

Utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer for dødelighet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Først publisert: 29. april 2026

Siste faglige endring: 29. april 2026

Innhold

1. <u>Sammendrag</u>	3
2. <u>Introduksjon</u>	4
3. <u>Dødelighetsindikatorer innen psykisk helse og rus</u>	7
4. <u>Overdødelighet hos personer med alvorlige psykiske lidelser</u> .. 14	
5. <u>Overdødelighet hos personer i Tverrfaglig Spesialisert Rusbehandling (TSB)</u>	24
6. <u>Diskusjon - Overdødelighetsmålene</u>	34
7. <u>Tapte leveår ved overdose, selvmord og ulykke for personer i psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling</u> ... 36	
8. <u>Tapte leveår ved selvmord for personer i psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling</u>	39
9. <u>Tapte leveår ved overdosedødsfall for personer i psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling</u>	45
10. <u>Tapte leveår ved ulykkesdødsfall for personer i psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling</u>	51
11. <u>Diskusjon – dødsårsaksmålene</u>	56

Sammendrag

Bakgrunn og formål

Det har over tid vært et uttalt behov for nasjonale kvalitetsindikatorer som belyser resultat og utfall av helsehjelp innen psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Dagens nasjonale kvalitetsindikatorsystem mangler indikatorer som kan si noe om dødelighet, levealder og øvrige utfall av behandling i disse pasientgruppene. Denne rapporten presenterer nye nasjonale kvalitetsindikatorer som måler overdødelighet og tapte leveår blant personer som har vært i kontakt med PHV og/eller TSB. Utviklingsarbeidet er i tråd med føringer fra Riksrevisjonen, Opptappingsplanen for psykisk helse og øvrige nasjonale strategier.

Metode og datagrunnlag

Indikatorene er utviklet med utgangspunkt i eksisterende helseregistre og uten økt registreringsbyrde for tjenestene. Datagrunnlaget omfatter en sammenstilling av opplysninger fra Dødsårsaksregisteret (DÅR), Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasientregister (KPR). Resultater presenteres geografisk etter helsefelleskap basert på pasientens bosted, for å reflektere det delte ansvaret mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten for denne pasientgruppen. For å utforske dødelighet som fenomen i denne pasientgruppen er det benyttet flere komplementære målemetoder, herunder overdødelighet, tapte leveår og rater per 100 000 i utvalgpopulasjonen. For å redusere tilfeldig variasjon og bedre sammenlignbarhet over tid benyttes tilbakeblikks periode på fem år.

Hovedfunn

Analysene viser betydelig overdødelighet blant personer med alvorlige psykiske lidelser i PHV og TSB, og blant personer med rusmiddelproblematikk i TSB, sammenlignet med den øvrige befolkningen og særlig i yngre aldersgrupper. Det er noen klare geografiske forskjeller mellom helsefelleskap, og flere indikatorer viser en signifikant økning i dødelighet over tid. For personer med alvorlige psykiske lidelser er overdødeligheten særlig høy i aldersgruppen 15–50 år, og økningen kan ikke forklares av endringer i populasjonsstørrelse alene. Tilsvarende mønstre ses for personer med rusmiddelproblematikk i TSB. Økningen i dødelighet er statistisk signifikant for både alvorlig psykisk lidelse og TSB, og reflekteres også dersom aldersspennet økes til 15–75 år. Tapte leveår indikatorene for overdoser, selvmord og ulykker viser at svært mange leveår går tapt til disse dødsårsakene, men forekommer mer stabilt over tid for pasientgruppene som har hatt minst én kontakt med PHV/TSB.

Betydning og anvendelse

De foreslåtte indikatorene gir et nytt og nødvendig kunnskapsgrunnlag for å følge utvikling i levealder og dødelighet hos pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Indikatorene gjør det mulig å identifisere geografiske forskjeller og følge trender over tid. Og kan inngå i et kunnskapsgrunnlag for å vurdere effekten av nasjonale og regionale tiltak. Samlet gir indikatorene et styrket beslutningsgrunnlag for videre kvalitetsforbedring og forebyggende innsats, og kan bidra til å operasjonalisere målsettingene i Opptappingsplanen for psykisk helse, – og Forebygging og behandlingsreformen for rusfeltet.

Introduksjon

Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI) gir mulighet til å følge utviklingstrender og regionale forskjeller i kvaliteten på tjenestene. Indikatorene kan støtte kvalitetsforbedringsarbeid ved å synliggjøre områder der behovet for tiltak er størst, og ved å gi grunnlag for videre analyser og utredninger.

Det er per dags dato ingen NKI som berører utfall eller resultat av kontakt eller behandling innen feltet for psykisk helse og rus. Helsedirektoratet har i mange år mottatt innspill om at dette er et område innen kvalitetsmåling som må prioriteres. I denne rapporten vil det legges frem nye indikatorer som rettes mot resultat eller utfall av kontakt eller behandling innen psykisk helsevern (PHV) eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Det vil bli beskrevet et utviklingsarbeid for indikatorer for dødelighet i innen PHV og TSB.

Om det nasjonale kvalitetsindikator systemet

Det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet (NKI-systemet) skal bidra til å sikre befolkning likeverdig tilgang til helsetjenester av god kvalitet, og baserer seg på rammeverket til [OECDs Health Care Quality and Outcomes programmet \(oecd.org\)](https://www.oecd.org/health/). NKI-systemet er lovfestet [1],[2] der formålet beskrives som: «hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og som grunnlag for at pasienter og brukere kan ivareta sine rettigheter». For å oppnå dette formålet må NKI utvikles i tråd med både tjenestene og, bruker og pårørendes perspektiv. Denne rapporten beskriver en slik utviklingsprosess, og de tilknyttede resultatene fra arbeidet.

NKI utvikles for målgrupper på politisk nivå og helseforvaltning, ledere og helsepersonell, pasienter og pårørende, allmenheten og academia. NKI-systemet skal inkludere struktur-, prosess- og resultatindikatorer, der sistnevnte er målsetningen for dette utviklingsarbeidet. Resultatindikatorer kan for eksempel belyse pasientens gevinst i form av overlevelse, symptomatiske og laboratoriekarakteristika, pasientens fysiske tilstand eller psykiske reaksjon på sykdom, samt tilfredshet med behandling. Sentrale måleområder for NKI relatert til dette utviklingsoppdraget for dødelighet innen PHV/TSB er hvorvidt tjenestene er 1. virkningsfulle, 2. trygge og sikre, 3. samordnet og preget av kontinuitet og 4. tilgjengelig og rettferdig fordelt.

1. **Virkningsfull** beskriver graden av ønsket resultat, gitt at evidensbasert helsehjelp tilbys alle som forventes å ha nytte av den, og ikke til dem som ikke oppnår effekt av tjenesten (Arah et al., 2003; WHO, 2000; AHRQ, 2004). Effekten vurderes ut fra hvorvidt en forventet forbedring faktisk oppnås som følge av helsehjelpen (Donabedian, 1980; 2003). I tillegg kan effekten av en prosess vurderes gjennom graden av måloppnåelse uten feil eller uønskede avvik (Juran og Godfrey, 2000). [3]
2. **Trygg og sikker** omfatter i hvilken grad helsetjenester forebygger, unngår og begrenser uønskede hendelser eller skade som oppstår i forbindelse med helsehjelp (National Patient Safety Foundation, 2000). Dimensjonen er nært beslektet med virkningsfullhet, men skiller seg ved at hovedfokuset er på forebygging av utilsiktede og uønskede pasientrelaterte hendelser.
3. **Samordnet og preget av kontinuitet** beskriver i hvilken grad helsetjenester er koordinerte over tid og på tvers av behandlingsnivåer og institusjoner for ulike pasient- og brukergrupper. Pasientens og brukerens behov står sentralt i vurderingen av kvalitet, og dimensjonen overlapper delvis med målet om å involvere brukeren.
4. **Tilgjengelig og rettferdig fordelt** omhandler hvor tilgjengelige helsetjenester er for pasienter og brukere. Tilgjengelighet kan påvirkes av blant annet geografiske, økonomiske og psykososiale forhold. Rettferdig fordeling innebærer at alle potensielle brukere ivaretas og har like muligheter til å benytte tjenestene, samt at helsetjenestene bidrar til positive helseeffekter i befolkningen.

I svært mange tilfeller kan ikke én eller to NKI si noe om kvaliteten i tjenestene, men ved å se resultater fra flere indikatorer innen et fagområde i sammenheng, i form av «en pakke» av indikatorer, vil en kunne få et mer helhetlig bilde på kvaliteten i helsetjenestene.

Vanlige misforståelser rundt tolkning av NKI-resultater eller formål er at de ikke trenger å perfekt oppsummere en situasjon for å kunne være nyttige. De kan blant annet fungere ved å stimulere til videre analyser inn i deler av et prioritert felt. En NKI setter også et felt i søkelyset for ledelse, media og analytikere – og dens første utkast kan revideres over tid for å øke relevans og treffsikkerhet.

En NKI er ikke assosiert med finansiering av tjenestene (med to unntak). En kvalitetsindikator skal være robuste og valide målinger, der man tilstreber å isolere kvalitet i tjenestene fra andre faktorer, samtidig som det skal være forståelig for befolkningen og relevant for tjenestene. NKI-systemets øvrige rammer beskrives i [rammeverket for nasjonalt kvalitetsindikatorsystem](#).

Innspill til Helsedirektoratet

Det er i dag svært få indikatorer for psykisk helse og rus i NKI-systemet, og ingen som tar for seg hvordan behandling virker, eller hvordan kontakt med helsetjenestene bedrer situasjonen for pasientene. Innspill fra mange kilder påpeker denne mangelen, blant annet i en [rapport fra riksrevisjonen \(riksrevisjonen.no\)](#) i (2021), som vektlegger eksplisitt at «De nasjonale kvalitetsindikatorene ikke gir kunnskap om hvorvidt behandlingen virker».

[Oppdragsbrev fra Helse og omsorgsdepartementet](#) har i flere år (2022, 2023) gitt føringer om at «Kvalitet og utfall av behandling innen psykisk helsevern og TSB skal vektlegges». Sykehusutvalget (2023) påpeker [behovet for å etablere resultatindikatorer innen psykisk helsevern \(regjeringen.no\)](#). Ved årsslutt 2022 mottok Helsedirektoratet et notat [4] fra en interregional arbeidsgruppe satt sammen av de regionale helseforetakene for å evaluere arbeidet med NKI, der det ble vektlagt at feltet for psykisk helse og rus eksplisitt savnet indikatorer og at det burde vektlegges arbeid med resultatmål. Det ble også gitt forslag til ulike indikatorer deriblant de som presenteres i denne rapporten: indikatorer for tapte leveår samt indikator for overdose.

I 2023 lanserte regjeringen en [Opptrappingsplan for psykisk helse \(regjeringen.no\)](#), samt [stortingsmeldingen om Forebygging og behandlingsreformen i 2024 \(regjeringen.no\)](#). Planen og stortingsmeldingen fremmer psykisk helse og rus som et satsningsområde for regjeringen og beskriver hvordan arbeidet med psykisk helse skal prioriteres de neste ti årene. Indikatorutvikling generelt på dette feltet bidrar inn i denne planen, og ved å ta for seg dødelighetsmål eksplisitt. Ifølge resultatmål 7 i opptrappingsplanen skal «Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblem har økt levealder, og forskjellen i levealder mellom denne pasientgruppen og den øvrige befolkningen er redusert». Og to resultatmål i stortingsmeldingen tar for seg levealder ved alvorlig rusmiddelproblemer, og redusert antall overdosedødsfall.

Et formål med indikatorutviklingen er at resultatene skal belyse utfordringen fra flere hold og kunne brukes til å evaluere effekt av tiltak for å heve levealderen hos pasientgruppene, blant annet tiltak fra [Handlingsplan for å heve levealder hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer \(regjeringen.no. PDF\)](#), [Handlingsplan mot overdoser](#), og føringer fra [Nasjonal faglig retningslinje for selvmordsforebygging i psykisk helsevern og TSB](#). Helsedirektoratet har i oppdrag å koordinere oppfølging av opptrappingsplanen for psykisk helse, og [rapport for alle resultatmål ved prosjektoppstart kan finnes her](#).

En referansegruppe ble etablert for å gi innspill til utviklingsoppdraget, med en ramme på to møter der første ble gjennomført november 2024 og siste i september 2025. Deltagere besto av representanter fra bruker og pasientorganisasjoner, fagforeninger og de regionale helseforetakene, samt representanter for nytt kvalitetsregister for psykisk helse voksen og barn. Innspill er samlet inn og dokumentert i referat fra hvert møte. De ulike innspillene er nevnt i teksten under hver indikator der relevant.

Utviklingsoppdragets formål og rammer

Indikatorene utvikles etter følgende prinsipper:

1. De skal måle resultat eller utfall av det totale helsetilbudet og/eller oppfølging av pasienter som har vært i kontakt med PHV eller TSB.
2. De skal baseres på eksisterende registerdata og ikke øke registreringsbyrden.

Et formål med kvalitetsindikatorer er å bidra til kvalitetsforbedring. For å kunne målrettet følge opp utvikling over tid er det behov for å beregne en indikator som kan belyse geografisk forskjeller og variasjon, og på lavest mulig nivå, nærmest der tjenestene gis. Prosjektet må dermed balansere det å beregne resultater basert på datastørrelser som gir stabile og robuste målinger samtidig som de kan benyttes til å følge utvikling på lavest mulig nivå, og til den grad mulig unngå anonymiseringsgrensene. Eksempelvis vil en inndeling per helseregion (RHF) gi stabile og robuste estimer over tid, men vil være mindre nyttig for lokal kvalitetsforbedring, og vurdering av geografiske forskjeller i tjenestekvalitet innad i en region. Derfor er det ønskelig å beregne resultater på lavere nivå, minimum fylke/helsefelleskap eller HF-nivå.

For enkelte av avveiningene betyr det at en mer heterogen populasjon blir inkludert i utvalget, både for å øke datastørrelsene og for å unngå at man eliminerer sårbare grupper som ellers faller mellom stoler. En mer heterogen populasjon gjør det mer utfordrende å tolke resultat knyttet til en bestemt målgruppe, men ved å beholde geografisk variasjon vil man kunne oppdage overordnede trender som deretter kan analyseres og vurderes på lavere nivå.

[1] [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. \(helse- og omsorgstjenesteloven\) \(lovdata.no\)](#)

[2] [Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. \(spesialisthelsetjenesteloven\) \(lovdata.no\)](#)

[3] Alle primærkilder finnes i; E. Kelley and J. Hurst. Health Care Quality Indicators Project, Conceptual Framework Paper, 23, OECD HEALTH WORKING PAPERS, 2006

[4] Helse Vest, Helse Midt-Norge, Helse Sør-Øst og Helse Nord 2022 - «NASJONALE KVALITETSINDIKATORAR - Innspel frå dei regionale helseføretaka til Helsedirektoratet» – Innspillsnotat fra interregional arbeidsgruppe

Dødelighetsindikatorer innen psykisk helse og rus

Bakgrunn og oversikt for overdødelighetsmålene

Dødelighet er ytterste negative konsekvens for psykisk helsebelastning, uavhengig av årsak. Mulighet til å kunne følge med på utviklingstrender i denne pasientgruppen, identifisere regionale forskjeller og lignende kan gjøre det enklere å iverksette tiltak der behovet er størst, samt å igangsette utredninger der videre informasjon kreves. Dødelighetsmål gir ikke direkte informasjon om kvaliteten på enkeltbehandlinger, men kan fungere som overordnede signalindikatorer for å fange opp mulig systemsvikt, samt ulikhet i oppfølging eller manglende oppfølging over tid. Brukt sammen med andre kvalitetsmål kan de bidra til å identifisere områder med særlige behov for nærmere analyse og målrettede tiltak.

Arbeidet med å utrede dødelighetsindikatorer startet i 2022 etter riksrevisjonsnotatet. Helsedirektoratet initierte arbeidet ved å be FHI utrede hvorvidt indikatorer for selvmord og overdødelighet som rapporteres til OECD vil kunne fungere som nasjonale kvalitetsindikatorer [1]. Dette prosjektet tok for seg overdødelighet ved alvorlig psykisk sykdom, samt selvmord etter innleggelse som blir rapportert til OECD på nasjonalt nivå annethvert år. Prosjektet ble ferdigstilt i første kvartal 2023, og konkluderte med at OECD indikatorene som ble utredet ikke ble anbefalt som nasjonale kvalitetsindikatorer på lavere nivå som følge av få tilfeller per år og dermed for stor tilfeldig variasjon i resultatene.

Helsedirektoratet mottok innspillsnotatet [2] fra RHFene underveis i dette prosjektet. FHI prosjektets registerbruk (DÅR, KUHR og NPR) og evalueringer samsvarer mye med behovet for tapte leveår og overdødelighetsindikatoren, men det var behov for videreutvikling for å sikre gode datastørrelser for å muliggjøre geografisk distribusjon – slik NKIene krever, og eksplisitte mål for «tapte leveår» slik beskrevet som mål i RHFenes innspillsnotat. Kapasitet og ressursmangler i Helsedirektoratet gjorde at arbeidet videre med indikatorarbeidet ble utsatt.

Ved slutten av 2023 kom [Opptrappingsplanen for psykisk helse \(regjeringen.no. PDF\)](#) – der økt levealder ble trukket frem som egen målsetning. I forbindelse med Helsedirektoratets oppfølging av opptrappingsplanen og arbeidet med å utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer som belyser dødelighet hos personer i psykisk helsevern og TSB ble FHI bedt om å vurdere indikatorer for tapte leveår hos personer med alvorlige psykiske lidelser. Arbeidet ble avsluttet i første kvartal 2025. Her ble det laget en metode for beregning av tapte leveår, og resultater for ulike pasientgrupper ble lagt frem – bipolar, schizofreni, personlighetsforstyrrelser og depresjon splittet i kjønn [3].

For å kunne etablere en nasjonal kvalitetsindikator var det behov for videreutvikling av arbeidet som ble levert av FHI for å tilrettelegge for vurdering av geografisk variasjon, som sikrer at en NKI har størst nytteverdi på laveste nivå. Det var også ønskelig å kunne sammenligne ulike målemetoder for dødelighet, og å kunne avgrense analysen på ulike dødsårsaker. Det har vært et satsningsområde for Helsedirektoratets analysemiljø å kunne stå for registeruttrekk og utviklingsarbeid i egen regi, derfor har resten av prosjektet blitt utført internt i avdelingen i samråd med fagmiljø i helsedirektoratet og avdelingen for psykisk helse og selvmord i FHI.

Følgende fem nasjonale kvalitetsindikatorer er etablert for dødelighetsmålingene:

1. Overdødelighet hos personer med alvorlige psykiske lidelser
2. Overdødelighet hos personer i Tverrfaglig Spesialisert Rusbehandling (TSB)
3. Tapte leveår ved overdosedødsfall for personer i psykisk helsevern eller TSB
4. Tapte leveår ved selvmord for personer i psykisk helsevern eller TSB
5. Tapte leveår ved ulykkesdødsfall for personer i psykisk helsevern eller TSB

Formål, avgrensninger og resultater skal legges frem i det følgende, etter metodiske tema som gjelder for alle dødelighetsmålene.

Generelt om metode for dødelighetsmålene

Lokasjon: Helsefelleskap

En kvalitetsindikator kan ha relevans for flere aktører. For at indikatorresultatet skal kunne følges opp på en hensiktsmessig måte, bør det tilordnes den enheten som har det operative ansvaret, og som har reell mulighet til å vurdere resultatet og iverksette nødvendige forbedringstiltak. Som mange særlige sårbare grupper er pasienter med alvorlige psykiske lidelser eller ruslidelser et felles ansvar for både de kommunale helse og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenestene. Derfor ble det i samråd med referansegruppen bestemt at Helsefelleskap basert på pasientens bosted er godt egnet som aktør som tillegges et resultat for dødelighetsindikatorene. Det betyr at resultatet ikke knyttes til helseforetak (HF), men i et bredere perspektiv som også inkluderer kommunebidraget.

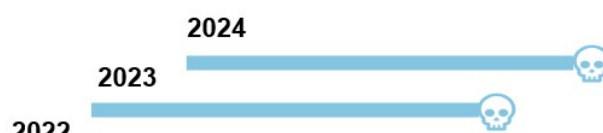
Et helsefelleskap er en samarbeidsstruktur mellom sykehus/helseforetak (HF) og kommuner i et område – og gjelder i større grad «hvem sykehuset skal samarbeide med», samhandlingsstruktur og planlegging mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Det er etablert 19 helsefelleskap der helseforetakene og kommunene i opptaksområdet møtes og koordinerer sammen. Det bygger på det geografiske området et HF og deres samarbeidskommuner dekker. Hensikten med å etablere helsefelleskap er å sikre bedre samhandling mellom nivåene, særlig for sårbare pasientgrupper (barn/unge, eldre, personer med psykiske lidelser/rus, kronisk syke). Helsedirektoratet støtter helsefelleskap ved å tilgjengeliggjøre styringsinformasjon og gode eksempler på avtaler og tjenestemodeller – mer info her [Helsefelleskap](#).

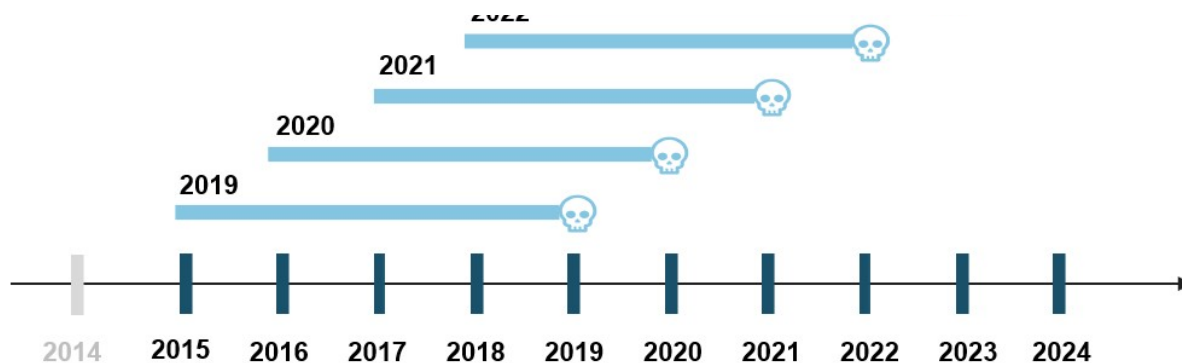
Valg av helsefelleskap som geografisk nivå understøtter en helhetlig forståelse av dødelighet som et delt ansvar mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, og er særlig relevant for pasientgrupper med sammensatte og langvarige behov.

Datakilder og populasjonsuttrekk

For å bedre sammenlignbarhet over tid benyttes det en tilbakeblikksperiode som standardiserer tidsrommet man inkluderer for å identifisere pasientpopulasjonen. Særlig med nyere datakilder vil populasjonen av personer med en gitt diagnose (prevalens) alltid øke. Helseregistrene som benyttes som datakilde til disse analysene har ikke eksistert lenger tilbake enn 2008 (NPR) og 2017 (KPR), og Helsedirektoratet har kun tilgang til opplysninger for maksimalt 10 år bakover i tid. Det er vanlig å bruke en «tilbakeblikksperiode» ved diagnoser og andre inkrementelle hendelser. Vi har valgt en tilbakeblikksperiode på 5 år. Det vil eksempelvis si at en person inkluderes i utvalget dersom vedkommende har vært registrert i spesialisthelsetjenesten eller primærhelsetjenesten med schizofreni som diagnose de siste fem årene (Figur 1).

Uttrekk populasjon – diagnose/henvisninger:





Figur 1: Illustrerer datauttrekk per år, med fem års tilbakeblikksperiode.

Diagnostiserte fra spesialisthelsetjenesten (NPR) og primærhelsetjenesten (KPR-KTT og KPR-KUHR) inkluderes for diagnoseavgrensninger. Det vil si diagnoser registrert av bl.a. fastleger og legevakt. For aktivitetsmålene; altså de med konsultasjoner/opphold / innleggelse o.l. er det kun data fra NPR som inkluderes. Registerdata gir et bredt og nasjonalt dekkende datagrunnlag, men kan påvirkes av variasjon i registreringspraksis og diagnostisering.

Målemetode: Overdødelighet, tapte leveår og rater per 100 000 innbyggere

Ulike målemetoder fanger opp ulike deler av samme fenomen. Ingen enkelt målemetode fanger alene opp kompleksiteten i dødelighet i disse pasientgruppene. Og valg av primære målemetode er sentral for hvordan tallene skal kunne brukes og tolkes videre. Det er tydelig at i tilfellene der grunnpopulasjonen har store ulikheter vil kun ett mål være utilstrekkelig for å fange opp trender i befolkningen. Derfor vil supplerende mål, som de underliggende ratene per gruppe, legges til målene for tapte leveår og overdødelighet.

Overdødelighet

Overdødelighet er hyppig brukt som mål for dødelighet i ulike populasjoner, for eksempel av OECD. Overdødelighet er en sammenligning av dødelighet i en utvalgt gruppe mot forventet dødelighet i befolkningen for øvrig, og beregnes som en ratio av to ratioer, der 1) er ratio mellom døde og levende i utvalgspopulasjonen, og 2) er ratio mellom døde og levende i den øvrige populasjonen. Alle tall over 1 blir dermed indikasjon på overdødelighet. Overdødelighetsmålet har den svakheten at dersom enkelte aldersgrupper/sted/kjønn eller lignende opplever underdødelighet i den øvrige befolkning vil det slå ut som desto høyere overdødelighet i utvalget enn hva som egentlig burde regnes som normalt.

Formel 1: Beregning av overdødelighet

Rater per 100 000 innbyggere

Rater per innbyggere er et hyppig brukt mål anses som et enkelt og intuitivt mål og relaterer antall døde i en pasientpopulasjon til befolkningstetthet i det området, for eksempel helsefelleskapet eller fylket, man observerer. Målet baserer seg på befolkningstetthet i det helsefelleskapet eller fylket man observerer. Høyere befolkningstetthet gir lavere rater relativt til dødeligheten. En svakhet er at det trengs en kontrollrate for å kunne vite hva slags rate som er høy/lav. Tar ikke hensyn til antall personer i betingelsen (antall henviste eller antall med diagnose).

Rater per 100 000 i utvalgspopulasjonen

Rate per utvalgspopulasjon viser risiko innen en tydelig definert gruppe, for eksempel blant pasienter som har hatt en gitt type innleggelse eller personer med en bestemt diagnose. Fordi både teller og nevner er hentet fra samme populasjon, påvirkes målet mindre av den generelle befolkningssammensetningen enn brede befolkningsrater. Raten justerer også automatisk for endringer i antall personer som inngår i systemet over tid.

Samtidig er denne type rate mer sensitiv for store endringer i antall henviste eller antall diagnostiserte, og sterkt påvirket av hvem som inkluderes i gruppen (case mix). Endringer i inklusjonskriterier eller registreringspraksis kan føre til ikke reelle trender som ikke reflekterer reelle endringer i risiko. En svakhet er at man trenger en kontrollrate for å kunne vite hva slags rate som er høyere eller lavere enn befolkningen. Tar ikke hensyn til antall personer i fylket/helsefelleskapet.

Tapte leveår

Tapte leveår regnes som differansen mellom sannsynligheten for å overleve til en viss alder i en populasjon, mot overlevelsen i den øvrige befolkning. Det beregnes en empirisk forventet levealder estimert basert på kumulativ overlevelse (analog til survival integral method – og ikke life table method): Grunnlaget er en livstabell eller dødelighetstabell der man beregner q_x - sannsynligheten for å dø i løpet av en aldersperiode (f.eks mellom x og $x+5$ år), og $p_x = 1 - q_x$ - sannsynligheten for å overleve perioden. Så beregner man kumulativ overlevelseshastighet – sannsynligheten for å overleve frem til alder x . Som beregnes som produktet av alle overlevelseshastigheter i alle tidligere aldersgrupper i S_x .

