntret dette arbeidet.

Bruk av kunstig intelligens (KI)

Copilot er brukt som skrivehjelp i arbeidet med denne artikkelen. Forfatterne har kvalitetssikret alt innhold, og KI-verktøyet er ikke oppført som forfatter i tråd med Sykepleiens retningslinjer.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikt.



SÅRBAR FASE: Mange eldre kjenner på usikkerhet, tap og redusert mestring når de kommer hjem fra sykehuset. Helsepersonell kan gjøre overgangen tryggere ved å snakke om psykisk helse og normalisere vanlige reaksjoner. *Illustrasjonsfoto: DimaBerlin / Shutterstock / NTB*

1. Asheim A, Nilsen SM, Svedahl ER, Kaspersen SL, Bjerkeset O, Janszky I, et al. Risk of suicide after hospitalizations due to acute physical health conditions – a cohort study of the Norwegian population. BMC Med. 2024;22(1):396. DOI: [10.1186/s12916-024-03623-5](https://doi.org/10.1186/s12916-024-03623-5)
2. Ødegård KB, Myhre M, Klungsøyr O, Mehlum L, Tørmoen AJ, Walby FA. Discharge from mental health service admissions as a short-term causal risk factor for suicide: A case-crossover study. J Psychiatr Res. 2026;194:174–80. DOI: [10.1016/j.jpsychires.2026.01.004](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2026.01.004)
3. Ødegård KB, Lien L. Har vært kjent risiko siden 90-tallet: – Ikke klart å utvikle tiltak. Oslo: Dagens Medisin; 2026 [hentet 19. februar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/depresjon-nasjonal-faglig-retningslinje-nasjonalt-senter-for-selvmondsforskning-og-forebygging/har-vaert-kjent-risiko-siden-90-tallet-ikke-klart-a-utvikle-tiltak/725669>

4. Nilsen SM. Prosjekterfaring: Utvikling av tiltak knyttet til Somatisk Akuttinnleggelse og risiko for Selvmord (SoMas). Oslo: InnoMed; 2025 [hentet 19. februar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://innomed.no/prosjekt/prosjekterfaring-utvikling-av-tiltak-knyttet-til-somatisk-akuttinnleggelse-og-risiko>
5. Helsedirektoratet. Barselomsorgen (høringsutkast): Nasjonal faglig retningslinje [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2026 [hentet 19. februar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen-horingsutkast>
6. Nafilyan V, Morgan J, Mais D, Sleeman KE, Butt A, Ward I, et al. Risk of suicide after diagnosis of severe physical health conditions: A retrospective cohort study of 47 million people. Lancet Reg Health Eur. 2022;25:100562. DOI: [10.1016/j.lanepe.2022.100562](https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2022.100562)