Formel 2: Beregning av tapte leveår

Deretter beregner man forventet levealder i en vektet gjennomsnittsalder per gruppe V_x ved å multiplisere S_x med midtpunktet i aldersgruppen, og justerer for aldersspenn 0-125, og den gjennomsnittlige midtpunktsmålingen ved å dele V_x på summen av alle V_x for å gi SAP_x . Som gir en relativ fordeling av forventet levealder på tvers av aldersgruppene. For å få dette i antall år ganges denne fordelingen på nytt med midtpunkt i aldersgruppen, så summeres alle til sum levealder i utvalgspopulasjonen versus befolkningen og gir tapte leveårsmålet i differanse.

Formel 3: Beregning av forventet levealder

Tapte leveår gir høyere vekt til dødsfall i yngre alder og gir et mål på den samlede sykdomsbyrden i en befolkning/gruppe. Indikatoren brukes hyppig i globale sykdomsbyrdeanalyser, blant annet i arbeidet til [GBD](https://www.gbd.org) (fhi.no) og [WHO \(who.int\)](https://www.who.int), og er et nyttig verktøy for prioritering og vurdering av helsetap på tvers av diagnoser og aldersgrupper.

Samtidig kan målet være mer krevende å forstå for ikke-faglige brukere, siden beregningene bygger på forventet levealder og vekter dødsfall etter alder. Dersom resultatene ikke presenteres aldersspesifikt, kan tapte leveår skjule hvilke aldersgrupper som faktisk driver endringene. I tillegg er indikatoren svært følsom for små endringer i dødsfall blant yngre personer, noe som kan skape store svingninger i små populasjoner [4]. Pålitelig bruk av tapte leveår krever derfor gode og presise data for forventet levealder.

Disse ulike målemetodene belyser ulike problemstillinger knyttet til dødelighet, se under hver enkelt indikatorbeskrivelse for videre informasjon om hvordan målemetodene påvirker resultatene.

Aldersavgrensninger

Det er et mål å heve levealder for pasienter med alvorlig psykisk lidelse og/eller rusmiddelproblematikk i henhold til Opptappingsplanen for psykisk helse. Valg av aldersgruppe vil påvirke resultatet man får og fokuset på indikatoren. I indikatorene som benytter seg av tapte leveårs-målet så baserer metoden seg på forventet levealder som er avhengig av kvantifisering av hele livsspennet fra 0–125 år. Ingen aldersavgrensning gjelder derfor for følgende indikatorer:

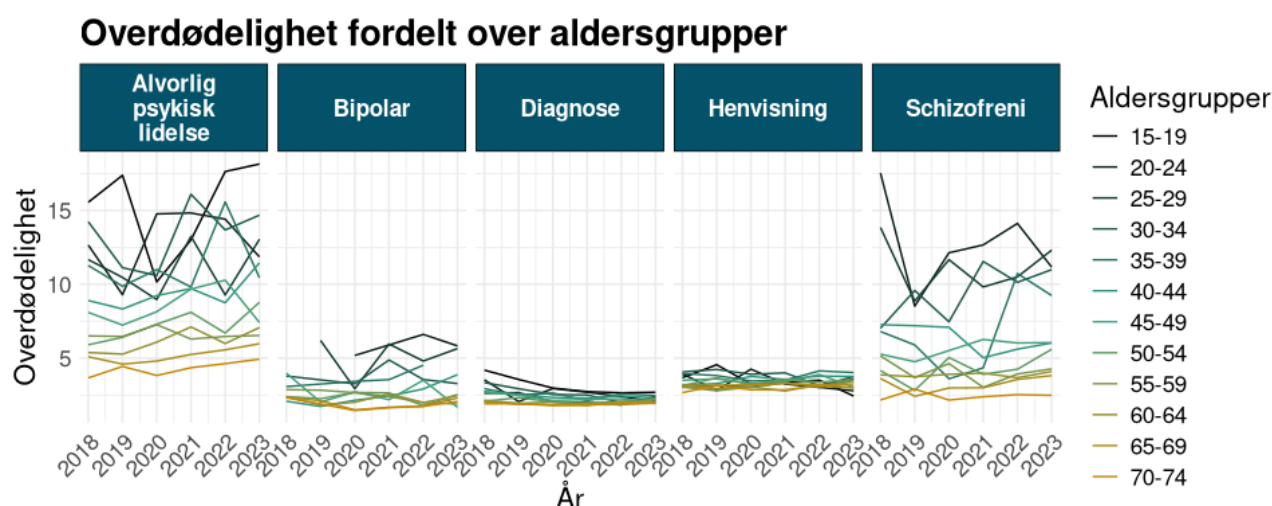
1. Tapte leveår ved overdosedødsfall for personer i psykisk helsevern eller TSB
2. Tapte leveår ved selvmord for personer i psykisk helsevern eller TSB
3. Tapte leveår ved ulykkesdødsfall for personer i psykisk helsevern eller TSB

En svakhet med beregningen her, som nevnt over, er at når analysen ikke gjøres per aldersgruppe er det ukjent hvilke aldersgrupper som er mest belastet, for eksempel om det er flere døde i de yngre eller eldre gruppene. Alderssammensetning og forventet levealder som finnes i sammenligningspopulasjonen påvirker også utfallet.

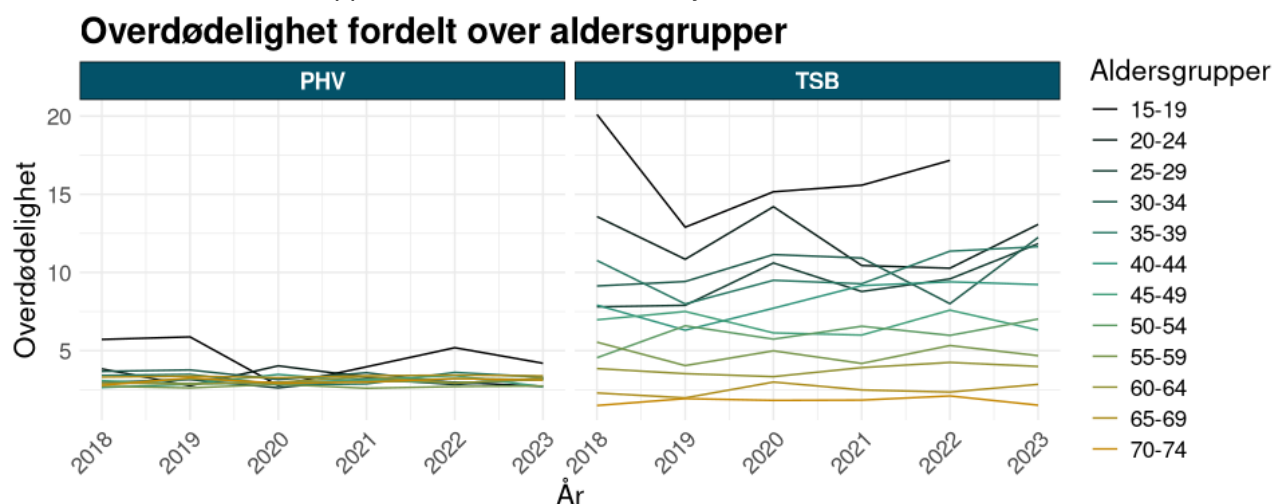
Grunnet flere av disse svakhetene, og grunnet tydelige trender i datasettet som beskrevet nedenfor er det valgt en annen metode for de to øvrige indikatorene:

1. Overdødelighet hos personer med alvorlige psykiske lidelser
2. Overdødelighet hos personer i Tverrfaglig Spesialisert Rusbehandling (TSB)

For begge indikatoren er det tydelig og markert høyere overdødelighet i de yngre pasientgruppene, slik observert i figur 2 for Alvorlig psykisk lidelse og figur 3 for personer i Tverrfaglig spesialisert rusbehandling.



Figur 2: Viser aldersfordeling i grupper for overdødelighet for ulike pasientpopulasjoner frem til året 2023, med ulike avgrensninger. For populasjonene for alvorlig psykisk lidelse, bipolar og schizofreni, se neste kapittel for mer om avgrensning og inklusjon. Henvist betyr personer henvist til PHV eller TSB minst en gang de siste fem årene, og Diagnose betyr minst én diagnose i F-kapittelet (uten F1) i løpet av de siste fem årene. Grupper der døde er under 5 er fjernet.



Figur 3: Viser aldersfordeling i grupper for overdødelighet i pasientpopulasjonene i PHV versus TSB frem til året 2023. Inkluderer personer henvist til PHV eller TSB minst en gang de siste fem årene.

Grupper der døde er under 5 er fjernet.

Referansegruppen var enige om at for å sørge for at dette målet skal være sensitivt for endringer og tiltak for å heve levealder, så burde det settes en øvre aldersgrense. Man kan se av figurene at for aldergrupper yngre enn rundt 50 år så er det markant høyere overdødelighet.

Det er spesielt de yngre pasientgruppene som er utsatt for høyest overdødelighet når man ser på alvorlige psykiske lidelser og personer i TSB. For å nyansere indikatorene, altså gjøre de mer sensitiv for effekt av tiltak, er det gunstig å sette en aldersavgrensning. Det ble etterspurt innspill fra referansegruppe på hvor denne aldersgrensen burde settes og det var størst enighet om et intervall fra 15 til 50 år. Slik vil man eliminere pasientgrupper med normalt høyere dødelighet også i den generelle befolkning. Man kan se av figurene x og x at for aldergrupper yngre enn rundt 50 år så er det markant høyere overdødelighet blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser eller som har vært i kontakt med TSB sammenlignet med den øvrige befolkningen.

Aldersavgrensningen er valgt for å øke indikatorens sensitivitet for endringer som kan knyttes til forebyggende og behandlingsrettede tiltak, og for å redusere påvirkning fra aldersrelatert dødelighet som også forekommer i den øvrige befolkningen i de eldste aldersgruppene.

Statistisk analyse

For å beregne hvorvidt endring i overdødelighet over tid var statistisk signifikant ble det benyttet Poisson - regresjonsmodeller [5],[6] som tar utgangspunkt i de underliggende antallene i datasettet, fremfor å analysere ferdig beregnede rater eller forholdstall alene. Dette gir mer statistisk robuste estimater for signifikansetesting av trend over tid. Antall dødsfall i utvalgspopulasjonen og i sammenligningsbefolkningen ble modellert med logaritmen av antall personer i hver gruppe som offset. År ble inkludert som kontinuerlig variabel for å estimere lineær trend over tid. På denne måten estimeres endring i dødelighetsrate per år, justert for endringer i utvalgsstørrelse – i dette tilfellet antall personer kategorisert med «alvorlig psykisk lidelse» i henhold til vår tidligere definisjon.

Signifikans for trend over tid vurderes ved testen av regresjonskoeffisienten for år. En statistisk signifikant koeffisient indikerer en systematisk økning eller reduksjon i dødelighet (eller overdødelighet) per år over perioden. For utvalgte analyser beregnes også prosentvis årlig endring, tolket som den gjennomsnittlige relative endringen per år i perioden.

Denne tilnærmingen er valgt fordi analyse av ferdig beregnede forholdstall kan gi misvisende usikkerhetsestimater, særlig når antallene varierer i størrelse mellom år. Ved å modellere dødsfall som antall ivaretas både variasjon i populasjonsstørrelse og korrekt estimering av statistisk sikkerhet. Konfidensintervaller er beregnet etter Katz metoden [7],[8] for ratio av to ratioer basert på relativ risiko.

[1] Hansen TM, Skyrud KD, Gjefsen HM. [«Kvalitetsmåling av helsetjenester - Vurdering av utvalgte registerbaserte kvalitetsindikatorer for psykiske helsetjenester»](#). Rapport 2023. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2023

[2] Helse Vest, Helse Midt-Norge, Helse Sør-Øst og Helse Nord 2022 - «NASJONALE KVALITETSINDIKATORAR - Innspel frå dei regionale helseføretaka til Helsedirektoratet» – Innspillsnotat fra interregional arbeidsgruppe

[3] Tesli M, Johansen R, Hauge LH, Reneflot A. «Vurdering av tapte leveår som nasjonal kvalitetsindikator i psykisk helsevern»-Ikke publisert- Rapport 2025. Oslo. Folkehelseinstituttet, 2025

[4] Yogini V. Chudasama, Kamlesh Khunti, Clare L. Gillies, Nafeesa N. Dhalwani, Melanie J. Davies, Thomas Yates, Francesco Zaccardi (2022). Estimates of years of life lost depended on the method used: tutorial and comparative investigation, *Journal of Clinical Epidemiology*, Volume 150, 2022, <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2022.06.012>.

[5] Edward L. Frome, Harvey Checkoway, Use of poisson regression models in estimating incidence rates and ratios, *American Journal of Epidemiology*, Volume 121, Issue 2, February 1985, Pages 309–323, <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a114001>

[6] Dobson, A. J., & Barnett, A. G. (2018). *An Introduction to Generalized Linear Models* (4th ed.). CRC Press.

[7] Katz D, Baptista J, Azen SP, Pike MC (1978). Obtaining confidence intervals for the risk ratio in cohort studies. *Biometrics* 34: 469–474.

[8] Aho, K. and Bowyer, R.T. (2015), Confidence intervals for ratios of proportions: implications for selection ratios. *Methods Ecol Evol*, 6: 121-132. <https://doi.org/10.1111/2041-210X.12304>

Overdødelighet hos personer med alvorlige psykiske lidelser

Bakgrunn og formål med indikatoren

Pasienter med alvorlige psykiske lidelser har en forhøyet risiko for tidlig død [1]–[2], det er derfor behov for å tilgjengeliggjøre oppfølging fra helsetjenestene bedre for å redusere dødeligheten for denne sårbare gruppen.

Personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer lever i gjennomsnitt minst 15 år kortere enn resten av befolkningen [3]–[4]. Overdødeligheten skyldes ytre årsaker som selvmord, ulykker og overdoser, men i stor grad også somatiske sykdommer som kunne vært forebygget og behandlet. Noe av forskjellene henger sammen med genetisk sårbarhet, usunne levevaner, psykososialt stress og ensomhet. Også bivirkninger av medisiner og kognitive vansker kan bidra til dårligere helse. Manglende diagnostisering og forsinket eller utilstrekkelig behandling av somatiske lidelser forverrer situasjonen ytterligere.

Det kan være utfordrende å behandle alvorlige psykiske lidelser, både i psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og i somatiske behandlingstilbud. Forløp er gjerne kompliserte og med høyere kostnader (hyppigere kontakter). Ettersom denne pasientgruppen er sårbar for høyere dødelighet har denne indikatoren som formål å følge med på utvikling, trender, samt geografisk variasjon.

Resultatmål 7 i [Opptrappingsplanen \(regjeringen.no, PDF\)](#) for psykisk helse 2023–2033 beskriver det som mål at: «Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblem har økt levealder, og forskjellen i levealder mellom denne pasientgruppen og den øvrige befolkningen er redusert». Vi har skilt ut gruppen med alvorlige psykiske lidelser som en egen gruppe for å kunne følge med på målrettede tiltak, blant annet tiltak fra [«Handlingsplan \(regjeringen.no, PDF\)»](#) for å heve leve alder hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer».

OECD rapporterer på overdødelighet i ulike land for populasjonene for schizofreni og bipolar lidelse. Ved etablering av en indikator for overdødelighet hos personer med alvorlige psykiske lidelser er det ønskelig at indikatoren inkluderer OECD sine indikatorer som supplerende mål. Dette ble foreslått og støttet av referansegruppen.

Lenke til indikatorens nettside: [Overdødelighet hos personer med alvorlige psykiske lidelser](#)

Indikatorspesifikk metodebeskrivelse

Populasjonsgrunnlag: «Alvorlige psykiske lidelser»

Hva som skal betegnes som en «alvorlig psykisk lidelse» er gjenstand for faglig drøfting. Det er bred enighet om at diagnosene schizofreni og bipolar lidelse skal inn i denne grupperingen. Avgrensningen av øvrige lidelser, tilstander og kliniske forløp som skal klassifiseres som alvorlige, har imidlertid vært diskutert gjennom flere runder med fagmiljøene og referansegruppen.

I arbeidet har det vært et mål å unngå å ekskludere sårbare pasientgrupper med behov for oppfølging, samtidig som definisjonen ikke bør være så bred at målgruppen blir for heterogen og indikatorens sensitivitet reduseres. Det er derfor lagt vekt på å etablere en operasjonalisering som både ivaretar klinisk relevans og analytisk presisjon.

Fagmiljøene foreslo å inkludere døgninnleggelse innen psykisk helsevern (PHV) eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) som et tilleggskriterium, for å identifisere pasienter med høy alvorlighetsgrad som ikke har diagnosene schizofreni eller bipolar lidelse. Forslaget ble diskutert med relevante fagavdelinger og referansegruppen. Det ble blant annet fremhevet at bestemte diagnosegrupper som depresjon, angst, personlighetsforstyrrelser og spiseforstyrrelser bør inkluderes i målgruppen. Samtidig forekommer disse diagnosene også ved mildere symptombelastning, og en avgrensning basert utelukkende på diagnose vil kunne gi en for heterogen populasjon til å fange opp utviklingstrekk i dødelighet. Kombinasjonen av aktuell diagnose og minst én døgninnleggelse ble derfor vurdert som en mer treffsikker avgrensning av særlig sårbare pasientgrupper.

Innspill fra fagmiljø og referansegruppe medførte senere en justering av kriteriet, etter det ble argumentert for at antallet innleggelser burde overskride én, eller én dag ettersom mange milde tilfeller også kan ha enkeltstående døgnbehandling.

For å vurdere sammenhengen mellom alvorlighetsgrad og dødelighet er samlet antall døgn i døgnbehandling de siste fem årene kvantifisert. Figur 4 viser andelen døde personer fordelt etter økende varighet av innleggelsesopphold. Figuren indikerer at personer med svært korte opphold har en noe lavere andel døde sammenlignet med personer med lengre innleggelsesvarighet, og at andelen døde øker gradvis fra fem dager til 20 dager samlet innleggelsestid. Ettersom antallet personer i de ulike gruppene synker jo større gruppene er, vil også dødeligheten falle over et visst punkt.

Til denne indikatoren og i samråd med referansegruppen er innleggelsesopphold over syv døgn valgt som avgrensningskriterium for å kunne skille mellom kortvarige opphold og behandlingsforløp som kan indikere høyere alvorlighetsgrad. Mer enn to innleggelser er også brukt som terskel for avgrensningen i «alvorlige psykiske lidelser». Denne avgrensningen gjelder for pasientgruppene med diagnosene: depresjon, angst, personlighetsforstyrrelse og spiseforstyrrelser.

Inkluderte diagnosekoder

- Schizofreni / psykose-lidelser: ICD-10: F20-26, ICPC-2: P72 (I både KUHR, KPR og NPR)
- Bipolar lidelse: ICD-10: F30-31, F35. ICPC-2: P72-73 (I både KUHR, KPR og NPR)
- Angst: ICD-10: F40-45, F93-94 - med innleggelse en varighet på mer enn syv dager, eller to innleggelser de siste fem årene (NPR)
- Depresjon: ICD-10: F32-34 - med innleggelse en varighet på mer enn syv dager, eller to innleggelser de siste fem årene (NPR)
- Personlighetsforstyrrelse: ICD-10: F60-F69 – med innleggelse en varighet på mer enn syv dager, eller to innleggelser de siste fem årene (NPR)
- Spiseforstyrrelse: ICD-10: F50 – med innleggelse en varighet på mer enn syv dager, eller to innleggelser de siste fem årene. (NPR)

Ytterligere er det trukket frem fra referansegruppen at indikatoren bør inkludere diagnosespesifikke indikatorer for bipolar og schizofreni som benytter seg av akkurat samme avgrensning som for OECD indikatorene. For de supplerende måltallene som baserer seg på OECD definisjonen er følgende diagnosekoder brukt for kunne sammenligne med OECD rapporteringen for Norge:

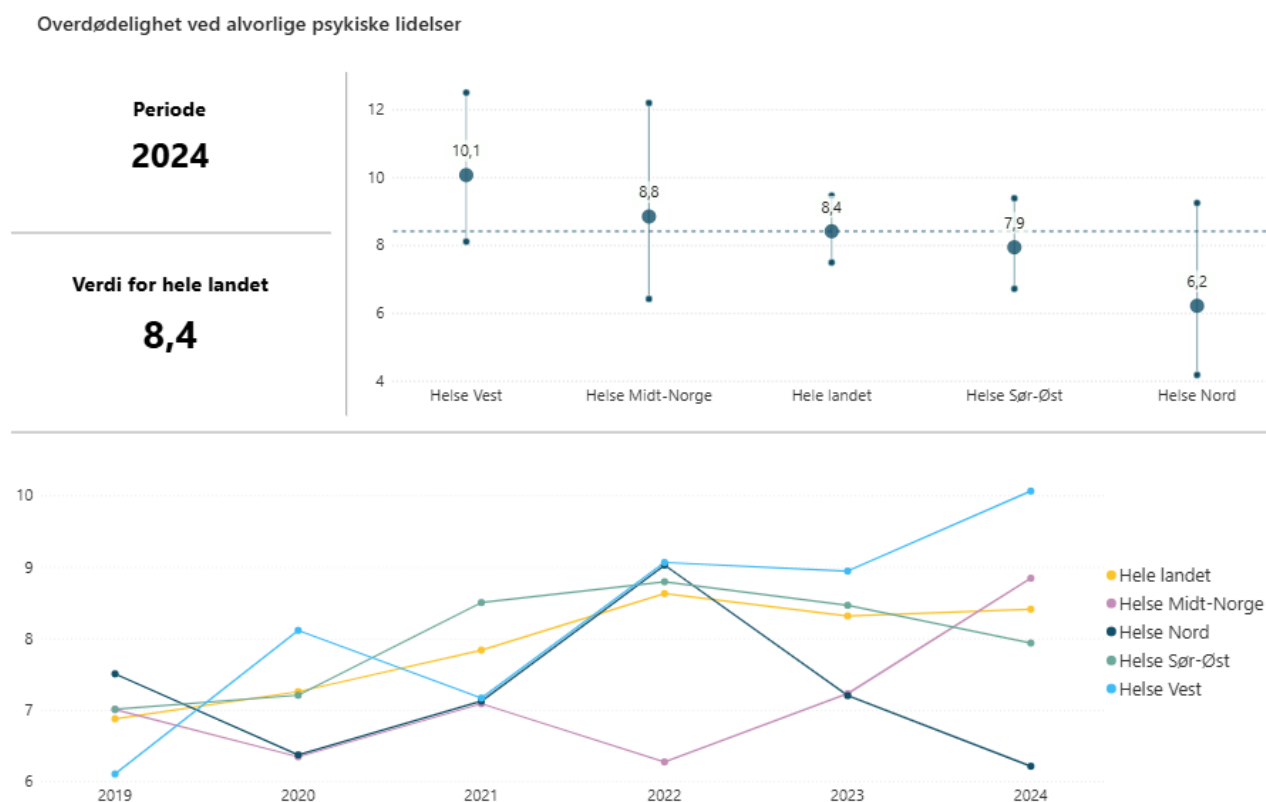
- Schizofreni - ICD-10: F20-21, F23.1-2, F25.0-2, 25.8-9 (Kun NPR).
- Bipolar lidelse- ICD-10: F31 (Kun NPR).

Resultater fra den nasjonale kvalitetsindikatoren – geografisk variasjon

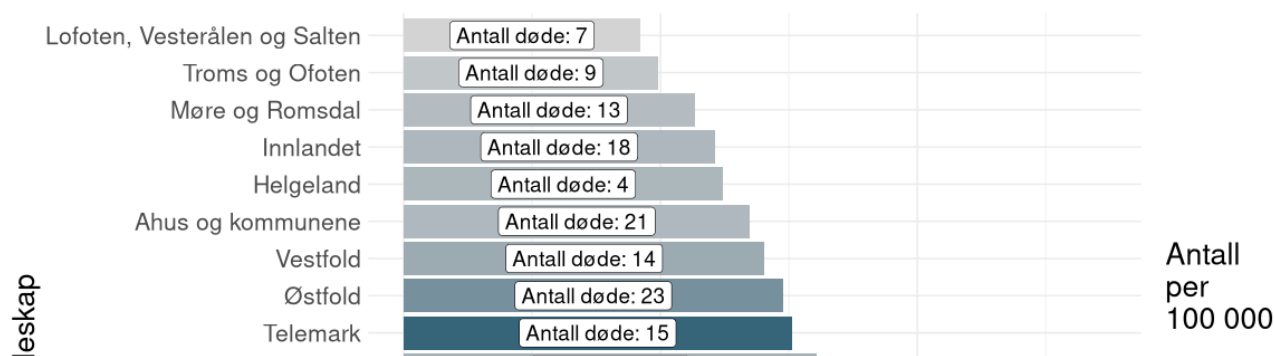
Indikatoren har følgende struktur:

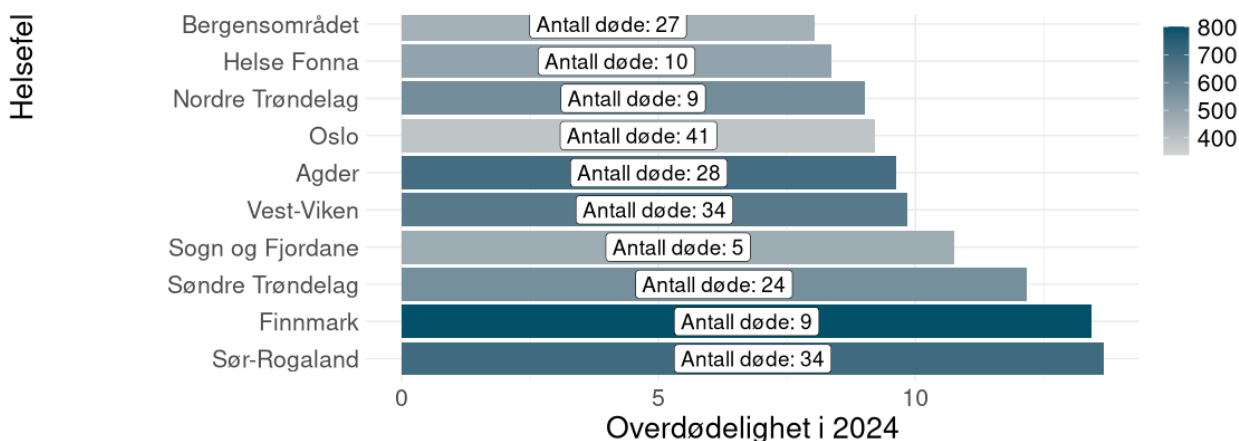
- Hovedmåltall (selve indikatoren): «Overdødelighet for personer med alvorlig psykisk lidelse»
- Måltall 2: «Rate døde per 100 000 personer med alvorlig psykisk lidelse»
- Måltall 3: «Antall døde med alvorlig psykisk lidelse»
- Måltall 4: «Overdødelighet for personer med schizofreni (OECD)»
- Måltall 5: «Overdødelighet for personer med bipolar lidelse (OECD)»

Figur 5 og 6 viser hvordan indikatoren fordeler seg geografisk over regionale helseforetak og helsefelleskap. Overdødeligheten er høy for denne pasientgruppen sammenlignet med den generelle befolkningen, med overdødelighet på landsbasis på 8,4, og stigende siden 2019 for flere RHF. Det betyr at pasienter i denne gruppen har en 8,4 ganger høyere dødelighet enn befolkningen for øvrig. Konfidensintervallene er bredere i regioner med mindre befolkningsgrunnlag og lavere antall dødsfall. Konfidensintervaller uttrykker usikkerheten i estimatet og angir et intervall hvor den sanne verdien med høy sannsynlighet antas å ligge.



Figur 5: Overdødelighet blant de regionale helseforetakene og på landsbasis. Øverste panel gjelder for 2024, med Katz Log konfidensintervaller, og nederste panel er utvikling over tid. Figuren er slik indikatorresultatene er presentert på nettsidene for helsedirektoratet - [Overdødelighet hos personer med alvorlige psykiske lidelser](#).





Figur 6: Overdødelighet i Helsefelleskapene i året 2024 i gruppen som har vært registrert med alvorlig psykisk lidelse de siste 5 årene. Antall døde er inkludert i hvit bok og antall døde per 100 000 i utvalget er fargekodet. Helsefelleskap med antall døde under fem er ekskludert.

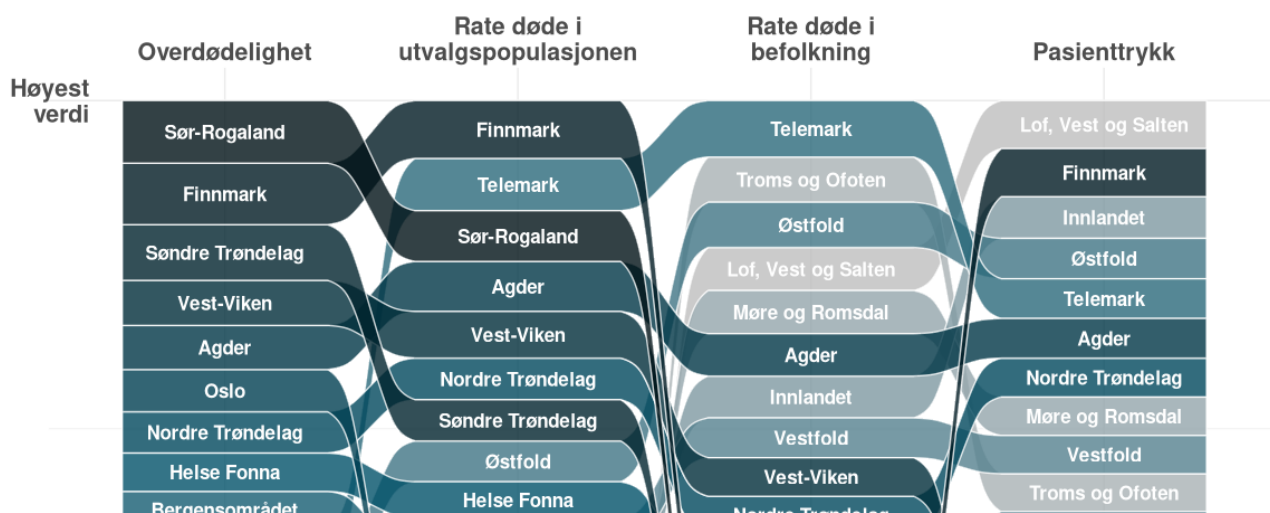
Figur 6 viser betydelig spredning i overdødeligheten blant Helsefelleskapene i 2024, med nivåer fra i 4,6 i Lofoten, Vesterålen og Salten til 13,7 i Sør-Rogaland. Og for helseregionene samlet ligger Helse Vest høyest med 10,1 og Helse Nord nede i 6,2.

En begrensning ved overdødelighetsmålet er at områder med høy dødelighet i den generelle befolkningen, eksempelvis helsefelleskapet Lofoten, Vesterålen og Salten, vil kunne fremstå med lavere overdødelighet for gruppen med alvorlige psykiske lidelser fordi man sammenligner med den generelle befolkningen i det samme geografiske området.

Tilsvarende kan områder med en yngre befolkning, slik som Oslo, fremstå med høyere overdødelighet, ettersom færre dør i den øvrige befolkning i Oslo relativt til personer med alvorlige psykiske lidelser.

For å vurdere i hvilken grad områdene skiller seg fra hverandre når det gjelder forekomsten av personer med alvorlige psykiske lidelser er det hensiktsmessig å supplere analysen med et delmål (i NKI-sammenheng omtalt som Måltall 2) som kan bidra til å understøtte tolkningen av datagrunnlaget. Rater døde per 100 000 i utvalgspopulasjon er et mål som vil kunne gi en pekepinn på hvordan regionene har ulik forekomst av alvorlige psykiske lidelser.

Figur 7 viser med farge hvordan dette forekommer med målet Rate per 100 000 i utvalgspopulasjonen. Her kan man eksempelvis se at Oslo har svært lav rate døde relativt til populasjonsstørrelsen med alvorlig psykisk lidelse.





Figur 7: Rangering og spredning av helsefelleskapene på tvers av ulike målemetoder. Hver kolonne representerer én målemetode, hvor helsefelleskapene er rangert fra høyest til lavest verdi innen den enkelte kolonnen. Flytene mellom kolonnene viser hvordan plasseringen til hvert helsefelleskap endrer seg mellom målemetodene. Tykkelsen på båndet innen hver kolonne viser spredning av dataene - en normalisering av det prosentvise bidrag fra hvert helsefelleskap til det respektive målet. Siste kolonne «pasienttrykk» viser rate av personer med alvorlige psykiske lidelser versus befolkningsstørrelse. Figur 7 sammenligner ulike målemetoder og viser hvordan de ulike målemetodene illustrerer ulike deler av problemstillingen, og i flere tilfeller må brukes i kombinasjon for å tolke overdødelighetstall.

Hvis man bruker Helsefelleskapet Sør-Rogaland som eksempel på hvordan å tolke denne figuren, så kan man observere at de ligger høyest i overdødelighet av alle helsefelleskapene, men også ligger høyt for måltall 2 – rate døde i utvalgspopulasjonen. Dette betyr at relativt til antall personer definert under «alvorlig psykisk lidelse»-grupperingen, så er det fortsatt høyere dødsfall enn for de fleste av de andre helsefelleskapene.

Hvis man så ser på neste målemetode – rate døde i befolkning – så kan man se at Sør-Rogaland ligger relativt lavt i sammenligning med de andre helsefelleskapene. Det vil si at det er lavere dødelighet i den generelle befolkningen i Sør-Rogaland sammenlignet med andre områder i Norge.

Ser man på neste kolonne med pasienttrykk, fremgår det at Sør-Rogaland er blant de helsefelleskapene med lavere andel av befolkningen som tilfredsstiller kriteriene til alvorlig psykisk lidelse etter våre definisjoner, når man justerer for befolkningsstørrelse relativt til de andre helsefelleskapene. Analyser av hvorfor dette forekommer er utenfor rammene til dette arbeidet.

I tolkningsøyemed er det verdt å repetere at indikatoren er avgrenset til pasienter mellom 15–50 år, at pasienter med bestemte «mildere» diagnoser må ha hatt minst to innleggelser de siste fem årene, eller én innleggelse med en varighet på minst 7 dager for å bli inkludert i utvalget.

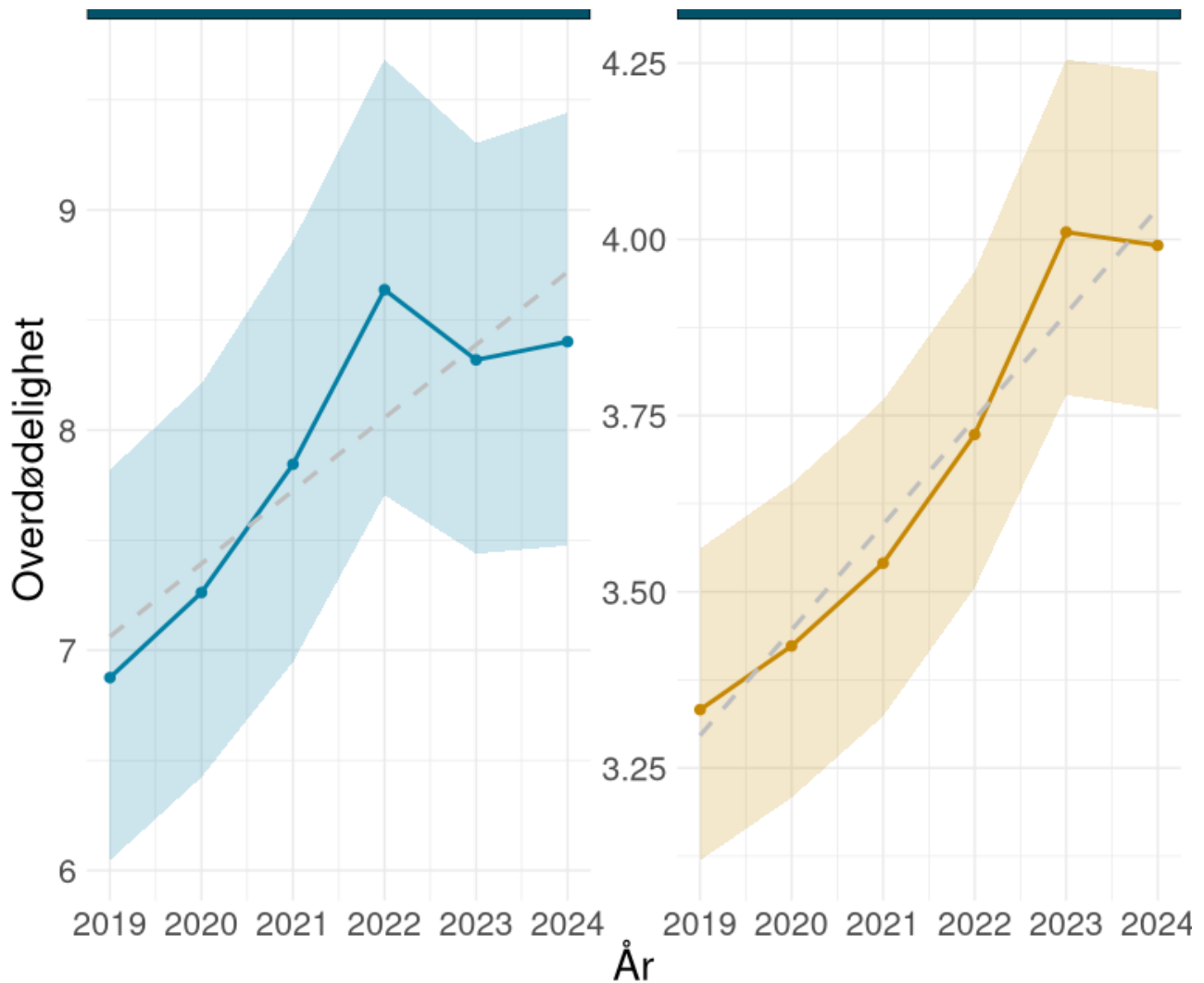
Resultatene for de øvrige måltallene kan finnes på indikatorens nettside: [Overdødelighet hos personer med alvorlige psykiske lidelser](#)

Ulike aldersspenn og utvikling over tid

Ved beregning av overdødelighet sammenlignes dødelighet i to ulike populasjoner. Hvilke aldersgrupper som inkluderes har dermed stor betydning for resultatet. Inkluderes for eksempel grupper som også har høyere dødelighet i den generelle befolkningen, for eksempel eldre, vil overdødelighet i den utvalgte pasientpopulasjonen naturligvis reduseres. Dersom man øker aldersspennet fra 15–50 år til 15–75 år reduseres overdødeligheten blant de med alvorlige psykiske lidelser kraftig – figur 8. Dette forekommer ettersom flere mellom 50–75 år dør i den øvrige befolkning generelt, slik at overdødeligheten til denne isolerte gruppen med «alvorlige psykiske lidelser» fremstår mindre markert.

15-50år

15-75år



Figur 8: Utvikling i overdødelighet over tid. Punkter viser årlig observert overdødelighet med 95 % konfidensintervall beregnet med Katz Log. Stiplet linje er trendlinje basert på lineær regresjonsmodell for overdødelighet.

Til tross for en lavere overdødelighet ved inklusjon av et bredere aldersspenn så er trenden fortsatt tydelig stigende mellom 2019 og 2024. Der de mellom 15–50 år har en 7 til 8,5 ganger høyere dødelighet enn den øvrige befolkning, har de mellom 15–75 år en 3,25 til 4 ganger høyere dødelighet enn den generelle befolkning. Det betyr at selv om den generelle befolkning også dør mer hyppig mellom 50–75 år så er det fortsatt en økt dødelighet i denne pasientgruppen. Og av tabellen kan man se dette gjelder så mange som 934 til 1161 døde – altså 228 flere døde. Mens for den generelle befolkning var antallene 11 872 til 11791 døde. Til sammenligning er antallene døde som har vært i behandling for somatiske sykdommer 6512 til 6459 fra 2019 til 2024 for de mellom 15–50 år.

Tabell 1: Overdødelighet for aldersgruppe 15–50 år og 15–75 år

År	Alder	Antall pasienter	Antall døde pasienter	Antall levende befolkning	Antall døde befolkr
2019	15-50	63074	273	2401943	1512
2020	15-50	65143	304	2408994	1548
2021	15-50	67333	316	2403782	1438
2022	15-50	67674	364	2407213	1499
2023	15-50	67621	376	2434170	1627

2024	15-50	67177	345	2462083	1505
2019	15-75	93421	934	3957526	11872
2020	15-75	96778	978	3982903	11758
2021	15-75	100267	1035	3990797	11635
2022	15-75	101121	1149	4009347	12236
2023	15-75	101469	1190	4055431	11860
2024	15-75	101324	1162	4103650	11791

For å beregne hvorvidt endring i overdødelighet over tid var statistisk signifikant ble det benyttet Poisson – regresjonsmodeller (se [metodekapittel](#))

Signifikanstesten viser følgende:

5-årig tilbakeblikksperiode 2019-2024

15–50 år: Modellen indikerer en signifikant økning i dødelighet over perioden mellom 2019 og 2024 for en 5 årig tilbakeblikksperiode med en årlig endring på 4,3 %, $p < 0,0001$ ***.

15–75 år: Modellen indikerer en signifikant økning i dødelighet over perioden mellom 2019 og 2024 for en 5 årig tilbakeblikksperiode, med en årlig endring på 3,6 %, $p < 0.001$ **.

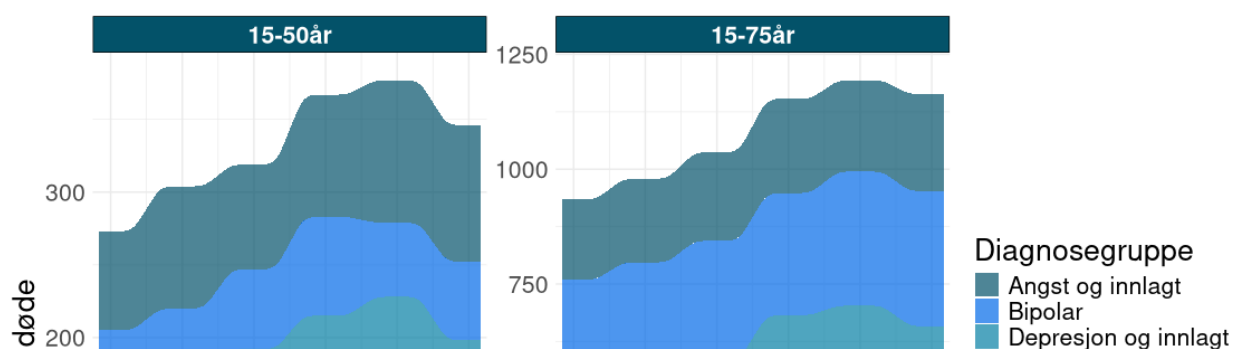
Sensitivitetsanalyser ble gjennomført der vi benyttet en kortere tilbakeblikksperiode for identifisering av personer med alvorlige psykiske lidelser. Dette muliggjorde analyse av en lengre utvikling over tid. Denne analysen bekreftet resultatene fra hovedanalysen, med en signifikant økning i overdødelighet per år mellom 2016 og 2024 for både populasjonen i aldersgruppen 15–50 år ($p < 0,05$) og 15–75 år ($p < 0,005$).

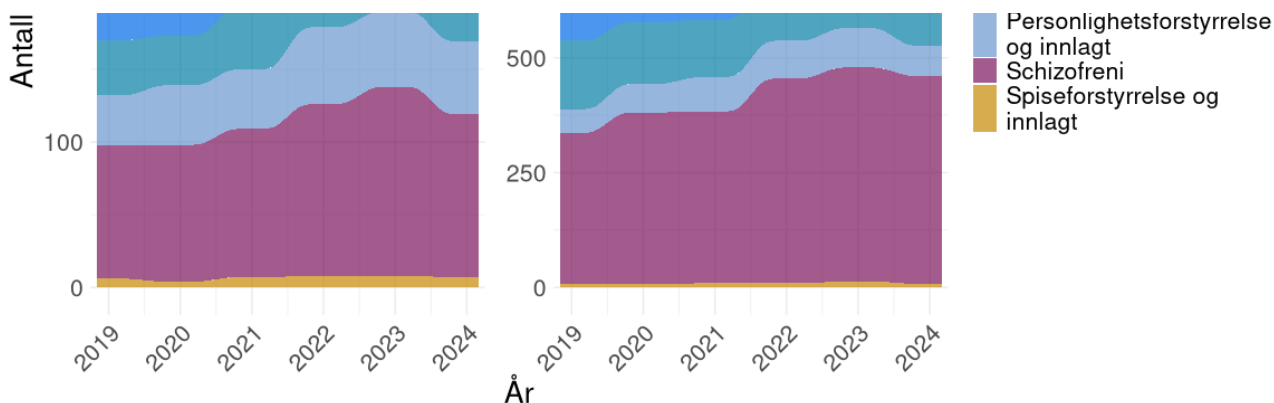
En potensiell årsak til økningen kunne vært endringer i populasjonen man tar utgangspunkt i, til tross for at poisson statistikken tar hensyn til slike endringer kan man se av tabell xx at pasientpopulasjonen ikke endres nok over tid til å forklare økningen i dødelighet.

Det kan konkluderes med at det er en økning i dødelighet for denne pasientgruppen de siste årene, fra 2019 til 2024 for den 5-årige tilbakeblikksperioden, og fra 2016 til 2024 for den 2-årige tilbakeblikksperioden.

Diagnosegrupper

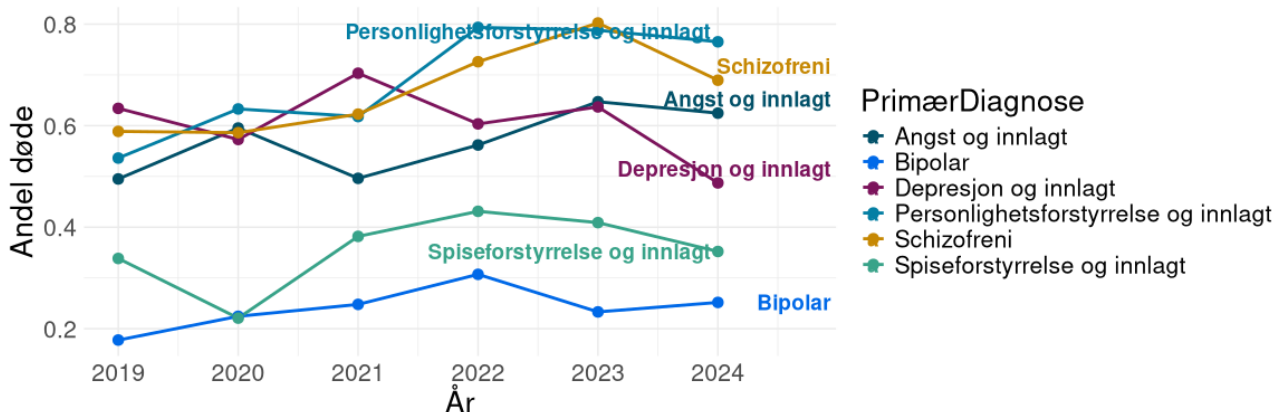
Pasienter med alvorlige psykiske lidelser kan registreres med flere ulike diagnoser i en 5 års periode. For å sikre at hver person kun telles en gang blir kategorisering til diagnosegruppe valgt etter den mest alvorlige tilstanden, med følgende rekkefølge schizofreni, bipolar lidelse, personlighetsforstyrrelse + innlagt, spiseforstyrrelse + innlagt, angst + innlagt og depresjon + innlagt.





Figur 9: Antall døde over tid (2019–2024) i de to ulike aldersgruppene fordelt etter diagnosegruppene som er inkludert i indikatoren.

Størst økning i antall døde mellom 2019 og 2024 for personer i schizofreni-pasientavgrensningen og bipolaravgrensningen både for aldersgruppen mellom 15–50 år (For årene 2019 og 2024: Schizofreni: 92 til 113 døde, Bipolar: 35 til 55 døde). Og for aldersgruppen mellom 15–75 år (For årene 2019 og 2024: Schizofreni: 326 til 449 døde, Bipolar: 222 til 294 døde).

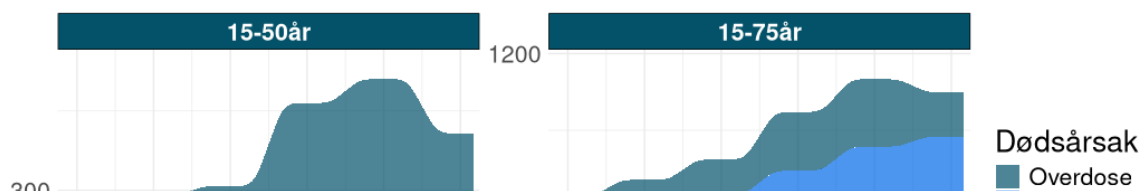


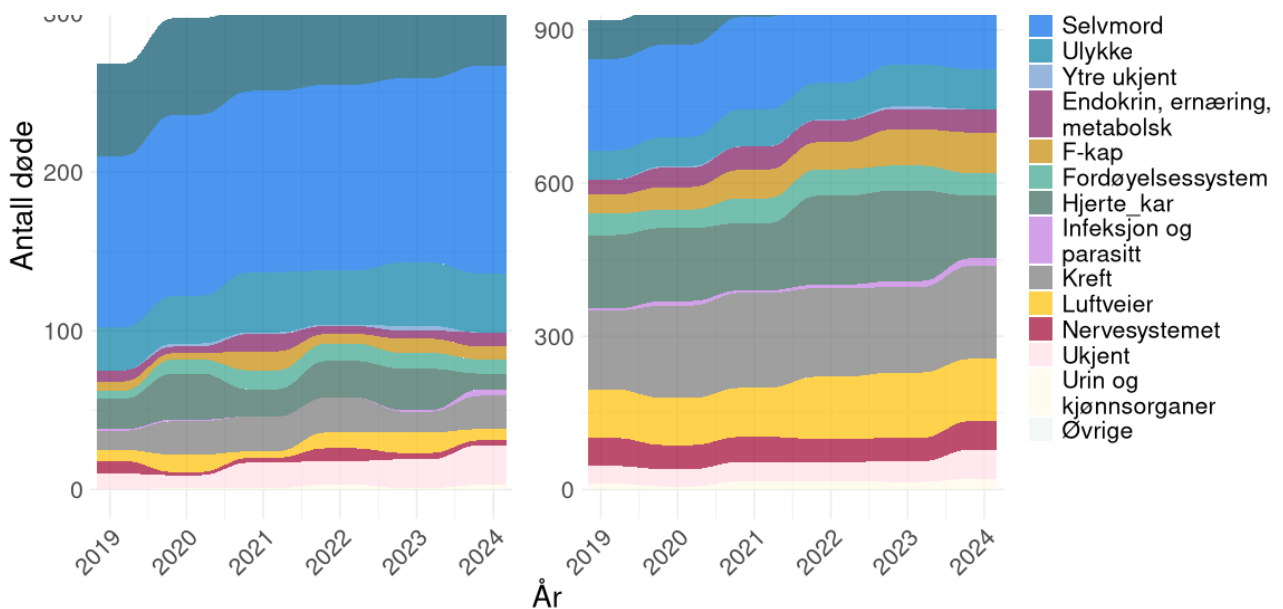
Figur 10: Andel døde basert på totalt antall personer i hver diagnosegruppe fra 2019 til 2024.

Figur 10 viser utvikling i andel døde per diagnosegruppe, og viser variasjon i både andel døde og utvikling over tid per diagnosegruppe. Inkluderte personer med personlighetsforstyrrelse, depresjon, angstdiagnose, samt schizofreni er de med høyest andel døde i perioden. Andel døde blant de med personlighetsforstyrrelse, angst eller schizofreni ser også ut til å ha en økning på henholdsvis 0,23 - 0,12 og 0,11 prosentpoeng (pp) mellom 2019 til 2024. (Bipolargruppen øker med 0,07pp, Depresjonsgruppen reduseres med -1,47pp, Spiseforstyrrelsesgruppen øker med 0,02pp). Videre detaljer er utenfor rammene til dette prosjektet.

Dødsårsaker

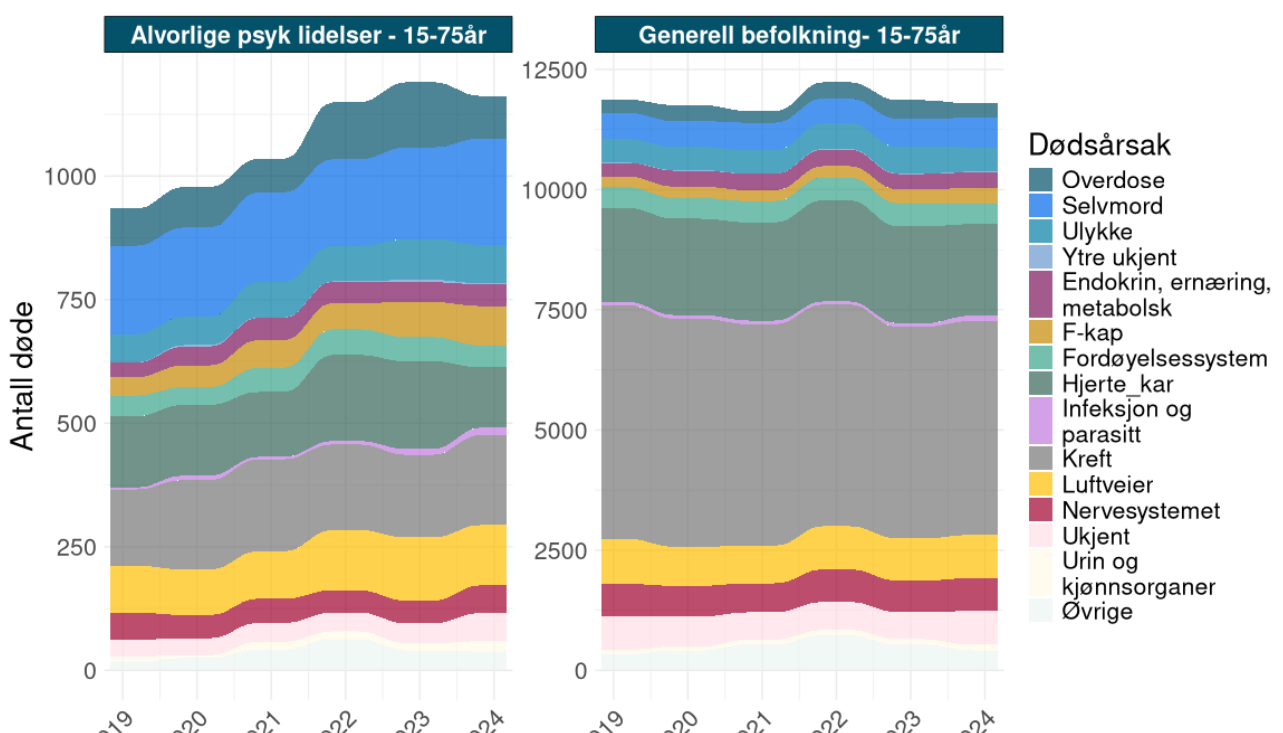
Det er naturlig å undersøke hva slags dødsårsaker som forekommer for denne pasientgruppen, og hva økningen primært består av. Figur 11 nedenfor viser hvordan ulike dødsårsaker fordeler seg mellom de ulike aldersgruppene.





Figur 11: Antall døde mellom 2019 og 2024 av de ulike dødsårsaksgruppene i aldersspennene. Gjelder som tidligere pasienter registrert med en «alvorlig psykisk lidelse» de siste 5 årene før dødsåret. Man finner som forventet ulike dødsårsaksprofiler avhengig av hva slags aldersavgrensning som settes. Blant de mellom 15–50 år kan det observeres størst økning i overdoser og selvmord i de siste årene. For årene 2019 og 2024 gikk antallene selvmord fra 108 til 131 døde – som utgjør 0,17 til 0,2% av pasientpopulasjonen, og for overdosedødsfall var antallene 58 til 69 døde, som utgjør 0,09 til 0,1%, men for 2022 og 2023 lå antallene på 100 og 111 overdosedødsfall – 0,15% og 0,16% av pasientpopulasjonen. For aldersgruppen 15–75år er det registrerte dødsårsaker i F-kapittelet (F00-F99) Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser) som øker mest, deretter selvmord og kreft. (For årene 2019 og 2024: F-kapittel: 37 til 80 døde, Selvmord: 179 til 215 døde, Kreft: 154 til 182 døde).

Når man sammenligner med fordelingen av dødsårsaker for den generelle befolkning (figur 12) er det tydelig at overdoser og selvmord forekommer mer i pasientgruppene for alvorlige psykiske lidelser enn for den øvrige befolkning. Og flere andre ulikheter i fordeling med ukjente årsaker.





Figur 12: Fordeling av antall døde i de ulike dødsårsaksgrupperingene, mellom aldersgruppen på 15-75 år og den generelle befolkning i samme aldersspenn.

[1] Tesli, M. S., Handal, M., Kirkøyen, B., Torvik, F. A., Knudsen, A. K. S., Odsbu, I., Gustavson, K., Nesvåg, R., Hauge, L. J., & Reneflot, A. (2023). Psykiske plager og lidelser hos voksne - FHI (Folkehelse rapporten)

[2] Tesli M, Degerud E, Plana-Ripoll O, Gustavson K, Torvik FA, Ystrom E, Ask H, Tesli N, Høy A, Stoltenberg C, Reichborn-Kjennerud T, Nesvåg R, Naess Ø. Educational attainment and mortality in schizophrenia. Acta Psychiatr Scand. 2022

[3] Heiberg, I. H., Jacobsen, B. K., Nesvåg, R., Bramness, J. G., Reichborn-Kjennerud, T., Næss, Ø., ... & Høy, A. (2018). Total and cause-specific standardized mortality ratios in patients with schizophrenia and/or substance use disorder. PLoS One, 13(8), e0202028.

[4] Hjorthøj, C., Stürup, A. E., McGrath, J. J., & Nordentoft, M. (2017). Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Psychiatry, 4(4), 295-301.

Overdødelighet hos personer i Tverrfaglig Spesialisert Rusbehandling (TSB)

Bakgrunn og formål med indikatoren

Det er kjent at personer med alvorlig rusmiddelproblematikk har høyere dødelighet enn den øvrige befolkning. Formålet med denne indikatoren er å følge med på overdødelighet i denne populasjonen og vurdere geografisk variasjon og trender.

Personer med rusmiddelproblemer lever i gjennomsnitt 15–20 år kortere enn resten av befolkningen, hovedsakelig på grunn av sykdommer, overdoser og ulykker [\[1\],\[2\],\[3\]](#), det er derfor behov for å tilgjengeliggjøre helsetjenestene bedre for å redusere dødeligheten for denne sårbare gruppen.

I stortingsmeldingen [Meld. St. 5 \(2024–2025\) Trygghet, fellesskap og verdighet \(regjeringen.no\)](#) er et av resultatmålene at forskjellen i levealder mellom personer med alvorlige rusmiddelproblemer og den generelle befolkningen er redusert, samt et resultatmål om redusert antall overdosedødsfall. Overdødeligheten blant mennesker med rusmiddelproblemer og kunnskapen om levekårsutfordringene for gruppen som helhet, tilsier at denne pasientgruppen av ulike grunner ikke får tilsvarende tilgang til de samme tjenestene eller til tjenester av samme kvalitet som andre grupper. I [opptrappingsplan for psykisk helse \(regjeringen.no, PDF\)](#) som ble lansert 9 juni 2023, er det også satt som mål at mennesker med rusmiddelproblemer har økt levealder, og at forskjellen i levealder mellom denne pasientgruppen og den øvrige befolkningen er redusert.

Rusmiddelproblematikk og høyere dødelighet henger tett sammen med levekår, sosial marginalisering og belastninger i oppveksten. Rusmidler påvirker kroppen på ulike måter, men både selve stoffene og inntaksmåten kan føre til alvorlige somatiske sykdommer som hjerte- og lungelidelser, infeksjoner, hepatitt og leverskader [\[4\],\[5\]](#). Alkohol gir de mest omfattende organskadene.

Mange med rusmiddelproblemer får ikke tilstrekkelig behandling for somatiske sykdommer, blant annet på grunn av stigma, ikke godt nok tilrettelagte tjenester og utfordringer med egenomsorg. Underbehandling fører ofte til unødvendig lidelse og forverret helse. For å bedre situasjonen må behandling av rusmiddellidelser og somatisk helse sees i sammenheng. Det er behov for helhetlige og tilgjengelige helsetjenester som ivaretar både somatisk, psykisk og sosial helse. Et styrket samarbeid mellom ulike deler av helse- og velferdstjenestene er avgjørende for å sikre kontinuitet i oppfølgingen.

[Opptrappingsplanen for psykisk helse \(regjeringen.no\)](#): Resultatmål 7: «Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblem har økt levealder, og forskjellen i levealder mellom denne pasientgruppen og den øvrige befolkningen er redusert». Det er etablert en [handlingsplan mot overdoser](#), samt [handlingsplan for å heve levealder hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer \(regjeringen.no, PDF\)](#). Handlingsplanen skisserer forslag til konkrete tiltak rettet mot denne pasientgruppen.

Indikatorspesifikk metodebeskrivelse

Populasjonsgrunnlag: «personer i Tverrfaglig Spesialisert Rusbehandling»

For denne indikatoren er målgruppen pasientgruppen med rusmiddelproblem som oppsøker eller mottar hjelp. De som behandles i tverrfaglig spesialisert rusbehandling vil enklest kunne brukes til å identifisere denne

populasjonen ettersom det er ulik praksis rundt diagnosene for rusmiddelbruk. Resultatene er avgrenset til pasienter henvist til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og som har minst én aktivitet der, det vil si at de med avvist henvisning, eller som ikke har møtt til avtale ikke inkluderes.

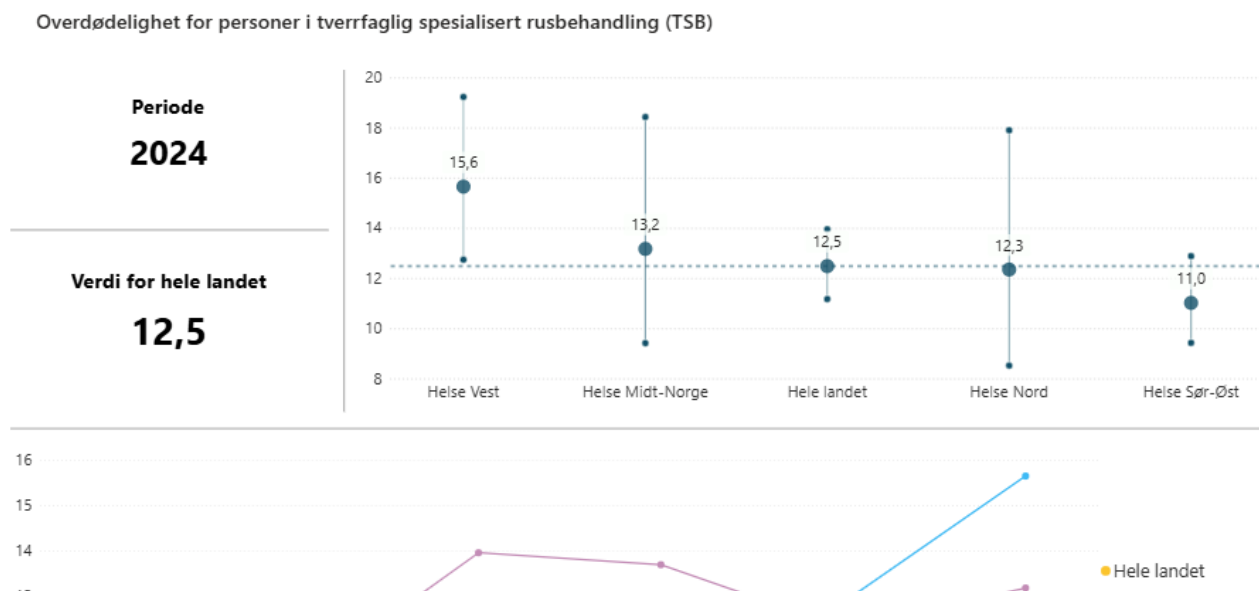
For å vurdere hvorvidt antall kontakter burde økes fra én har vi kvantifisert andel døde pasienter etter antall kontakter de har hatt i TSB i figur 13. Her kan man se at andel døde etter allerede en kontakt er lignende andel døde for de øvrige kategoriene av kontakter, med unntak av kategoriene med svært høyt antall kontakter, hvor det kan være forventet med høyere dødelighet, høyere alvorlighetsgrad og færre pasienter totalt. Spredningen ligger mellom 981 antall døde for 1 kontakt (1,3%), og 35 antall døde for over 500 kontakter (2,6%). På grunn av denne stabile andelen på tvers av antall kontakter har vi valgt å beholde avgrensningen til én kontakt i TSB for denne indikatoren.

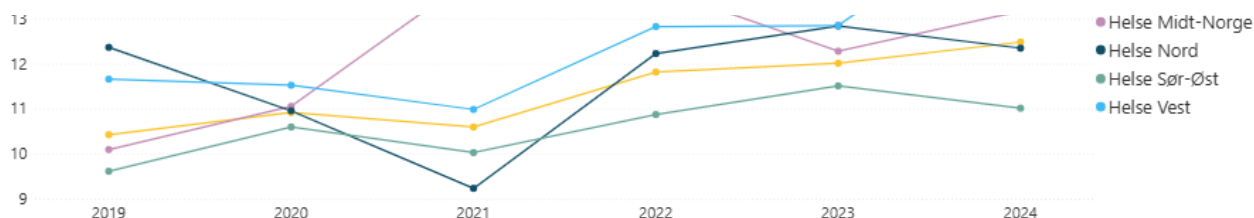
Resultater fra den nasjonale kvalitetsindikatoren – geografisk variasjon

Indikatoren har følgende struktur:

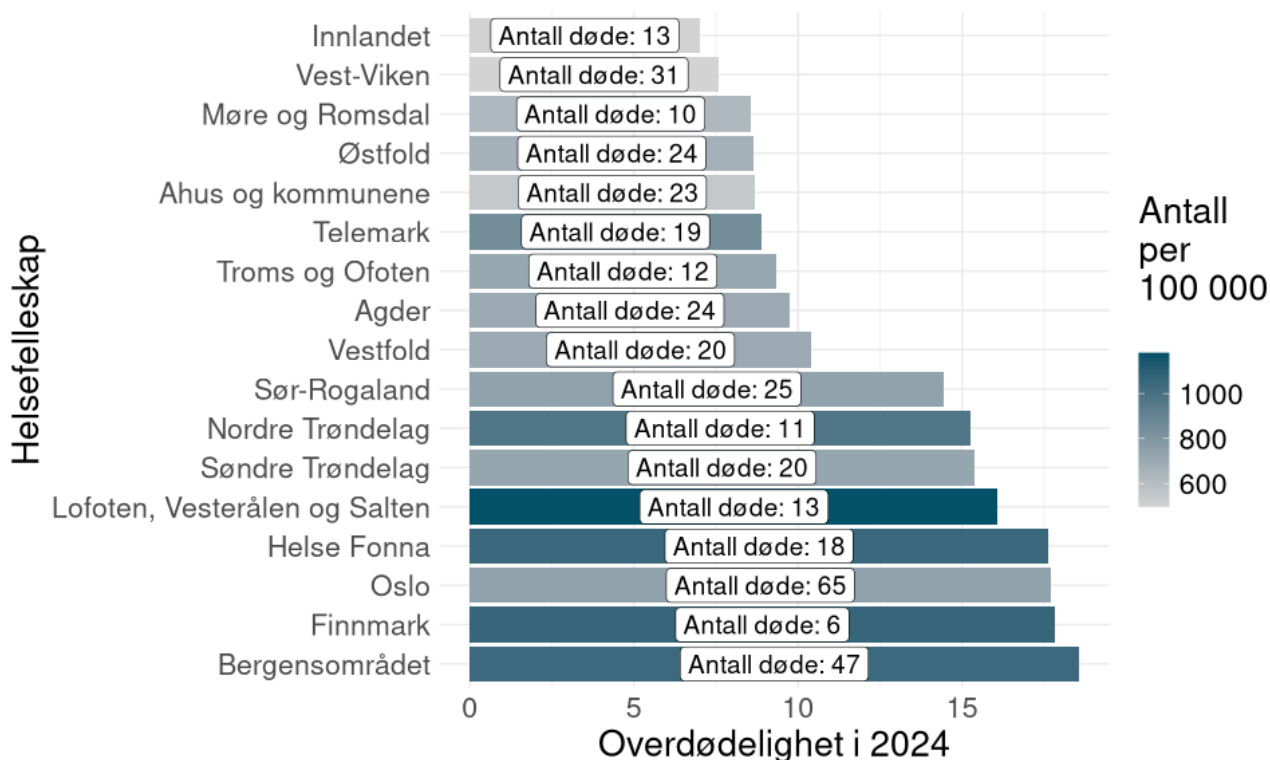
- Hovedmåltall (selve indikatoren): «Overdødelighet for personer innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling»
- Måltall 2: «Rate døde per 100 000 personer i tverrfaglig spesialisert rusbehandling»
- Måltall 3: «Overdødelighet av menn innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling»
- Måltall 4: «Overdødelighet av kvinner innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling»
- Måltall 5: «Rate døde menn per 100 000 menn i tverrfaglig spesialisert rusbehandling»
- Måltall 6: «Rate døde kvinner per 100 000 kvinner i tverrfaglig spesialisert rusbehandling»

Figur 14 og 15 viser hvordan en slik indikator for gruppen innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) fordeler seg geografisk over regionale helseforetak og helsefelleskap. Overdødeligheten er høy for denne pasientgruppen, og høyere enn for personer med alvorlig psykisk lidelse, med en overdødelighet på landsbasis på 12,5. Også for denne pasientgruppen er overdødeligheten stigende siden 2019 for flere RHF. Det betyr at pasienter i denne gruppen har en 12,5 ganger høyere dødelighet enn befolkningen for øvrig. Konfidensintervallene er bredere i regioner med mindre befolkningsgrunnlag og lavere antall dødsfall. Store konfidensintervaller for eksempelvis i Helse Midt-Norge og Helse Nord som gjenspeiler de lavere datastørrelsene. Konfidensintervaller uttrykker usikkerheten i estimatet og angir et intervall hvor den sanne verdien med høy sannsynlighet antas å ligge.





Figur 14: Statistikkvisningen slik den forekommer på nettsiden. Viser RHF og landet, samt konfidensintervaller for det siste statistikkåret. Her er det mulig å velge ulike måltall og ulike helsefelleskap.

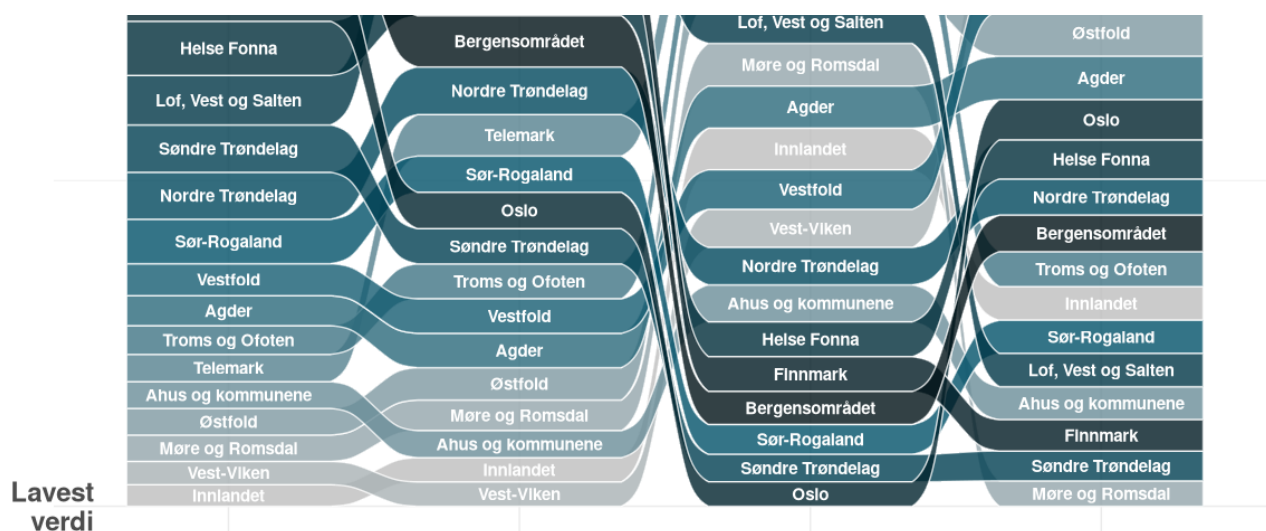


Figur 15: Overdødelighet i Helsefelleskapene i året 2024 i gruppen som har vært i TSB de siste 5 årene. Antall døde er inkludert i hvit boks og antall døde per 100 000 i utvalget er fargekodet.

Helsefelleskap med antall døde under fem er ekskludert.

Ettersom det er variasjon mellom målemetodene, er det ønskelig å sammenstille disse for å evaluere hvordan overdødelighet fordeler seg mellom Helsefelleskapene. I figur 16 kan man observere at Bergensområdet, Finnmark, Oslo og Helse Fonna skiller seg ut med høyere dødelighet for personer i TSB. Som for målet for alvorlige psykiske lidelser er det viktig å inkludere et måltall for rater per 100 000 i utvalgspopulasjonen for å vurdere om resultatene påvirkes av at det er ulike mengder pasienter mellom de ulike helsefelleskapene. Fargeintensiteten i figuren viser samme fordeling for rate per 100 000 i utvalgspopulasjonen. Og man kan observere at eksempelvis Oslo fremstår med høy overdødelighet og samtidig relativ lav rate, som indikerer at overdødeligheten kan skyldes andre faktorer deriblant sammensetning av den øvrige befolkning.





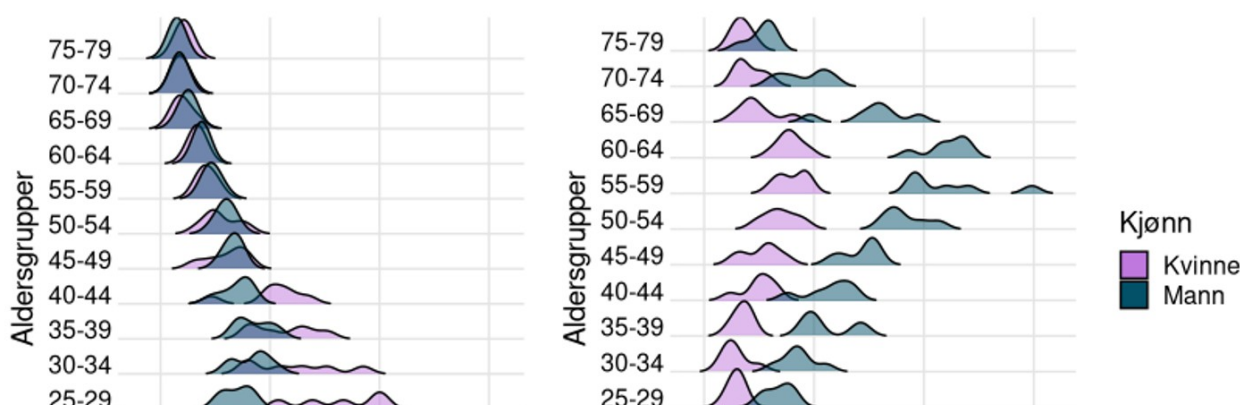
Figur 16: Ranging og spredning av helsefelleskapene på tvers av ulike målemetoder. Hver kolonne representerer én målemetode, hvor helsefelleskapene er rangert fra høyest til lavest verdi innen den enkelte kolonnen. Flytene mellom kolonnene viser hvordan plasseringen til hvert helsefelleskap endrer seg mellom målemetodene. Tykkelsen på båndet innen hver kolonne viser spredning av dataene - en normalisering av det prosentvise bidrag fra hvert helsefelleskap til det respektive målet. Siste kolonne «pasienttrykk» viser rate av personer i TSB versus befolkningsstørrelse.

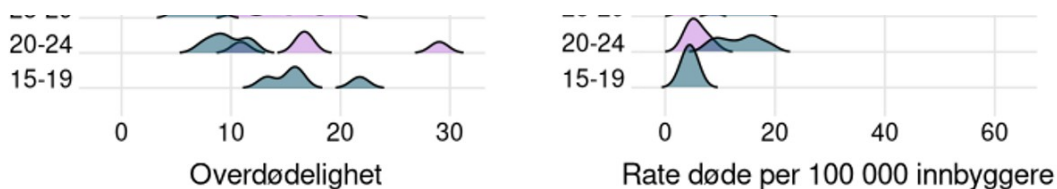
Figur 16 sammenligner flere ulike målemetoder og viser hvordan de ulike målemetodene illustrerer ulike deler av problemstillingen, og i flere tilfeller må brukes i kombinasjon for å tolke dødelighetstall.

Her kan man se at Bergensområdet, Helse Fonna og Finnmark fortsatt ligger høyest når man ser på rate av antall pasienter (kolonne 2), i tillegg til Lofoten, Vesterålen og Salten. Mens Oslo ligger mer midt i tabellen. I kolonne 3 (rate døde i befolkning) kan man se at Oslo ligger nederst med et mål som estimerer antall døde relativt til den øvrige befolkningen. Og for pasienttrykk-kolonnen (kolonne 4) ligger Oslo ca midt på. Det kan tolkes som at Oslos høye overdødelighet ikke kommer av et høyt antall døde sammenlignet med antall pasienter som er til behandling, og heller ikke at det er en høyere mengde pasienter relativt til befolkningsstørrelse, men en annen forklaring - at Oslos øvrige befolkning er ulik, trolig på grunn av en større populasjon i aldersspennet mellom 15–50 år, enn i andre helsefelleskap i landet.

For Telemark ser det ut til at 2024 var et år mer litt ekstra dødsfall i denne aldersgruppen hvis man sammenligner med størrelsen på befolkningen (kolonne 3). For å vurdere om det er et høyt pasienttrykk som skaper utfordringene viser kolonne 4 andel av befolkningen mellom 15–50 år som er i TSB. Det at det er et høyt pasienttrykk vil forklare hvorfor Telemark slår ut lavere på kolonne 2 og kolonne 1.

Kjønn og dødelighet i TSB





Figur 17: Viser kjønnsdistribusjon i aldersgrupper av målemetodene «Overdødelighet» - venstre panel, og «Rate døde per 100 000 innbyggere» på tvers av statistikkårene 2018 til 2023, for personer i TSB de siste fem årene.

For overdødelighet blant personer med minst en kontakt i TSB, varierer dette betydelig etter kjønn. Derfor er det valgt å inkludere måltall som belyser overdødelighet og dødelighet for kvinner og menn i TSB.

Figur 17 oppsummerer hvordan dette foreligger i ulike aldersgrupper. Her kan man se i venstre panel at det som fremstår som høyere overdødelighet for kvinner mellom 20–44 år enn for menn. Ved å se på måltallet for rate døde per 100 000 i høyre panel så snus denne trenden til at menn skiller seg ut med høyere rater døde i TSB populasjonen enn kvinner, spesielt i de høyere aldersgruppene. Dette skyldes at overdødelighet beregnes ved å også vektlegge antall personer i TSB generelt.

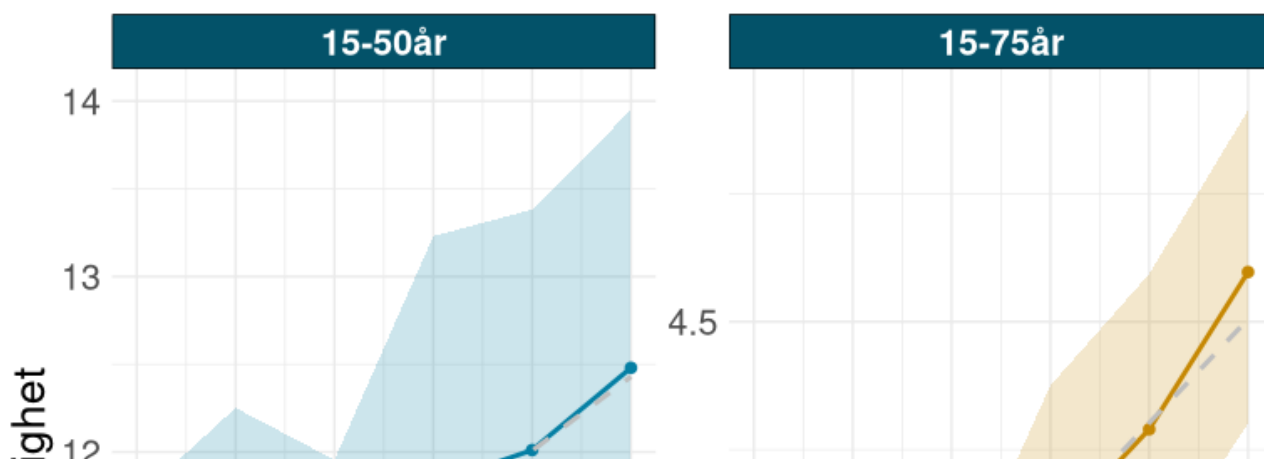
Ettersom det er et mye lavere totalt antall kvinner som går til behandling i TSB, og dødeligheten for den øvrige yngre mannlige befolkning er høyere, så vil dødeligheten fremstå høyere relativt sett for kvinnene ved å bruke overdødelighetsmålet. Poengterer på nytt viktigheten av å bruke supplerende mål. Tabell 2 viser de ulike populasjonene som inngår i beregningen for de to kjønnene og de to målene på landsbasis for 2023.

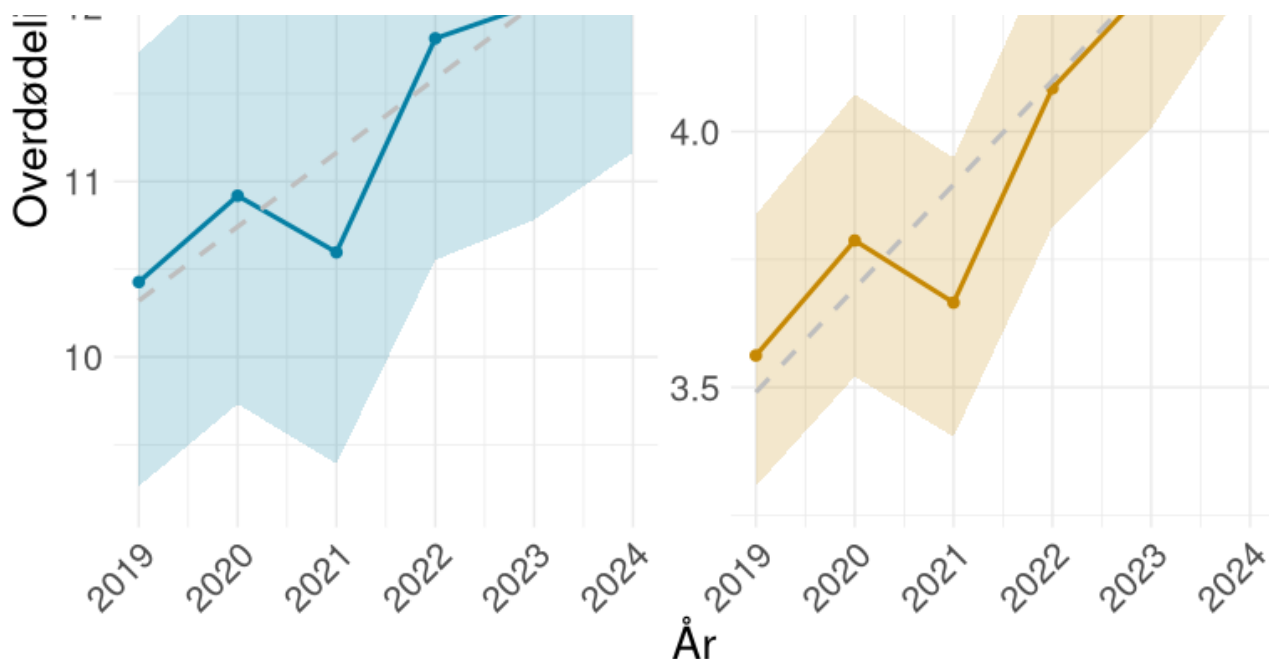
Tabell 2: Overdødelighet fordelt på kjønn

Kjønn	Antall pasienter	Antall døde pasienter	Antall døde befolkning	Rate døde per 100 000 pasienter
Kvinne	30988	255	4725	904,28
Mann	59049	604	7096	1301,54

Ulike aldersspenn og utvikling over tid

Dersom man øker aldersspennet fra 15–50 år til 15–75 år reduseres overdødeligheten kraftig – figur 18. Man kan likevel se at til tross for en lavere overdødelighet ved inklusjon av eldre aldersgrupper så er trenden fortsatt en tydelig stigende overdødelighet mellom 2019 og 2024. Der de mellom 15–50 år har en 10,4 til 12,5 ganger høyere dødelighet enn den øvrige befolkning, har de mellom 15–75 år en 3,5 til 4,5 ganger høyere dødelighet enn den generelle befolkning.





Figur 18: Utvikling i overdødelighet over tid. Punkter viser årlig observert overdødelighet med 95 % konfidensintervall beregnet med Katz Log. Stiplet linje er trendlinje basert på lineær regresjonsmodell for overdødelighet.

Det betyr at selv om den generelle befolkning også dør mer hyppig mellom 50–75 år så er det fortsatt en økt dødelighet i denne pasientgruppen. Og av tabell 3 kan man se dette gjelder så mange som 729 til 923 døde – altså 194 flere døde. Mens for den generelle befolkning gikk det fra 11 872 til 11791, en reduksjon på 81 personer. Her kan man også se at antallet pasienter som har gått til behandling eller hatt kontakt med TSB de siste fem årene fra statistikkåret, ikke har endret seg stort over årene.

Tabell 3: Overdødelighet for aldersgruppen 15-50 år

År	Alder	Antall pasienter	Antall døde pasienter	Antall levende befolkning	Antall døde befolkr
2019	15-50	50734	333	2401943	1512
2020	15-50	50454	354	2408994	1548
2021	15-50	50639	321	2403782	1438
2022	15-50	50696	373	2407213	1499
2023	15-50	50945	409	2434170	1627
2024	15-50	50861	388	2462083	1505
2019	15-75	68217	729	3957526	11872
2020	15-75	68249	763	3982903	11758
2021	15-75	68587	733	3990797	11635
2022	15-75	68993	860	4009347	12236
2023	15-75	69588	873	4055431	11860
2024	15-75	69879	923	4103650	11791

For å beregne hvorvidt endring i overdødelighet over tid var statistisk signifikant ble det benyttet Poisson – regresjonsmodeller (se [metodekapittel](#))

Signifikansetesten viser følgende:

5-årig tilbakeblikksperiode 2019–2024

15–50 år: Modellen indikerer en signifikant økning i dødelighet over perioden mellom 2019 og 2024 for en 5 årig tilbakeblikksperiode med en årlig endring på 3,8 %, $p < 0,001$ **.

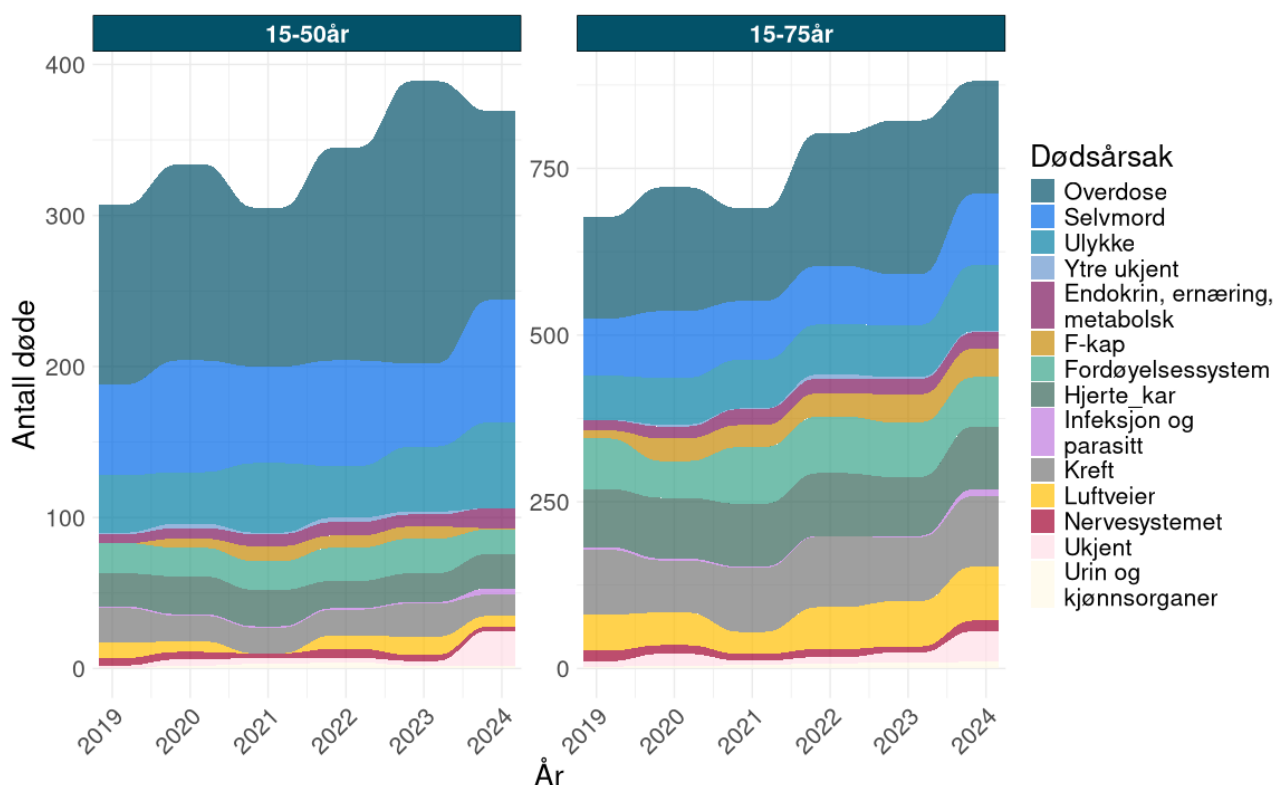
15–75 år: Modellen indikerer en signifikant økning i dødelighet over perioden mellom 2019 og 2024 for en 5 årig tilbakeblikksperiode, med en årlig endring på 4,6 %, $p < 0,0001$ ***.

Sensitivitetsanalyser ble gjennomført der vi benyttet en kortere tilbakeblikksperiode for identifisering av personer i TSB. Dette muliggjorde analyse av en lengre utvikling over tid. Denne analysen bekreftet resultatene fra hovedanalysen, med en signifikant økning i overdødelighet per år mellom 2016 og 2024 for både populasjonen i aldersgruppen 15–50 år ($p < 0,0001$) og 15–75 år ($p < 0,0001$).

For gruppen på 15–75 år kan man også se i figur 19 at konfidensintervallene beregnet for overdødelighetsmålet også ikke overlapper over tid for 2024 for alle år med unntak av 2018, slik at endringer i dødelighet i den øvrige befolkning ikke påvirker den overordnede konklusjonen om en økning i denne pasientgruppen.

En potensiell årsak til økningen kunne vært endringer i populasjonen man tar utgangspunkt i, til tross for at poisson statistikken tar hensyn til slike endringer kan man se av tabell 3 at pasientpopulasjonen ikke endres nok over tid til å forklare økningen i dødelighet.

Dødsårsaker



Figur 19: Antall døde mellom 2019 og 2024 av de ulike dødsårsaksgruppene i aldersspennene. Gjelder som tidligere pasienter i TSB de siste 5 årene før dødsåret.

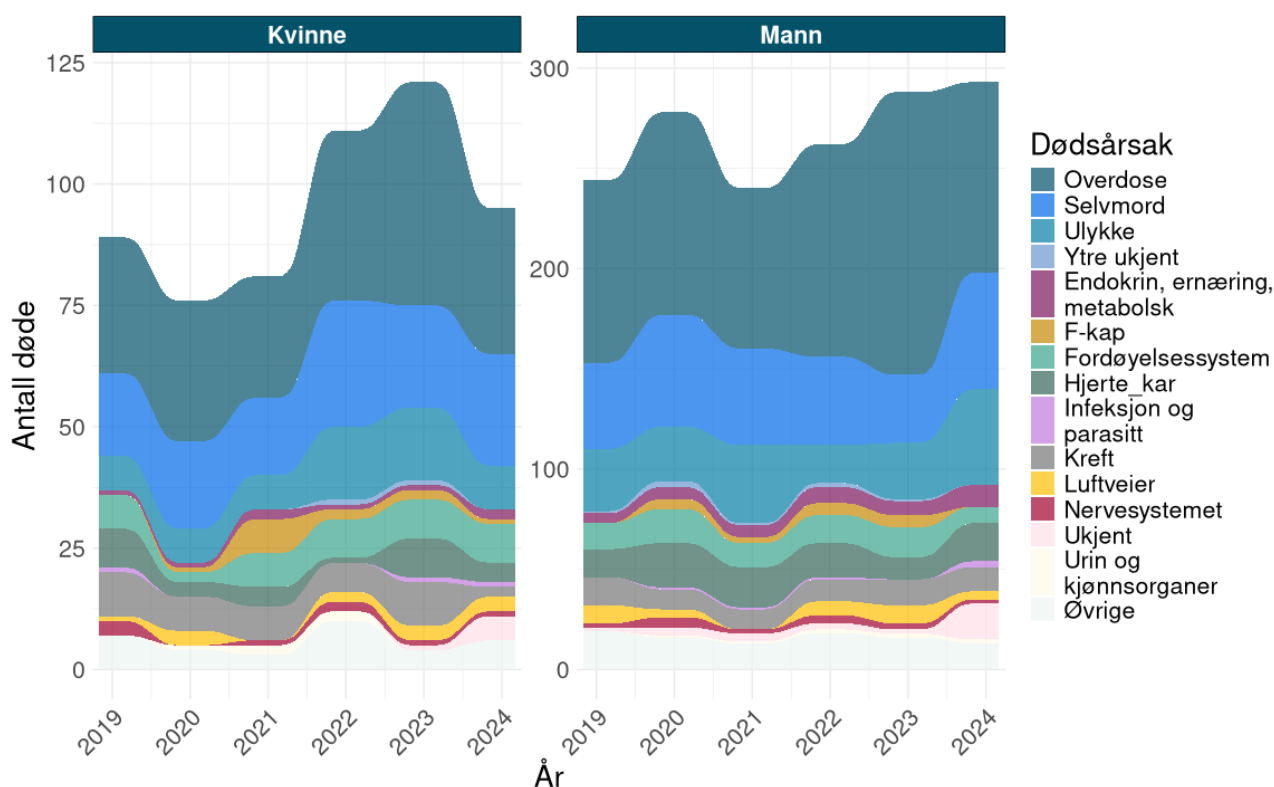
Som for gruppen med «alvorlige psykiske lidelser» finner man som forventet ulike dødsårsaksprofiler avhengig av hva slags aldersavgrensning som settes i TSB populasjonen, og det kan observeres størst økning i overdoser og selvmord i gruppen mellom 15–50 år de siste årene.

For årene 2019 og 2024 gikk antallene selvmord opp fra 60 til 81 døde – som er 0,12 til 0,16% av pasientpopulasjonen, for ulykkesdødsfall gikk antallene 38 til 57 døde – som er 0,08 til 0,11% av pasientpopulasjonen, antallene overdosedødsfall har økt fra 119 til 141 og 187 i 2022 og 2023, men var nede i 124 igjen i 2024 – 0,23%, 0,28%, 0,37% og ned til 0,25% av pasientpopulasjonen.

For aldersgruppen 15–75 år er det ukjente årsaker, ulykker og registrerte dødsårsaker i F-kapittelet (F00-F99 - Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser) som øker mest, deretter luftveier og selvmord (For årene 2019 og 2024: Ukjent: 8 til 46 døde, Ulykke: 66 til 99, F-kap: 12 til 43 døde, Luftveier: 54 til 81 døde, Selvmord: 179 til 215 døde).

Kjønnsforskjeller og dødsårsaker ved dødelighet for personer i TSB

Som nevnt dør flere menn enn kvinner i TSB, delvis fordi det er flere menn som er til behandling i TSB. Bak økningen i dødeligheten i årene mellom 2019 og 2024 var det 89 til 95 kvinner mellom 15–50 år som døde etter kontakt med TSB de siste 5 årene, mens det tilsvarende for menn var 244 til 293 antall døde.



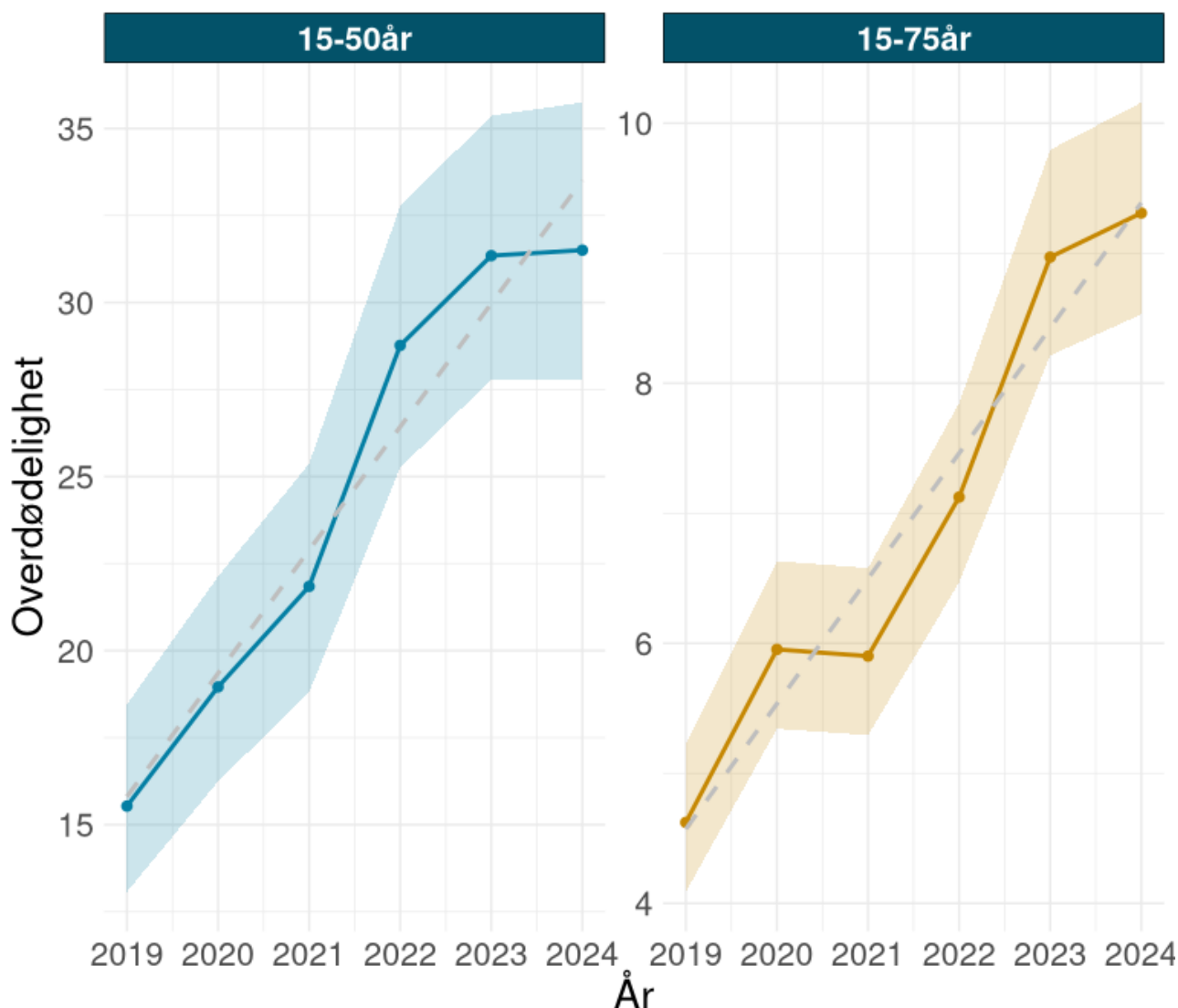
Figur 20: Antallet døde over årene mellom 2019 og 2024 som har vært i TSB de siste fem årene.

Fordelt etter kjønn og dødsårsaker

Hvis man skal bryte dette på dødsårsaker så kan man se at 68 % av dødsfallene er ytre årsaker (selvmord, ulykke eller overdose) for begge kjønn – 263 dødsfall av 388 i 2024. Fordelingen ytre/indre dødsårsaker er

relativ lik mellom kjønnene i denne aldersgruppen. For menn 68, 5% ytre, og for kvinner 65% for året 2024 (Selvmord: Menn: 20% vs kvinner 24%, Overdoser: Menn 32% vs kvinner 31,5%, Ulykke: Menn 16% vs kvinner 9%).

Rusmiddellidelse og samtidig alvorlig psykisk lidelse (ROP)



Figur 21: ROP-pasienter med alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse - definert som kontakt med TSB eller F1-diagnose de siste fem årene.

Det har også vært ønskelig å se på pasientpopulasjonen som er til stede i begge overdødelighets- indikatorene: Rusmiddellidelse og samtidig alvorlig psykisk lidelse (ROP pasienter). Her er populasjonsavgrensningen definert som personer i kategorien med alvorlige psykiske lidelser, som enten har samtidig vært pasient i TSB de siste fem årene, eller mottatt en F1-diagnose de siste fem årene. Man kan se av figur 21 at dødeligheten er høyere i begge aldersavgrensningene, med smalere konfidensintervaller enn for begge indikatorene for overdødelighet – for populasjonen kun avgrenset med alvorlig psykiske lidelser, og de i TSB.

[1] Vancampfort D, Hallgren M, Mugisha J, De Hert M, Probst M, Monsieur D, et al. The prevalence of metabolic syndrome in alcohol use disorders: a systematic review and meta-analysis. *Alcohol and Alcoholism*. 2016;51(5):515–21.

[2] Frasch K, Larsen JI, Cordes J, Jacobsen B, Wallenstein Jensen SO, Lauber C, et al. Physical illness in psychiatric inpatients: comparison of patients with and without substance use disorders. *International Journal of Social Psychiatry*. 2013;59(8):757–64.

[3] Merikangas KR, McClair VL. Epidemiology of substance use disorders. *Human Genetics*. 2012;131(6):779–89.

[4] Skarstein og Tanum - Personer med rus-avhengighet blir oftere syke og får dårligere behandling. 10.4220/Sykepleiens.2021.86370

[5] Bedre helse og lengre liv - Legeforeningen 2023

Diskusjon - Overdødelighetsmålene

Det er flere forhold i resultatene som understøtter behovet for å videreføre de to indikatorene - for pasientpopulasjonene med alvorlige psykiske lidelser, og for pasienter i TSB - i den årlige nasjonale publiseringen av kvalitetsindikatorer.

Resultatene viser at dødeligheten i begge pasientgrupper varierer geografisk. Reduksjon av uønsket geografisk variasjon er et sentralt formål med NKI. Samtidig viser resultatene en økning i dødelighet de siste årene. Dette understreker behovet for å følge utviklingen tett, og for å sikre god forankring av resultatene i fagmiljøer, helseforetak, helsefelleskap og hos politisk ledelse. Slik forankring kan bidra til å stimulere til videre analyser og målrettede tiltak.

Indikatoren kan være beheftet med tolkningsusikkerhet som følge av aldersavgrensningen, ettersom denne medfører en begrensning av populasjonen. Grensen på 50 år er satt for å fange opp aldersgruppen med høyest overdødelighet og for å gjøre indikatoren mer sensitiv for endringer.

En aldersgruppe opp til 75 år, som også er vanlig å bruke i statistikksammenheng, har mye høyere naturlig dødelighet i befolkningen og vil inkludere mer «støy» slik at endringer er vanskelig å plukke opp. Samtidig er det også høyere forekomst av overdødelighet av andre årsaker enn de eksterne for aldersgruppen mellom 50-75 år - for alvorlig psykisk syke eller de i TSB - som også burde følges med på, som forekomst av somatisk sykdom.

[Handlingsplan \(regjeringen.no, PDF\)](#) for å heve levealder hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer har særlig fokus på tiltak for å forebygge og behandle somatisk sykdom. Det vil vurderes hvorvidt det er nyttig å supplere indikatoren med måltall som også viser overdødelighet for aldersgruppen 15–75 år.

Indikatoren som er utviklet er kun én side av to svært kompliserte problemstillinger – pasientgruppene for alvorlig psykisk lidelse, pasienter i TSB og tjenestetilbudet til disse populasjonene. Og det er mange rapporter og god forskning på området som kan styrke kunnskapen om hva som ligger til grunn for denne overdødeligheten for alvorlig psykisk syke [1],[2],[3] og for pasienter i TSB [4],[5],[6], samt om hva slags kontakt med tjenestene denne pasientgruppen har hatt. For sistnevnte publiserte Helsedirektoratet i 2024 rapporten [Forløp etter døgntil behandling i psykisk helsevern for pasienter med alvorlige psykiske lidelser](#).

Strukturelle forhold som kapasitetsutfordringer eller overbelegg i psykisk helsevern, samt ansvarsfordeling og overganger mellom primær og spesialisthelsetjeneste kan være en medvirkende forklaring på regionale forskjeller og økning over tid. Og med en lengre tidsserie kan man lettere vurdere hvorvidt pandemien har påvirket tilgang til tjenester eller dødsfall i disse pasientgruppene.

De årlige resultatene fra denne indikatoren må sees i sammenheng med de øvrige indikatorene for dødelighet samt alle måltallene, ettersom en indikator ikke kan gi et komplett bilde på en situasjon så kan den belyse forskjeller og trender ved å vurdere resultater fra et knippe av indikatorer.

For veien videre har det vært foreslått at det bør utvikles indikatorer for «svingdørsproblematikken» i PHV og TSB. Der rehenvisninger, reinnleggelser og gjentatte episoder hos psykiatrisk legevakt, bør evalueres. Disse regnes også som «utfallsindikatorer» eller «resultatindikatorer» ettersom de i større grad følger med på om personer skrives ut for tidlig, behandler avslutter behandling for tidlig, eller at pasientene ikke får den hjelpen de trenger fra legevakten.

Andre foreslåtte indikatorer til NKI for denne psykisk helse problemstillingen går på ventetid og bemanning, uførhet og arbeidsledighet, pasient rapporterte utfalls målinger og klinikerrapporterte utfallsmålinger (PROMS/CROMs)[7],[8], bruk av koordinator for schizofreni populasjonen o.l.

[1] Tesli, M. S., Handal, M., Kirkøyen, B., Torvik, F. A., Knudsen, A. K. S., Odsbu, I., Gustavson, K., Nesvåg, R., Hauge, L. J., & Reneflot, A. (2023). Psykiske plager og lidelser hos voksne - FHI (Folkehelse rapporten)

[2] Heiberg, I. H., Jacobsen, B. K., Nesvåg, R., Bramness, J. G., Reichborn-Kjennerud, T., Næss, Ø., ... & Høy, A. (2018). Total and cause-specific standardized mortality ratios in patients with schizophrenia and/or substance use disorder. PLoS One, 13(8), e0202028.

[3] Hjorthøj, C., Stürup, A. E., McGrath, J. J., & Nordentoft, M. (2017). Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Psychiatry, 4(4), 295-301.

[4] Vancampfort D, Hallgren M, Mugisha J, De Hert M, Probst M, Monsieur D, et al. The prevalence of metabolic syndrome in alcohol use disorders: a systematic review and meta-analysis. Alcohol and Alcoholism. 2016;51(5):515–21.

[5] Frøsch K, Larsen JI, Cordes J, Jacobsen B, Wallenstein Jensen SO, Lauber C, et al. Physical illness in psychiatric inpatients: comparison of patients with and without substance use disorders. International Journal of Social Psychiatry. 2013;59(8):757–64.

[6] Merikangas KR, McClair VL. Epidemiology of substance use disorders. Human Genetics. 2012;131(6):779–89.

[7] [Lovisenbergmodellen for systematisk tilbakemelding \(psykologtidsskriftet.no\)](https://psykologtidsskriftet.no)

[8] [Psykisk helsevern for voksne - pasienterfaring med døgnopphold](#)

Tapte leveår ved overdose, selvmord og ulykke for personer i psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Generelt om formål og oversikt for dødsårsaksmålene

Det er ønskelig å følge med på noen av de mest alvorlige utfallene av psykisk uhelse og rusmiddelproblematikk – overdose, selvmord og ulykke. Dette har blant annet blitt spilt inn uformelt fra helse og omsorgsdepartementet. Det finnes flere lignende indikatorer i andre land, deriblant [OECD indikatorer for selvmord \(oecd.org\)](https://oecd.org/), [European Union Drug Agency \(europa.eu\)](https://europeanunion.europa.eu/) måler overdosedødsfall som indikator, [Død ved rusulykker som indikator i Canada \(ccsa.ca\)](https://ccsa.ca/) og lignende.

Innspillsnotatet fra RHFene nevnte også spesifikt overdose som forslag til ny NKI: «Overdosedødsfall kan være ein aktuell NKI å etablere. Her må ein i tilfelle ta høgde for at bustad kan vere ein anna stad enn der personen fekk helsetenester, og at nokre er utan fast bustad.»

Etablering av indikatorer som følger utvikling av utvalgte dødsårsaker blant personer i PHV og/eller TSB vil også kunne støtte arbeidet med [Opptrappingsplanen for psykisk helse \(regjeringen.no\)](https://regjeringen.no/). Resultatmål 7: «Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblem har økt levealder, og forskjellen i levealder mellom denne pasientgruppen og den øvrige befolkningen er redusert». Og handlingsplanen for å øke levealder i disse pasientgruppene. Ved å rette en NKI mot dødsårsak vil man lettere kunne følge med på tiltak som rettes mot en bestemt gruppe; de suicidale og de rusrelaterte eller selvmordsorienterte ulykkene og overdosene.

Metodebeskrivelse

Dødsårsaker – avgrensninger

I våre analyser har vi valgt å fokusere på selvmord, overdose og ulykker. Det er glidende overganger mellom hva som registreres som selvmord, overdose og ulykke – og hvilken sektor de behandles i - derfor inkluderes både PHV og TSB sektorene.

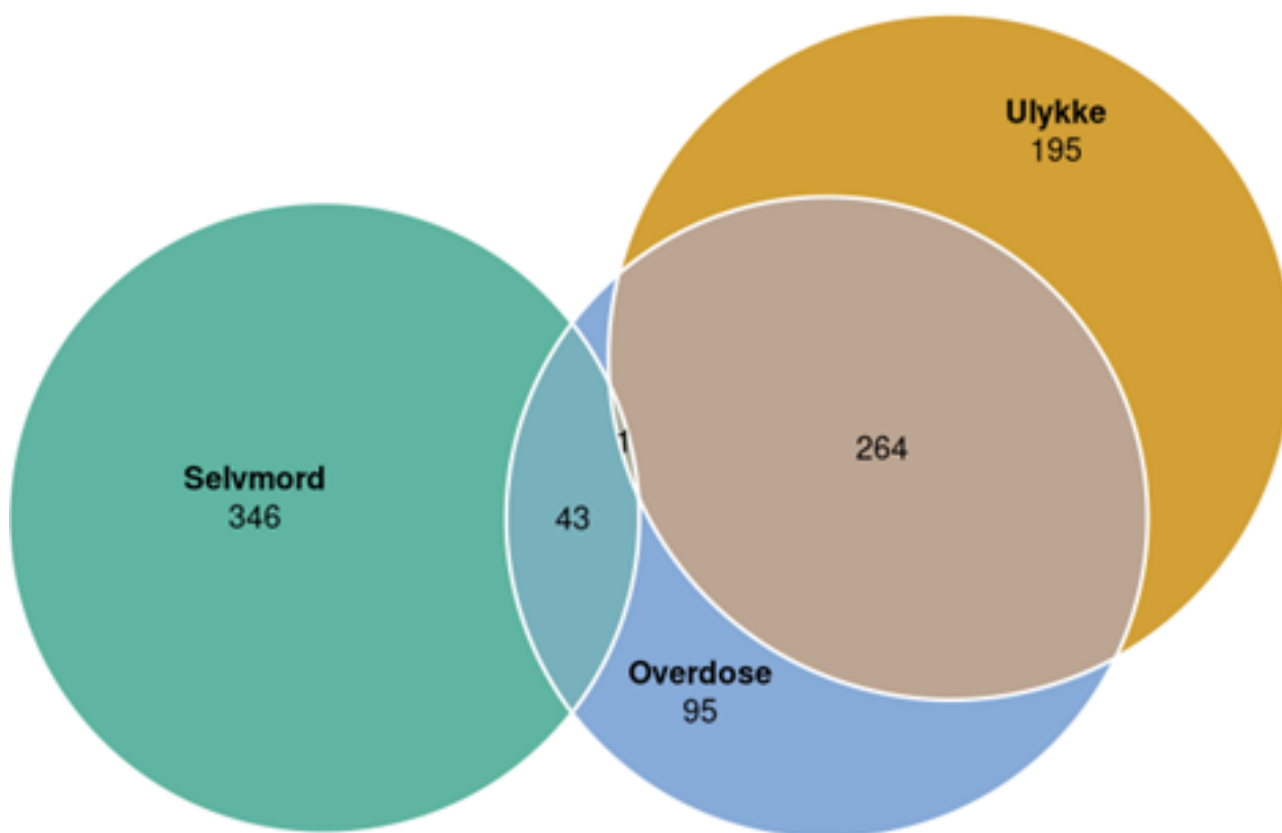
Dødsårsaker registreres i Norge ved bruk av ICD-10, som er Verdens helseorganisasjons internasjonale klassifikasjonssystem for sykdommer og helserelaterte tilstander. Selvmord, overdose og ulykker er derfor kategorier som inkluderer en rekke ulike [ICD-10 koder \(icd.who.int\)](https://icd.who.int/). Det finnes ulike definisjoner for hver av disse dødsårsakskategoriene. Vår inndeling i dødsårsaker er basert på Dødsårsaksregisterets inndeling for sin [statistikkbank \(fhi.no\)](https://fhi.no/), derfor eksempel overdose benytter seg av definisjonen fra [The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction \(EMCDDA\) \(europa.eu\)](https://europa.eu/).

Vi har valgt å ikke benytte den standardiserte «[European shortlist 2012 \(europa.eu\)](https://europa.eu/)» ettersom denne er mangelfull for distinksjonen mellom overdose og ulykke i Norge. Gruppen «forgiftningsulykker, inkl overdosedødsfall» inkluderer alle typer forgiftningsulykker og ikke bare ved narkotiske stoffer. [Definisjon av X40-X49 – European shortlist \(who.int\)](https://who.int/) - oppsummerer hva som finnes under kategoriseringen for EU-shortlist.

Det finnes også svært mange tvilstilfeller for kategoriene overdose/ulykke/selv mord, og disse kodes ulikt i Norge sammenlignet med EU-standard. De følgende avgrensningene er satt for hver av indikatorene per dødsårsak:

- Selvmord: X60-70, X80-84, Y87, Y1
- Overdose: F11-12, F14-16, F19, X41, X44, Y11, X61, X64 i kombinasjon med T43.6 X42, X44, Y12, Y14, X62, X64 i kombinasjon med T40
- Ulykke: V00-99, W00-99, X00-09, X20-29, X40-59, Y85-Y86

Da et dødsfall kan registreres med flere dødsårsaker er en sentral problemstilling hvor stort overlapp som finnes mellom de ulike registrerte dødsårsakskategoriene. Figur 22, viser hvor mange selvmord som også er registrert som overdoser, hvor mange overdoser som også er registrert som ulykker for 2024.



Figur 22: Antall personer som har vært henvist til PHV eller TSB, dødd i 2024 og har vært registrert under hvilken dødsårsak

Populasjon – aktivitet innen PHV eller TSB

For at en indikator skal kunne fungere som en kvalitetsindikator, må den ha en tilknytning til tjenesten den skal belyse. Ettersom formålet er å knytte dødsfall til forhold som kan følges opp ved tjenestebaserte tiltak, er et krav for inklusjon i denne indikatoren at personene har vært i kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling i forkant av dødsfallet. Personer utenfor denne gruppen er vanskeligere å følge opp for tjenestene. Dødsfall blant personer som ikke har vært i kontakt med slike tjenester lar seg i mindre grad knytte til et oppfølgingsansvar eller tjenestetiltak, og er derfor vanskeligere å inkludere i denne indikatoren. For å inngå i populasjonen for denne indikatoren må man ha hatt minst én kontakt med PHV eller TSB de siste fem årene. Avviste henvisninger er ikke inkludert.

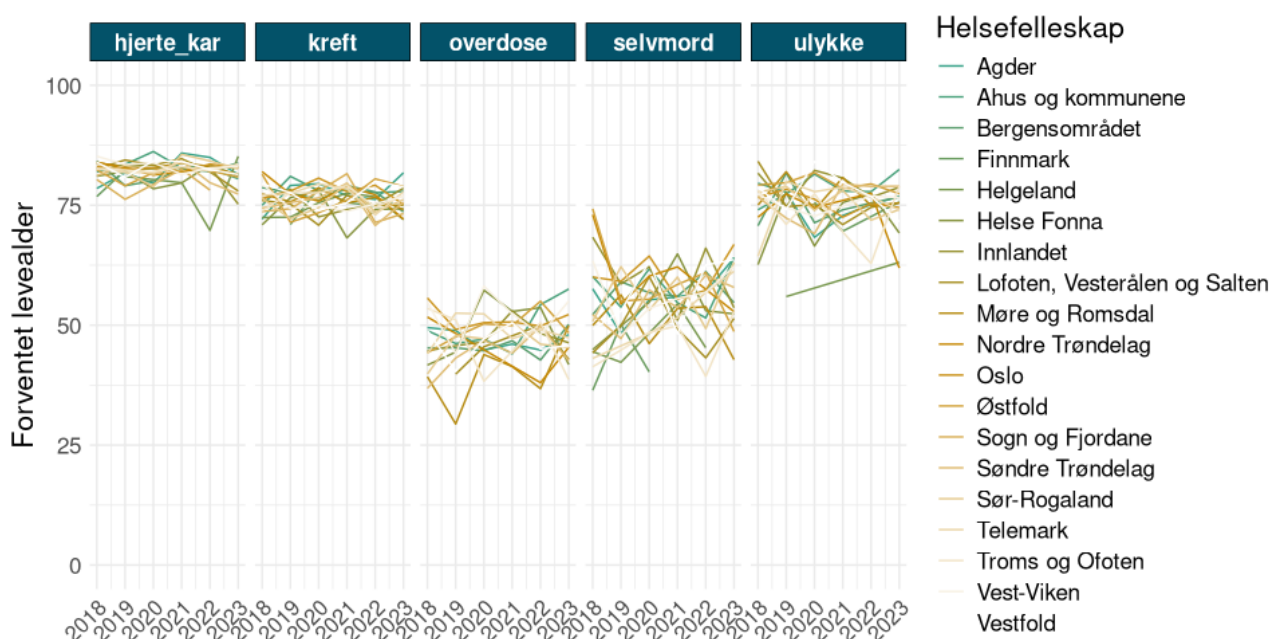
Tabell 4: 11 732 døde i 2023 i den øvrige befolkning i aldersspennet 15-75, øker til ~40 000 uten aldersbegrensning.

Dødsårsak	Antall døde pasienter	Antall døde i befolkning	Andel
Ulykkesdødsfall	400	841	47,56
Selv mord	319	590	54,07
Overdosedødsfall	275	408	67,4
Kreftdødsfall	404	4379	9,23
Hjerte-kar dødsfall	380	2000	19

Tabell 4 ovenfor viser at det er en stor andel personer i dødskategoriene ulykke, selvmord og overdose som har hatt aktivitet i PHV/TSB/PHBU de siste fem årene. Kontrollpopulasjonene for kreft og hjerte/kar med mye lavere prosent viser hvordan selvmord, ulykke og overdose er spesifikke populasjoner som er til stede i PHV/TSB systemet.

Valg av målemetode

Det tapte leveårsmålet (som beskrevet i del 3.3.3 om Målemetoder) har blitt valgt for dødsårsaksindikatorene siden det vektlegger hvor mange år som går tapt når det er flere i den yngre befolkning som belastes. Grafen nedenfor viser hvordan overdoser og selvmord ligger mye lavere i forventet levealder enn kontrollpopulasjonene for hjerte-kar-, og kreft-dødsårsaker. Man kan se av spredningen på tvers av helsefelleskap at situasjonen er ganske lik på tvers av geografiske områder.



Figur 23: Forventet levealder i ulike kategorier av dødsårsaker fra året 2018 til 2023 fordelt over Helsefelleskap.

Rater per 100 000 samt antall suppleres også til hver indikator for å vektlegge hvor stor del av de ulike populasjonene som er berørt. Mer om dette under resultater for hver enkelt indikator.

Tapte leveår ved selvmord for personer i psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Bakgrunn og formål med indikatoren

Selv mord er resultat av en selvpåført skade der intensjonen har vært å avslutte livet. Rundt 650 mennesker tar livet sitt i Norge hvert år, og tre av fire er menn. Hvert selvmord rammer mange, og om lag 6500 etterlatte og nærstående blir direkte berørt årlig [1].

Regjeringen har innført en nullvisjon for selvmord i Norge, som uttrykker at ingen liv skal gå tapt til selvmord og at forebygging er et felles samfunnsansvar på tvers av sektorer. Årsakene til selvmord og selvmordsforsøk er sammensatte og henger sammen med mange livsfaktorer. Forebygging skjer både gjennom folkehelsearbeid og helsetjenester, med vekt på tidlig hjelp, lav terskel for behandling og oppfølging av pårørende og etterlatte. Behandling av psykiske lidelser, særlig depresjon, har dokumentert forebyggende effekt.

Det er etablert en [Handlingsplan for selvmordsforebygging \(regjeringen.no\)](#) som skal styrke det systematiske arbeidet med forebygging, tidlig hjelp, støtte til etterlatte og økt kunnskap om selvmordsforebygging. Svært mange som begår selvmord har vært i kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling på et tidligere tidspunkt. [Nasjonal faglig retningslinje for selvmordsforebygging i psykisk helsevern og TSB](#) er utarbeidet for å forebygge selvmord for de pasientene som oppsøker PH og TSB.

Videre har [Opptappingsplanen for psykisk helse \(regjeringen.no\)](#) selvmord som fokusområde der det beskrives flere tiltak til forebygging. Et sentralt grep i oppfølgingen er en systematisk metode der hvert selvmord skal gjennomgås for å lære hvordan fremtidige selvmord kan forebygges. Et nasjonalt forum for forebygging av selvmord, ledet av Helsedirektoratet, samler aktører fra kommuner, spesialisthelsetjenesten og brukerorganisasjoner. Samtidig er det opprettet et direktoratsamarbeid for bedre samordning på tvers av sektorer.

Rusreformen - [Trygghet, fellesskap og verdighet \(Meld. St. 5. 2024–2025\) \(regjeringen.no\)](#) og [Overdosehandlingsplanen](#) rettes også mot selvmord i bestemte pasientgrupper. Samtlige av tiltaksplanene vektlegger tidlig innsats, tverrsektorielt samarbeid, tryggere overganger i behandlingsforløp og systematisk oppfølging av risikogrupper. Indikatoren har som mål å vurdere om tiltak og handlingsplan har effekt for populasjonen som har vært i kontakt med disse helsetjenestene/ Indikatoren har som formål å følge med på selvmordspasientgruppen for å fange opp potensiell geografisk variasjon og trender og gi indikasjoner på om tiltak og handlingsplaner har hatt effekt.

Lenke til NKI siden for indikatoren: [Tapte leveår ved selvmord for personer i PHV/TSB](#).

Selv mordindikatoren har følgende struktur:

- Hovedmåltall (selve indikatoren): «Tapte leveår ved selvmord for personer i psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling »
- Måltall 2: «Antall selvmord per 100 000 personer i PHV/TSB »
- Måltall 3: «Antall døde ved selvmord for personer i psykisk helsevern eller TSB»
- Måltall 4: «Antall selvmord per 100 000 kvinner i PHV/TSB »
- Måltall 5: «Antall selvmord per 100 000 menn i PHV/TSB »
- Måltall 6: «Antall selvmord blant kvinner i PHV/TSB »

- Måltall 7: «Antall selvmord blant menn i PHV/TSB »

Generelle resultater

På landsbasis kan man estimere at 24,2 leveår ble tapt som følge av selvmord for året 2024, for pasienter som har hatt kontakt med PHV/TSB de siste fem årene. Videre viser analysene at 54% av personer som begår selvmord har hatt kontakt med PHV/TSB de siste fem årene, i aldersgruppen 15–50 år.

Tapte leveår ved selvmord for personer i PHV/TSB

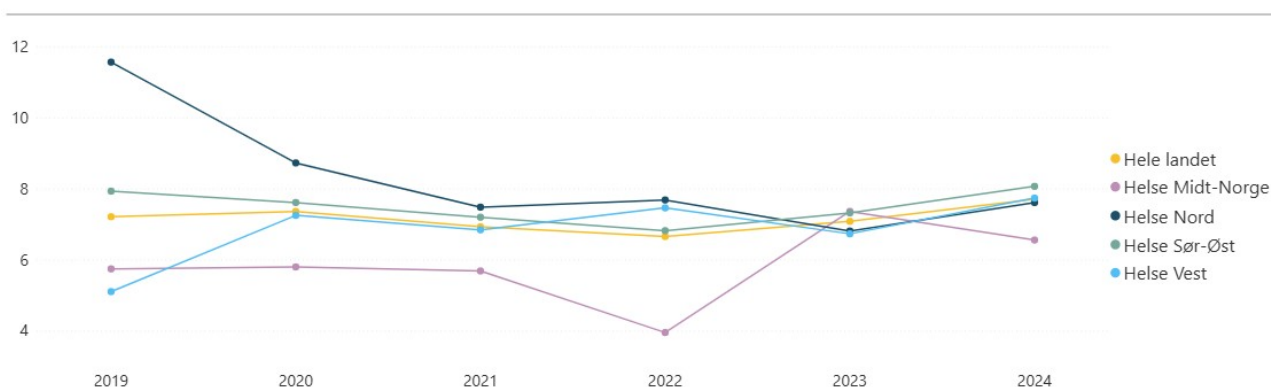


Figur 24: Tapte leveår blant de regionale helseforetakene og på landsbasis. Øverste panel gjelder for 2024, og nederste panel er utvikling over tid. Figuren er slik indikatorresultatene er presentert på nettsidene for helsedirektoratet: Tapte leveår ved selvmord for personer i PHV/TSB - Helsedirektoratet, med en økning på landsbasis.

Det kan fremstå som noe geografisk variasjon i de tapte leveårene, men ettersom tapte leveårsmålet kan påvirkes av flere forhold må resultatet suppleres med måltall 2, «Rate selvmord per 100 000 personer i PHV/TSB» (Figur 25) for å kunne evaluere hvorvidt geografisk variasjon er tilstede.

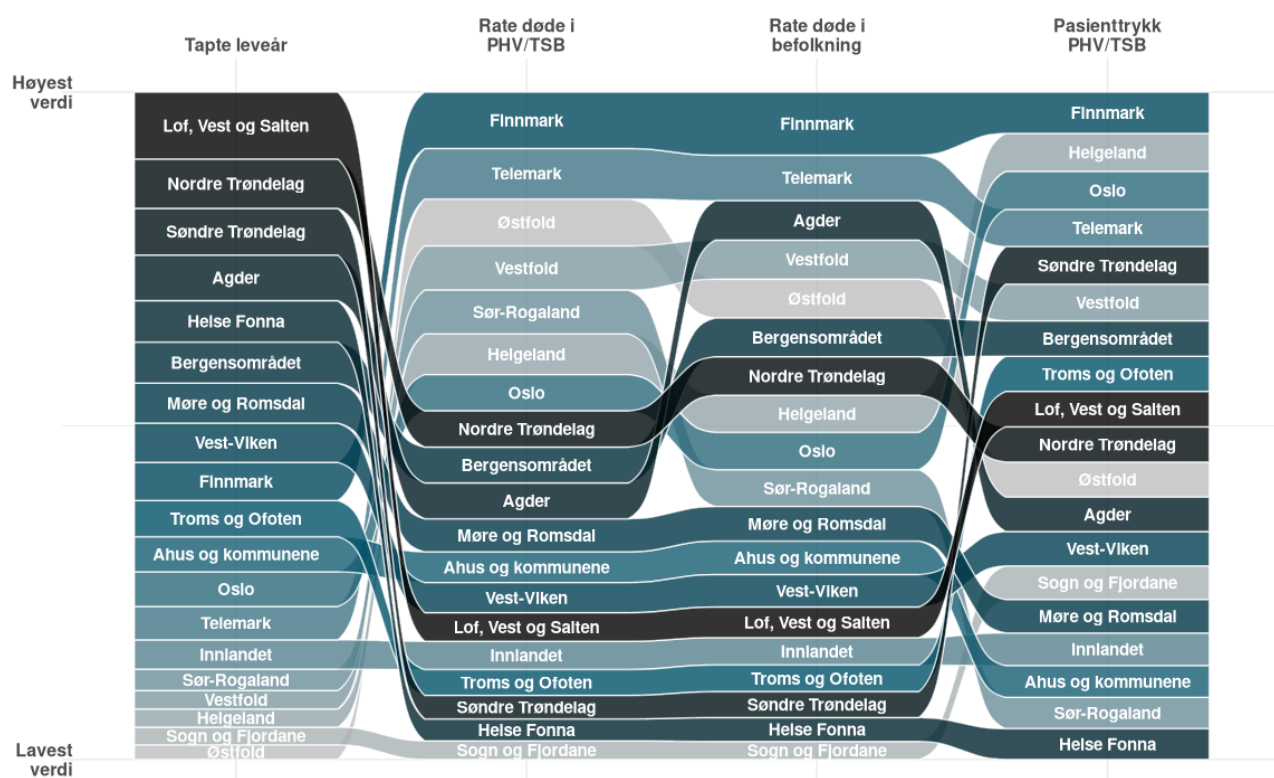
Antall selvmord per 100 000 personer i PHV/TSB





Figur 25: Rate selvmord per 100 000 i PHV/TSB blant de regionale helseforetakene og på landsbasis. Øverste panel gjelder for 2024, og nederste panel er utvikling over tid. Figuren er slik indikatorresultatene er presentert på nettsidene for helsedirektoratet for måltall nr 2. For Rate selvmord per 100 000 kan man observere lav geografisk variasjon på tvers av RHF, kun noe lavere rate for Helse Midt-Norge fra 2019 til 2022.

For å sammenligne på tvers av ulike målemetoder viser figur 26 hvordan rekkefølge og verdier for de ulike Helsefelleskapene påvirkes av valg av målemetode.



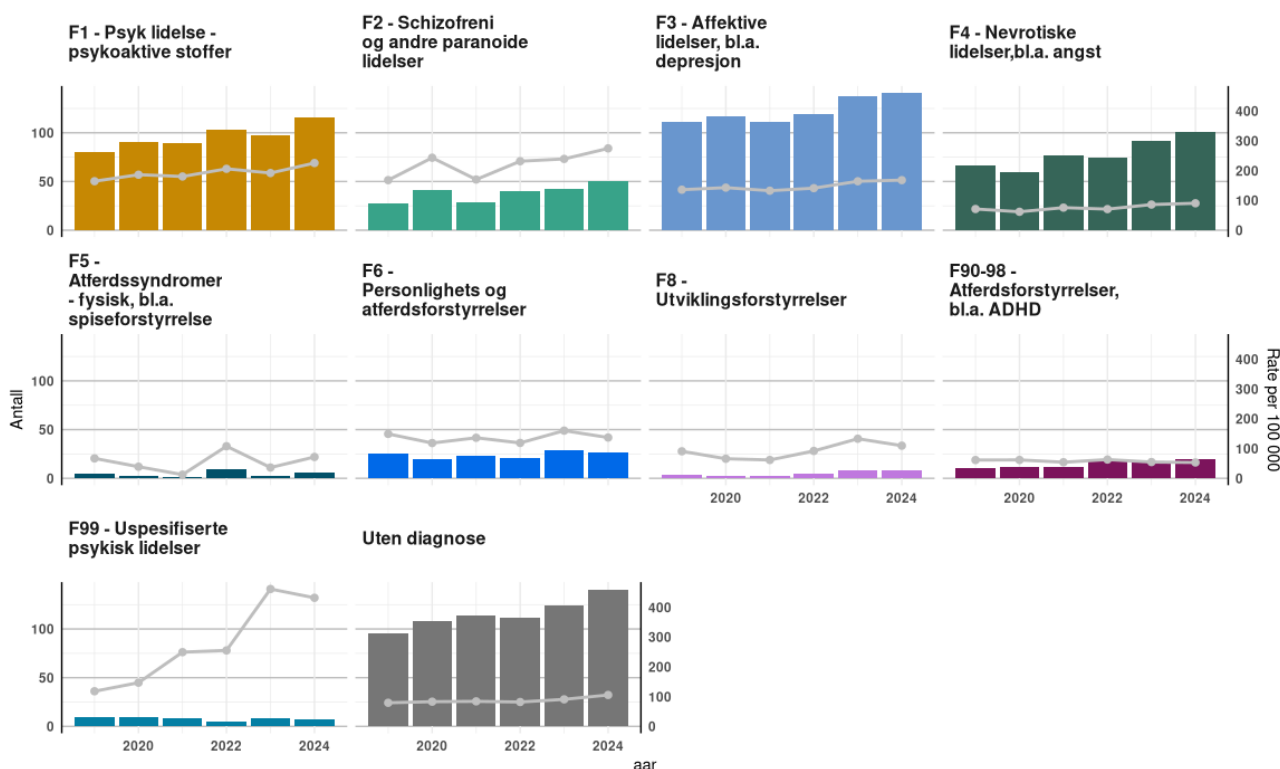
Figur 26: Rangering og spredning av helsefelleskapene på tvers av ulike målemetoder. Hver kolonne representerer én målemetode, hvor helsefelleskapene er rangert fra høyest til lavest verdi innen den enkelte kolonnen. Flytene mellom kolonnene viser hvordan plasseringen til hvert helsefelleskap endrer seg mellom målemetodene. Tykkelsen på båndet innen hver kolonne viser spredning av dataene - en normalisering av det prosentvise bidrag fra hvert helsefelleskap til det respektive målet. I figuren kan man observere at til tross for at Finnmark har nærmere lavere verdier for Tapte leveårsmålet, så ligger det høyest for Rate døde i PHV/TSB, Rate døde i befolkning samt for pasienttrykk i PHV/TSB. Det vil si

at det er forholdsmessig mange flere selvmord i Finnmark sett opp mot befolkningstallene enn i de fleste andre helsefelleskap. Alder på befolkning og alder på PHV/TSB populasjonen i tillegg til alder på døde vil påvirke tapte leveårsmålet.

Gjennomsnittsalderen på personer i Finnmark som tar selvmord er høyere enn eksempelvis Lofoten Vesterålen og Salten (Finnmark: 45 år og Lofoten, Vesterålen og Salten: 32 år) og slår ulikt ut. Finnmark ligger også høyest på selvmord i den øvrige befolkningen som ikke er i PHV/TSB hvis man justerer for befolkningsstørrelse (vises ikke i grafen, 22,6 selvmord per 100 000 innbyggere i Finnmark versus laveste er Sogn og Fjordane på 9,32 selvmord per 100 000 innbyggere). Sogn og Fjordane ligger lavest på alle dødelighetsmålene for selvmord for 2024 (under 5 selvmord for personer som har vært i PHV/TSB).

Diagnoser ved selvmord

Enkelte diagnosegrupper er mer representert i selvmordstatistikken enn andre, for de som har vært i kontakt med PHV og TSB de fem årene før dødsfallet. Figur 27 nedenfor viser hvordan antall døde fordeler seg over diagnosegruppene for psykisk helse i ICD-10. Man kan se at antallet er høyest for kategori 1, 3, og 4, samt kategorien personer som ikke har en registrert diagnose.



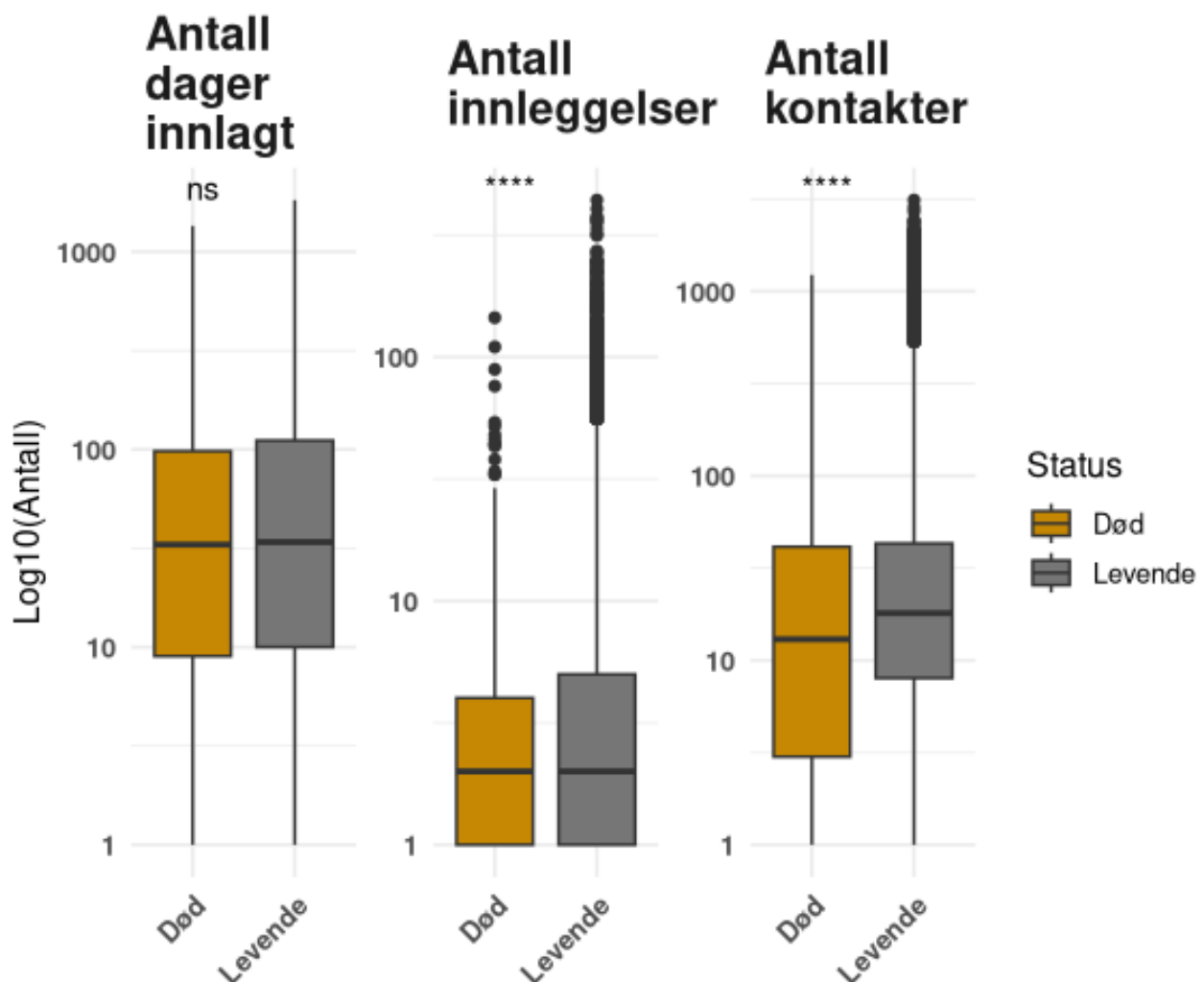
Figur 27: Antall døde ved selvmord på venstre y-akse, og rate døde per 100 000 pasienter i PHV/TSB på høyre y-akse, fordelt over diagnosegrupper. X-aksen er utvikling over år. Raten er linjegrafen og bar-graf er antall. Inkluderer alle diagnoser registrert på pasienten de siste 5 årene fra statistikkåret. Figuren viser videre på aksene til venstre antall selvmord per 100 000 levende pasienter i diagnosegruppen. Her kan man se at gruppe F1 - Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer markerer seg høyest, og at det er en økning i gruppen for «uspesifiserte psykiske lidelser». Men antallene her er lave.

Pasientgruppen F1 som markerer seg i begge målene er en gruppe omtalt som: [«Psykkiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer»](#) Og inkluderer undergrupper som alkohol, opiater, cannabinoider, sedativa og hynotika, kokain, stimulanter, hallisinugener m.m.

Analysen inkluderer alle diagnoser registrert på pasienten i tidsperioden, ved bruk av hoveddiagnose som variabel er fordelingen relativt lik.

Aktiviteter i PHV/ TSB de siste 5 årene for dødsfall ved selvmord

Det er av interesse å se på hva pasientene har gjort i tjenestene i årene før selvmordet, ettersom indikatoren har som formål å følge med på kvalitet i tjenestene. Figur xx viser hvordan pasienter registrert med selvmord kan sammenlignes med pasientgruppen som fortsatt lever. Det er generelt færre episoder/kontakter i selvmordpopulasjonen i fordeling og median enn for den øvrige levende pasientpopulasjonen. Det er mange døde av selvmord som kun har hatt mellom 1-3 kontakter i PHV/TSB de siste fem årene, mens dette fordeler seg jevnere for den øvrige befolkning.



Figur 28: Fordeling av antall innleggelsesdager, antall innleggelser og antall episoder/kontakter for selvmord og den levende pasientgruppen. Figuren viser boksplott log10 skala på y-aksen, der boksen representerer interkvartilbredden (25.–75. percentil), og den horisontale linjen i boksen angir medianen.

Whiskers viser minimums- og maksimumsverdier. Asterisk (*) indikerer en statistisk signifikant forskjell mellom gruppene (Mann Whitney U test for ikke-parametriske data).

For pasienter som har innleggelse på institusjon – altså døgnopphold - kan man observere at selvmordspopulasjonen har totalt har noe kortere varighet på innleggelserne, samt færre innleggelser enn den levende populasjonen. Det er signifikant forskjell for antall episoder/kontakter ($p < 0,001$), antall innleggelser ($p < 0,001$) mellom pasienter registrert med selvmord og øvrige pasienter. Tallene gjelder for statistikkåret 2024, og pasienter som har vært i PHV/TSB i løpet av de siste 5 årene.

For antall episoder/kontakter og antall innleggelser så er resultatene det samme for statistikkårene fra 2019 til 2023, at det er færre kontakter eller innleggelser for pasientene som tar selvmord. Mens for antall innleggingsdager så er det i 2020 flere innleggingsdager for de pasientene som tar selvmord i 2020. Årsakene til kortere opphold og færre episoder/kontakter må eventuelt utredes og analyseres videre. Dette er utenfor avgrensningen til kvalitetsindikatorutviklingsarbeidet.

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging publiserte i 2022 en detaljert rapport om kontakt med PHV og TSB og selvmordsutfall. Se [Rapporter - Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging \(uio.no\)](#) for flere detaljer rundt kontakt med psykisk helsevern eller TSB før selvmordet.

Her beskrives bl.a. hva slags symptomer som er beskrevet i siste kontakt med PHV/TSB før selvmordet. Og at 83% av dødsfallene som oppsto innen 30 dager har blitt meldt til Statens Helsetilsyn som alvorlige hendelser, og 40 % av de ansatte rapporterer at hendelsene har medført læring i organisasjonen. Dersom dette økes til mer enn 30 dager synker dette målet til 14 %

[1] Folkehelse rapporten: [Selvmord i Norge \(fhi.no\)](#)

Tapte leveår ved overdosedødsfall for personer i psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Bakgrunn og formål med indikatoren

Overdoser er dødsfall som følge av inntak av rusmidler i mengder som overstiger kroppens toleranse. Mellom 300-400 mennesker dør av overdoser i Norge hvert år, og en stor andel av disse er relatert til opioider [1].

Overdosedødsfall rammer ikke bare individet, men også familie, venner og lokalsamfunn, og anslagsvis flere tusen personer blir berørt årlig. Den nasjonale Overdosehandlingsplanen legger føringer for å styrke tidlig innsats, forebygging, skadebegrensning, behandling og oppfølging [2]. Planen inkluderer tiltak som økt tilgjengelighet av nalokson, lavterskel helsetjenester, målrettet oppfølging av personer med høy risiko og samarbeid på tvers av tjenester og forvaltningsnivåer. Stortingsmeldingen [Meld. St. 5 \(2024–2025\) Trygghet, fellesskap og verdighet \(regjeringen.no\)](#) og [opptrappingsplanen for psykisk helse \(regjeringen.no\)](#) har også overdoser som fokusområde. Årsakene til overdosedødsfall er komplekse og påvirkes av faktorer som samtidig bruk av flere rusmidler, ustabile livssituasjoner, psykiske lidelser, infeksjoner, manglende toleranse og risikoatferd.

Forebygging krever både folkehelsearbeid og spesialiserte helsetjenester, med vekt på tidlig hjelp, trygg utskrivelse, god oppfølging av pasienter i overgangsfaser og økt kunnskap blant pårørende og hjelpeapparat. Mange som dør av overdose har tidligere vært i kontakt med tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) eller psykisk helsevern (PHV). Indikatoren måler i hvilken grad tiltak og handlingsplaner bidrar til å redusere overdosedødsfall blant personer som nylig har vært i kontakt med behandlingsapparatet, og gir grunnlag for å vurdere om forebyggingsarbeidet har effekt

Indikatoren måler tapte leveår som følge av overdose blant personer som har hatt minst én kontakt med psykisk helsevern (PHV) eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) de siste fem årene før dødsfallet. Svært mange som dør av overdose har tidligere vært i kontakt med disse tjenestene.

Lenke til NKI siden for indikatoren: [Tapte leveår ved overdose for personer i PHV/TSB](#)

Indikatoren for overdosedødsfall har følgende struktur:

- Hovedmåltall (selve indikatoren): «Tapte leveår ved overdosedødsfall for personer i PHV/TSB»
- Måltall 2: «Antall døde som følge av overdose per 100 000 i PHV/TSB»
- Måltall 3: «Antall døde som følge av overdose i PHV/TSB»
- Måltall 4: «Antall døde kvinner som følge av overdose per 100 000 i PHV/TSB»
- Måltall 5: «Antall døde menn som følge av overdose per 100 000 i PHV/TSB»
- Måltall 6: «Antall døde kvinner som følge av overdose i PHV/TSB»
- Måltall 7: «Antall døde menn som følge av overdose i PHV/TSB»

Generelle resultater

På landsbasis kan man estimere at 34,8 leveår ble tapt som følge av overdosedødsfall for året 2024, for pasienter som har hatt kontakt med PHV/TSB de siste fem årene. Videre viser analysene at 67% av personer som dør av overdoser har hatt kontakt med PHV/TSB de siste fem årene, i aldersgruppen 15–50 år.

Tapte leveår ved overdose for personer i PHV/TSB



Figur 29: Tapte leveår blant de regionale helseforetakene og på landsbasis. Øverste panel gjelder for 2024, og nederste panel er utvikling over tid. Figuren er slik indikatorresultatene er presentert på nettsidene for helsedirektoratet: Tapte leveår ved overdose for personer i PHV/TSB

Det kan fremstå som noe geografisk variasjon i de tapte leveårene, men ettersom tapte leveårsmålet kan påvirkes av flere forhold må resultatet suppleres med måltall 2, «Antall døde som følge av overdose per 100 000 i PHV/TSB» (Figur 30) for å kunne evaluere hvorvidt geografisk variasjon er tilstede.

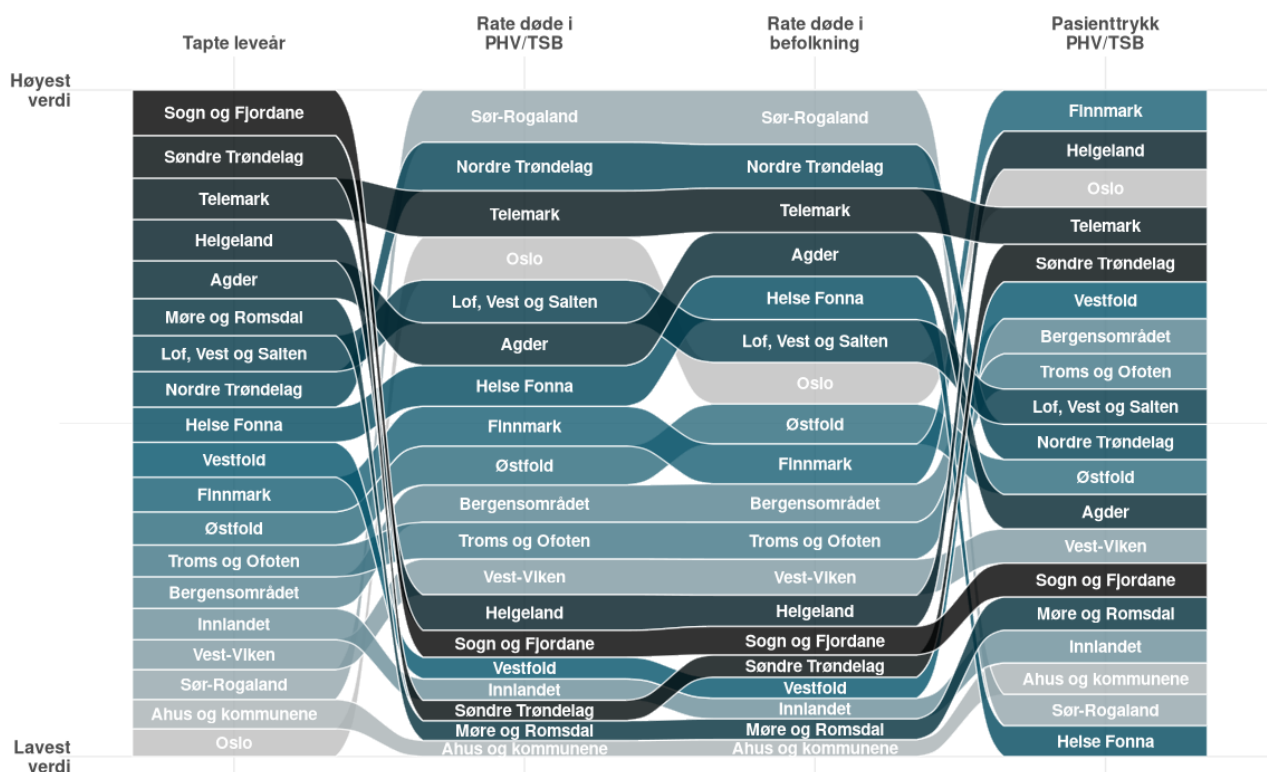
Antall døde som følge av overdose per 100 000 i PHV/TSB



Figur 30: Antall døde som følge av overdose per 100 000 i PHV/TSB blant de regionale helseforetakene og på landsbasis. Øverste panel gjelder for 2024, og nederste panel er utvikling over tid. Figuren er slik indikatorresultatene er presentert på nettsidene for helsedirektoratet for måltall nummer 2.

For dette supplerende måltallet kan man observere lav geografisk variasjon av overdosedødsfall på tvers av RHF, med unntak av en gjennomgående lavere rate for Helse Midt-Norge.

For å sammenligne på tvers av ulike målemetoder viser figur 31 hvordan rekkefølge og verdier for de ulike Helsefelleskapene påvirkes av valg av målemetode.



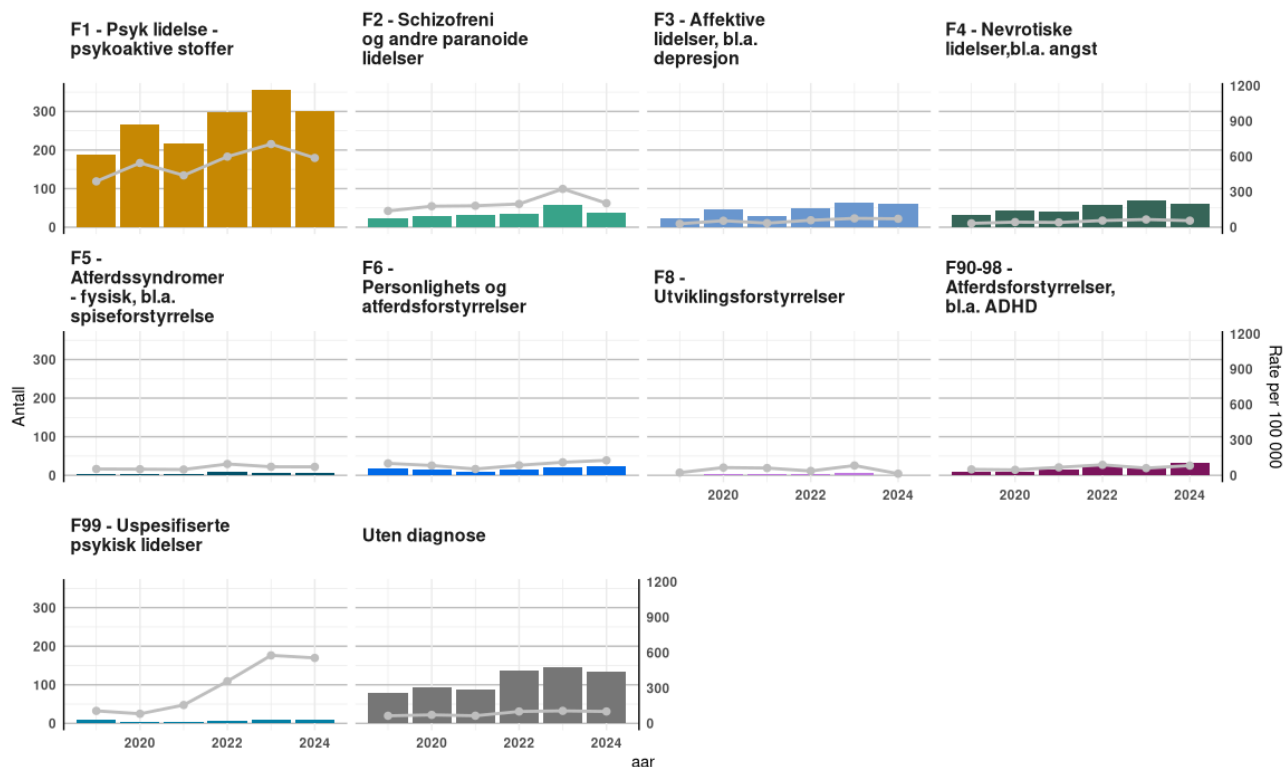
Figur 31: Rangering og spredning av helsefelleskapene på tvers av ulike målemetoder. Hver kolonne representerer én målemetode, hvor helsefelleskapene er rangert fra høyest til lavest verdi innen den enkelte kolonnen. Flytene mellom kolonnene viser hvordan plasseringen til hvert helsefelleskap endrer seg mellom målemetodene. Tykkelsen på båndet innen hver kolonne viser spredning av dataene - en normalisering av det prosentvise bidrag fra hvert helsefelleskap til det respektive målet.

I figuren kan man observere at til tross for at Sogn og Fjordane har høyest verdier på Tapte leveårsmålet, så ligger det svært lavt for Rate døde i PHV/TSB, Rate døde i befolkning samt for pasienttrykk i PHV/TSB. Det kan tyde på at selv om det er færre døde relativt sett i dette helsefelleskapet så er de som dør yngre enn dødeligheten ellers i denne regionen.

Videre kan man se at Sør-Rogaland ligger høyest for Rate døde i PHV/TSB, Rate døde i befolkning, men har et ganske lavt pasienttrykk i PHV/TSB justert for befolkningsstørrelse, dette tyder på at denne regionen er mer belastet med overdosedødsfall enn de mange av de andre regionene. Ettersom indikatoren for Overdødelighet hos personer med alvorlige psykiske lidelser også viser til høyere dødelighet i Sør-Rogaland og at dødsårsakene viser til flere overdoser kan disse to resultatene muligens sees i sammenheng.

Diagnoser ved overdosedødsfall

Enkelte diagnosegrupper er mer representert i overdosedødsfalls statistikken enn andre, for de som har vært i kontakt med PHV og TSB de fem årene før dødsfallet. Figur 32 nedenfor viser hvordan antall døde fordeler seg over diagnosegruppene for psykisk helse i ICD-10. Man kan se at antallet er tydelig høyest for kategori 1 som forventet, men også mange i F3 og F4 kapittelet og personer uten diagnoser.

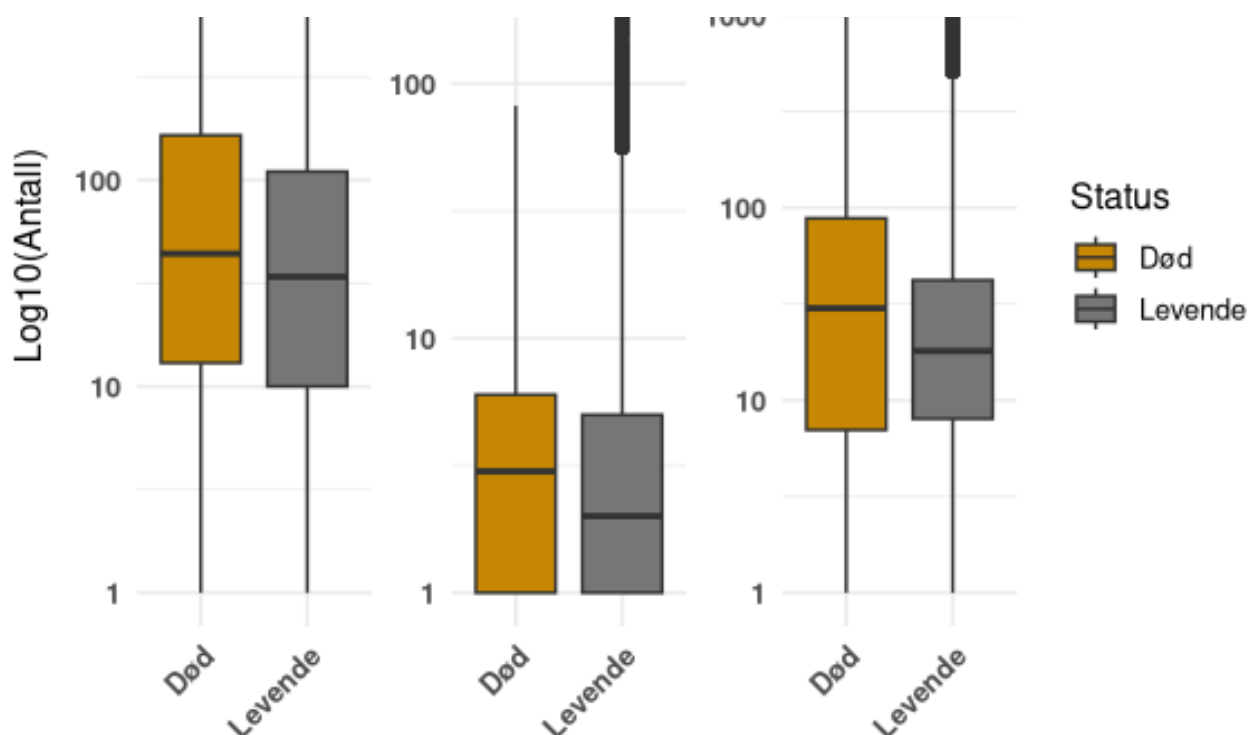


Figur 32: Antall overdosedødsfall på venstre y-akse, og rate døde per 100 000 pasienter i PHV/TSB på høyre y-akse, fordelt over diagnosegrupper. X-aksen er utvikling over år. Raten er linjegrafen og bar-graf er antall. Inkluderer alle diagnoser registrert på pasienten de siste 5 årene fra statistikkåret.

Aktiviteter i PHV/ TSB de siste 5 årene for dødsfall ved overdose

Det er av interesse å se på hva pasientene har gjort i tjenestene i årene før overdosen, ettersom indikatoren har som formål å følge med på kvalitet i tjenestene. Figur 33 viser hvordan pasienter døde av overdose kan sammenlignes med pasientgruppen som fortsatt lever i 2024.





Figur 33: Fordeling av antall innleggelsesdager, antall innleggelser og antall episoder/kontakter for overdosedødsfall og den levende pasientgruppen. Figuren viser boksplott med log10 skala på y-aksen, der boksen representerer interkvartilbredden (25.–75. percentil), og den horisontale linjen i boksen angir medianen. Whiskers viser minimums- og maksimumsverdier. Asterisk (*) indikerer en statistisk signifikant forskjell mellom gruppene (Mann Whitney U test for ikke-parametriske data).

Her kan man se at det generelt er flere episoder/kontakter i overdosedødsfallspopulasjonen, flere innleggelsesdager og flere innleggelser enn for den øvrige levende befolkning i 2024. Det er signifikant forskjell for antall episoder/kontakter ($p < 0,001$), antall innleggelser ($p < 0,001$) og antall kontakter ($p < 0,001$) mellom pasienter med overdosedødsfall og øvrige pasienter. Dette oppstår trolig siden dette er en mer alvorlig syk pasientgruppe og at de følges tettere opp av tjenestene. Samme tendens fremstår for alle statistikkår fra 2019 til 2023.

For å se litt nærmere på populasjonen overdosedødsfall med hyppige kontakter fordelt på sektor er det trukket ut pasienter som har hatt mer enn 20 kontakter de siste fem årene. For PHV gjelder dette 155 673 personer og 112 av disse døde av overdose i 2024 (0.07 %) versus 39 123 i TSB og 203 overdosedødsfall 0,3 %. For legemiddelassistert rehabilitering (LAR) så involverer det 115 døde av 8622 pasienter (1,3 %). For pasienter med diagnoser i F1 kapittelet (diagnostisert med rusmiddelproblem) – og som har mer enn 30 kontakter i PHV, TSB eller LAR kan man se at 0.03% overdoser forekommer i PHV, 0,5% forekommer overdoser i TSB, og 1,1% forekommer i LAR, med gjennomsnittlig alder ved overdosene på 37, 43 og 47 år. Kan tyde på at personer i LAR blir eldre enn personer som følges opp i PHV/TSB hvis man kun ser på overdoser.

LAR-pasienter blir stadig eldre, sykere og populasjonen preges av aldring, ofte med en høy andel pasienter over 50 år [3]. Mens PHV (psykisk helsevern for voksne) dekker et bredt aldersspenn fra unge til eldre, er LAR-populasjonen i stor grad sammensatt av en aldrende gruppe som har vært i systemet lenge. Mer detaljert om overdose-statistikk kan finnes i helsedirektoratets rapport [Tall om illegale rusmidler](#).

[1] [Tall om illegale rusmidler](#)

[2] Helsedirektoratet: Handlingsplan mot overdoser:
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/handlingsplan-mot-overdoser>

[3] Todd-Kvam J, Sugahara G, Muller AE, Clausen T. Quality of life whilst ageing in opioid agonist treatment: a narrative analysis. BMC Public Health. 2025 Mar 26;25(1):1151. doi: 10.1186/s12889-025-22438-4.

Tapte leveår ved ulykkesdødsfall for personer i psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Bakgrunn og formål med indikatoren

Ulykkesdødsfall omfatter dødsfall som skyldes utilsiktede hendelser som forgiftninger, fall, kvelning, trafikkulykker, drukning og brann. I Norge omkommer rundt 2000 mennesker årlig som følge av ulykker, og forekomsten er høyere blant menn enn kvinner [1]. Hvert dødsfall rammer mange, og etterlatte og nærstående kan sitte igjen med både sorg og ubesvarte spørsmål.

Ulykkesdødsfall i gruppen som har vært i kontakt med psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) omfatter et bredt spekter av hendelser, men forskning viser at en betydelig andel kan være skjulte selvmord [2] eller ulykker der rusmiddelbruk har vært en sentral medvirkende faktor [3].

Blant pasienter som har vært i kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling, er risikoen for dødsfall knyttet til ulykker betydelig høyere enn i befolkningen for øvrig [4]. Dette skyldes både økt sårbarhet, høy forekomst av komorbide psykiske lidelser, rusmiddelbruk og utfordringer i hverdagsfungering. Flere internasjonale og norske studier indikerer at en del ulykker i disse populasjonene i realiteten er underkategoriserte selvmord, særlig drukning, fall, forgiftninger og trafikkhendelser [5], [6].

I tillegg er rusmiddelrelaterte ulykker vanlige, hvor påvirkning av alkohol eller narkotiske stoffer svekker vurderingsevne, koordinasjon og reaksjonsevne, og øker risikoen for farlige situasjoner. Kombinasjonen av psykiske plager og rusmiddelbruk forsterker risiko ytterligere.

[Opptrappingsplanen for psykisk helse \(regjeringen.no\)](#) har også selvmord som fokusområde der det beskrives mange tiltak til forebygging. Regjeringen har gjennom [stortingsmeldingen for rusmiddelfeltet](#) målsetninger om bedre forebygging, skadereduksjon og behandling. Indikatoren kan brukes til å følge med på om tiltak rettet mot pasientpopulasjonen påvirker antall døde. [Nasjonal faglig retningslinje for selvmordsforebygging i psykisk helsevern og TSB](#) er utarbeidet for å forebygge selvmord, også disse skjulte selvmordene som indikatoren dekker. Integrert behandling av psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet, sammen med sterkere samarbeid mellom helsetjenester, Nav og kommunale tjenester, er avgjørende for å styrke sikkerheten og redusere risiko for både reelle og skjulte selvmord og rusrelaterte ulykker.

Indikatoren måler tapte leveår som følge av ulykker blant personer som har hatt minst én kontakt med psykisk helsevern (PHV) eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) de siste fem årene før dødsfallet. Mange av de som dør i ulykker har tidligere vært i behandling i disse tjenestene, og forskningen viser at risikoen for ulykkesdød er betydelig høyere i denne gruppen enn i befolkningen generelt. En del av dødsfallene er reelle ulykker, mens andre kan være skjulte selvmord eller hendelser der rusmidler har bidratt til økt risiko.

Lenke til NKI siden for indikatoren: [Tapte leveår ved ulykke for personer i PHV/TSB](#)

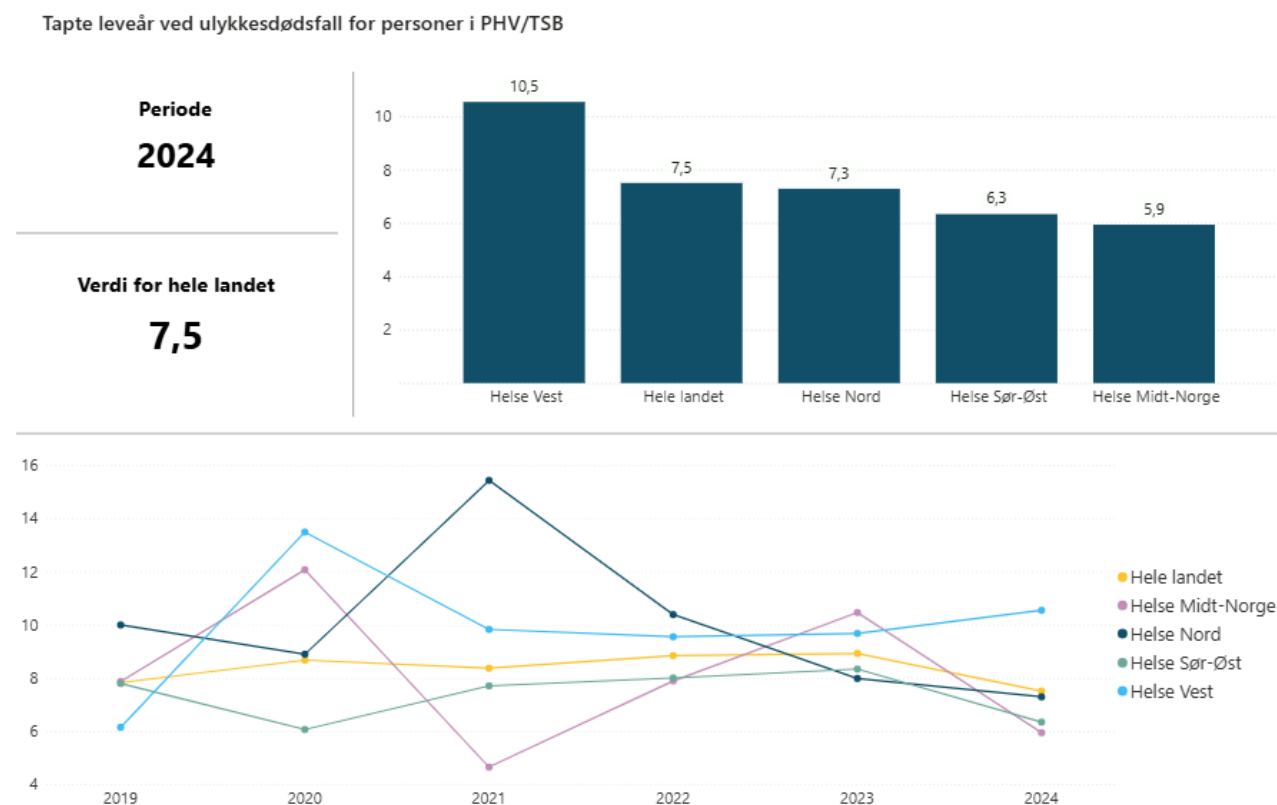
Ulykkesdødsfallsindikatoren har følgende struktur:

- Hovedmåltall (selve indikatoren): « Tapte leveår ved ulykkesdødsfall for personer i PHV/TSB»
- Måltall 2: «Antall døde av ulykker per 100 000 i PHV/TSB»
- Måltall 3: «Antall døde av ulykker i PHV/TSB»
- Måltall 4: «Antall døde kvinner som følge av ulykker per 100 000 i PHV/TSB»

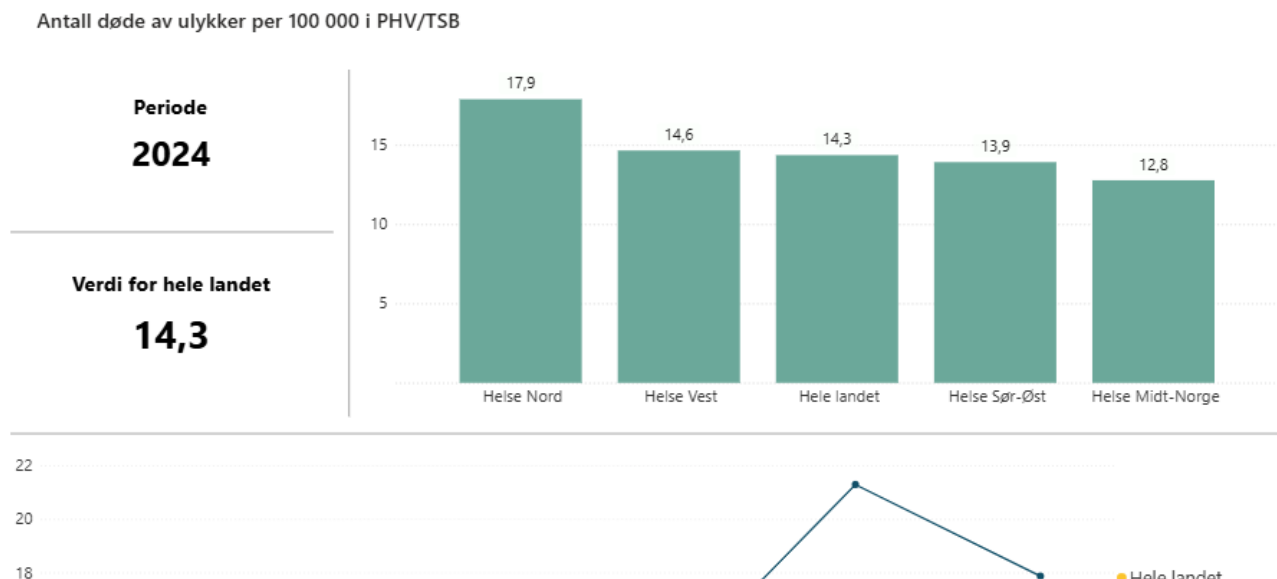
- Måltall 5: «Antall døde menn som følge av ulykker per 100 000 i PHV/TSB»
- Måltall 6: «Antall døde kvinner som følge av ulykker i PHV/TSB »
- Måltall 7: «Antall døde menn som følge av ulykker i PHV/TSB »

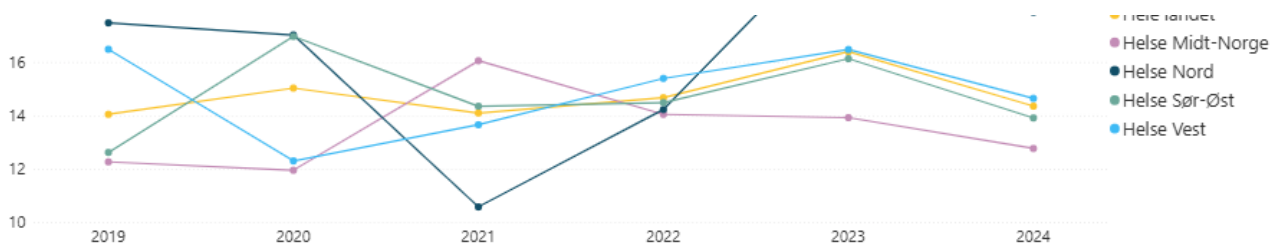
Generelle resultater

Færre år går tapt for ulykkesindikatoren enn for de to andre dødsårsakene (Figur 34). Tapte leveår er på landsbasis 7,5 for personer i PHV/TSB sammenlignet med den øvrige befolkning.



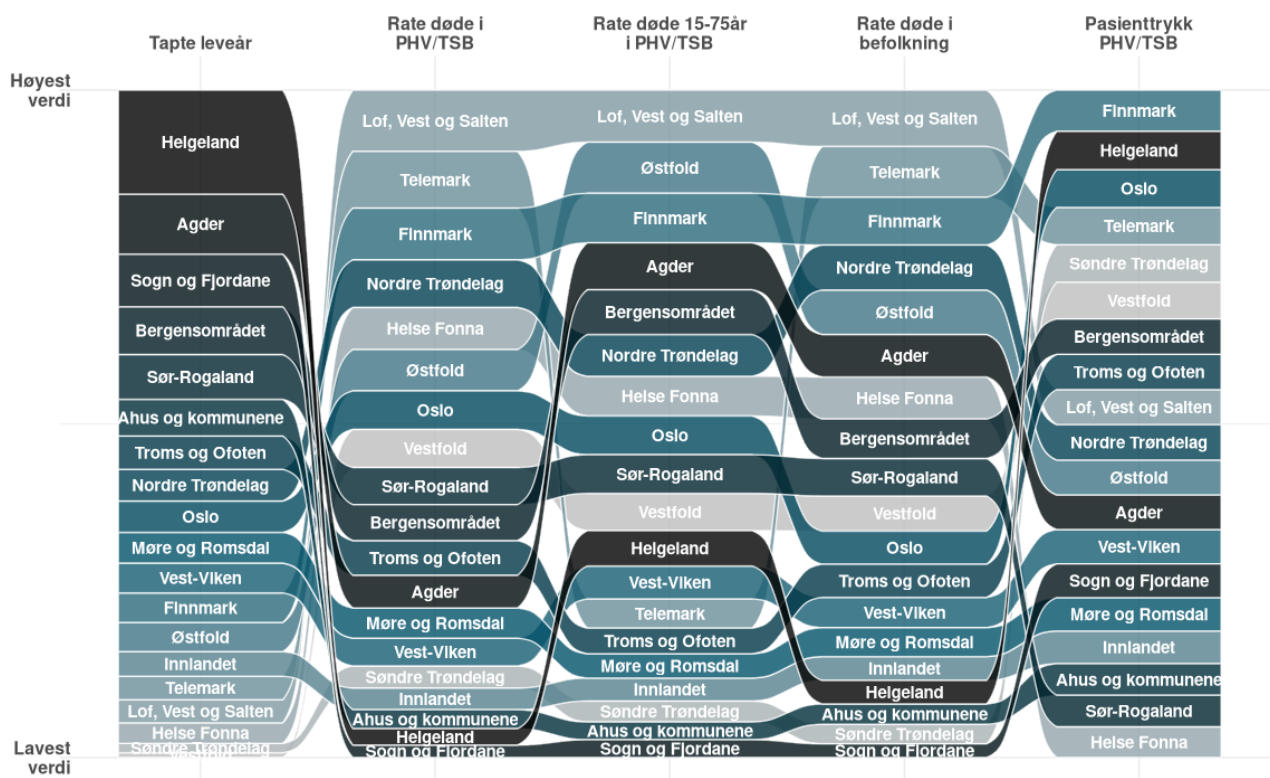
Figur 34: Tapte leveår blant de regionale helseforetakene og på landsbasis. Øverste panel gjelder for 2024, og nederste panel er utvikling over tid. Figuren er slik indikatorresultatene er presentert på nettsidene for helsedirektoratet: Tapte leveår ved ulykke for personer i PHV/TSB





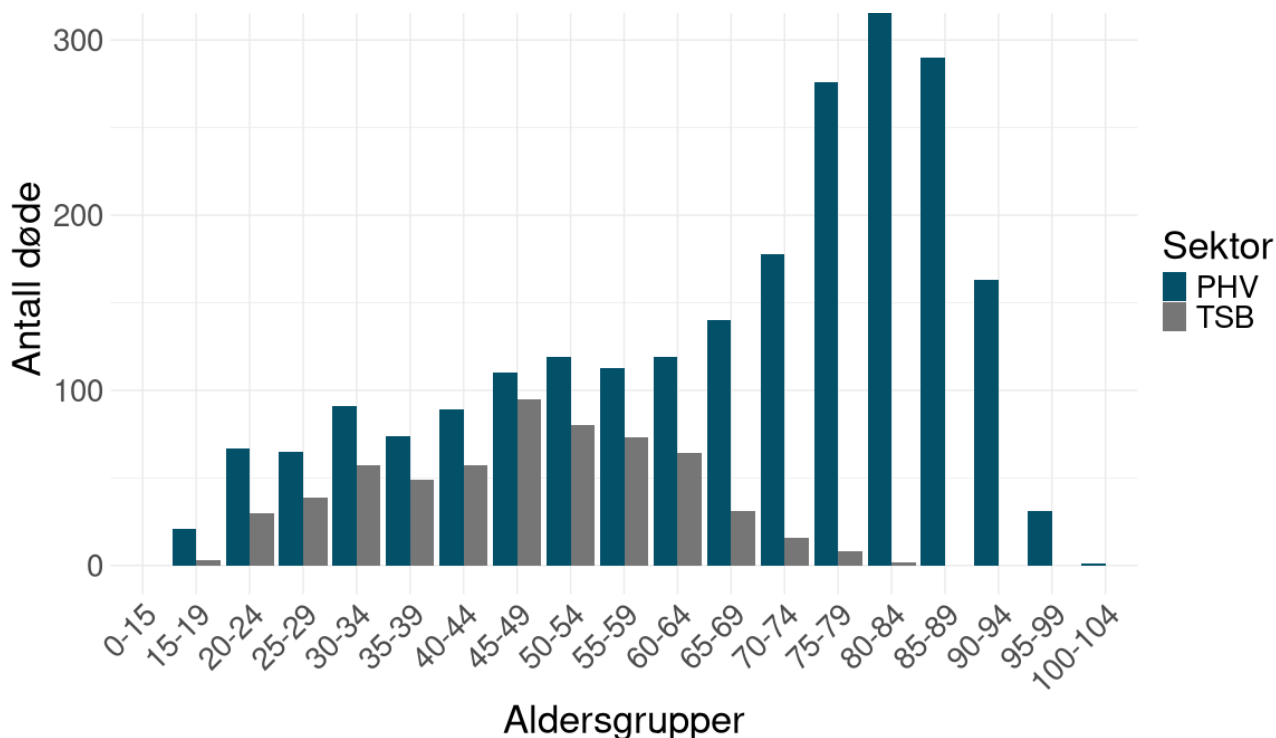
Figur 35: Rate ulykkesdødsfall per 100 000 i PHV/TSB blant de regionale helseforetakene og på landsbasis. Øverste panel gjelder for 2024, og nederste panel er utvikling over tid. Figuren er slik indikatorresultatene er presentert på nettsidene for helsedirektoratet.

Det supplerende målet for rate per 100 000 pasienter viser en høyere forekomst av ulykkesdødsfall i Helse Nord enn i resten av landet for de siste par årene (figur 35). Figuren nedenfor oppsummerer hvordan de ulike målemetodene fanger opp ulike aspekter av problemstillingen. Her kan man se at Lofoten, Vesterålen og Salten, samt Finnmark har høyere rater av ulykkesdødsfall enn mange av de andre Helsefelleskapene, også når man avgrenser aldersprofilen til 15-75 år.



Figur 36: Rangering og spredning av helsefelleskapene på tvers av ulike målemetoder. Hver kolonne representerer én målemetode, hvor helsefelleskapene er rangert fra høyest til lavest verdi innen den enkelte kolonnen. Flytene mellom kolonnene viser hvordan plasseringen til hvert helsefelleskap endrer seg mellom målemetodene. Tykkelsen på båndet innen hver kolonne viser spredning av dataene - en normalisering av det prosentvise bidrag fra hvert helsefelleskap til det respektive målet.

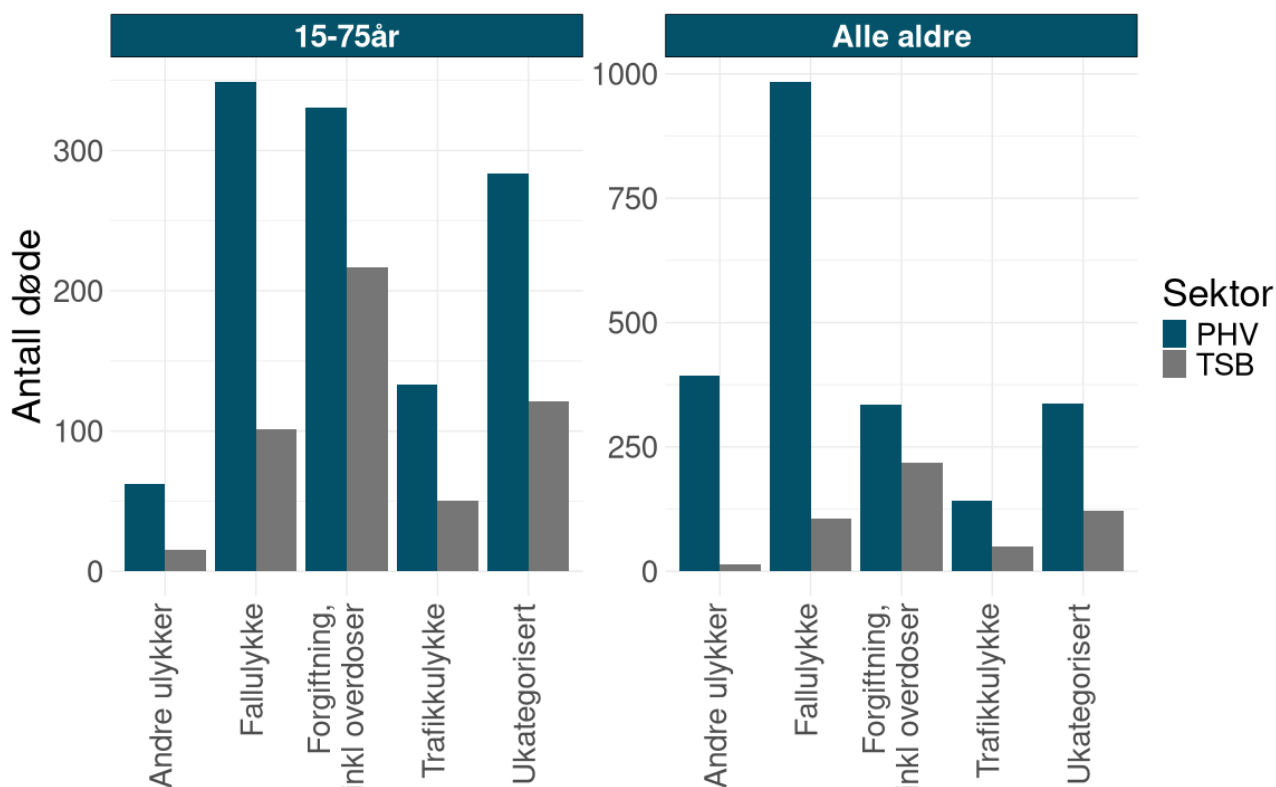
Når man ser på aldersprofilen for antall døde (figur 37) så er det tydelig at svært mange eldre dør av ulykker og kan ha hatt en helt urelatert kontakt med PHV i forkant av ulykkesdødsfallet. Eventuelle tiltak for indikatoren (for ratemålet) kunne vært avgrensning av aldersspennet til eksempelvis 75 år for å gjøre indikatoren mer sensitiv for å måle ulykkesdødsfall som kan knyttes til helsetjenestene pasientene har mottatt.



Figur 37: Ulykkesdødsfall fordelt på aldersgrupper for pasienter i kontakt med PHV eller TSB.

Typer ulykkesdødsfall

Når man ser på hva slags ulykker som ligger til grunn for dødsfallet så fremtrer fall som en dominerende kategori dersom alle aldersgrupper inkluderes. Dersom aldersspennet justeres til 15-75 år så jevnes denne effekten noe ut.



Figur 38: Antall ulykkesdødsfall fordelt over typer ulykker og aldersgrupper.

Dette understøtter også at en aldersavgrensning kan være nyttig å implementere for indikatoren for å knytte ulykkesdødsfallet tettere til tjenesteoppfølging.

[1] Folkehelse rapporten: <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/skader/skader-og-ulykker-i-norge/>

[2] Snowdon J, Choi NG. Undercounting of suicides: Where suicide data lie hidden. Glob Public Health. 2020 Dec;15(12):1894-1901. doi: 10.1080/17441692.2020.1801789. Epub 2020 Aug 3. PMID: 32744898.

[3] WHO 2024: [Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders](#)

[4] Crump C, Sundquist K, Winkleby MA, Sundquist J. Mental disorders and risk of accidental death. British Journal of Psychiatry. 2013;203(4):297-302. doi:10.1192/bjp.bp.112.123992

[5] Gravensteen IK, Ekeberg Ø, Thiblin I, Helweg-Larsen K, Hem E, Rogde S, Tøllefsen IM. Psychoactive substances in natural and unnatural deaths in Norway and Sweden - a study on victims of suicide and accidents compared with natural deaths in psychiatric patients. BMC Psychiatry. 2019 Jan 18;19(1):33. doi: 10.1186/s12888-019-2015-9. PMID: 30658618; PMCID: PMC6339417.

[6] Prestmo A, Høyen K, Vaaler AE, Torgersen T, Drange OK. Mortality Among Patients Discharged From an Acute Psychiatric Department: A 5-Year Prospective Study. Front Psychiatry. 2020 Aug

[7] Yogini V. Chudasama, Kamlesh Khunti, Clare L. Gillies, Nafeesa N. Dhalwani, Melanie J. Davies, Thomas Yates, Francesco Zaccardi (2022) Estimates of years of life lost depended on the method used: tutorial and comparative investigation, Journal of Clinical Epidemiology, Volume 150, 2022, <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2022.06.012>.

[8] Ingvild Eide Graff m fler (2025). Utredning av hvordan mørketall ved selvmord kan reduseres. Rapport 2025.

<https://www.fhi.no/contentassets/3f19fb203ad648e1a60854d0064f1fbf/rapport-fra-ekspertgruppe.pdf>

[9] [Handlingsplan for selvmordsforebygging \(regjeringen.no\)](#)

[10] [Nasjonal faglig retningslinje for selvmordsforebygging i psykisk helsevern og TSB](#)

[11] [Trygghet, fellesskap og verdighet \(Meld. St. 5, 2024–2025\) \(regjeringen.no\)](#)

[12] [Overdosehandlingsplanen](#)

Diskusjon – dødsårsaksmålene

Resultatene for tapte leveår ved selvmord, overdoser og ulykkesdødsfall viser at disse dødsårsakene samlet bidrar til et betydelig helsetap blant personer som har vært i kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Tapte leveår gir særlig høy vekt til dødsfall i yngre alder. For pasientgrupper innen psykisk helse og rus er dette relevant, ettersom flere av dødsårsakene – særlig selvmord og overdoser – forekommer tidligere i livsløpet enn mange somatiske dødsårsaker i den generelle befolkningen. Indikatoren kan derfor bidra til å synliggjøre et helsetap som ellers kan bli mindre tydelig dersom man kun ser på antall dødsfall eller dødsrater.

Resultatene må samtidig tolkes med varsomhet. Tapte leveår påvirkes i stor grad av enkeltstående hendelser i yngre aldersgrupper, og indikatorene kan derfor variere mer fra år til år, særlig i mindre geografiske områder eller i små populasjoner [\[1\]](#). Små endringer i antall dødsfall kan gi relativt store utslag i estimatene. I tillegg påvirkes tapte leveårsmålet av alderssammensetning av pasientpopulasjonen i det geografiske området, samt variasjonene i levealder i den generelle befolkning for det samme området. Dette understreker behovet for å vurdere indikatorene over flere år og i sammenheng med andre mål på dødelighet. På sikt kan man vurdere hvorvidt tapte leveår som mål kan anvendes kun på landsnivå, og at man heller benytter antall per 100 000 som selve indikatoren som skiller mellom Helsefelleskap og endringer over tid. Revisjon kan vurderes etter erfaringer med bruk av denne indikatoren, i dialog med fagmiljø.

Det finnes også noe usikkerhet i registrering av dødsårsaker, som nevnt under 9.3 (lenke) der det er stort overlapp mellom overdose og ulykke, samt overdose og selvmord. Hvorvidt en overdose er et selvmord eller en ulykke kan til tider være umulig for ansvarlig lege å fastsette [\[2\]](#). Samtidig kan svært mange selvmord som ikke er overdoser kamufleres som ulykker og registreres feil. Av disse grunnene bør alle tre indikatorene sees i sammenheng.

En annen begrensning er at indikatoren i seg selv ikke kan si noe om årsakene til dødsfallene eller kvaliteten på den behandlingen pasienten har mottatt. Dødelighet påvirkes av en rekke faktorer som ligger utenfor helsetjenestens direkte kontroll, inkludert sosiale forhold, levekår, rusmiddelbruk, somatisk helse og psykososiale belastninger. Indikatorene bør derfor primært forstås som signalindikatorer som kan bidra til å identifisere områder hvor det kan være behov for nærmere analyser. Samtidig gir indikatorene et viktig supplement til overdødelighetsmålene. Mens overdødelighet måler forskjeller i dødelighet mellom pasientpopulasjonen og den øvrige befolkningen, gir tapte leveår et mål på den samlede sykdomsbyrden knyttet til bestemte dødsårsaker. Samlet kan disse indikatorene gi et mer helhetlig bilde av dødelighet blant personer som har vært i kontakt med psykisk helsevern og TSB.

Indikatorene kan også bidra til å synliggjøre områder der forebyggende tiltak kan ha særlig stor betydning. Selvmordsforebygging, overdoseforebygging og forebygging av ulykker er sentrale innsatsområder i flere nasjonale strategier og handlingsplaner [\[3\]](#), [\[4\]](#), [\[5\]](#), [\[6\]](#). Ved å følge utviklingen i tapte leveår knyttet til disse dødsårsakene over tid kan indikatorene gi et grunnlag for å vurdere effekten av slike tiltak. Det finnes dessverre ikke god nasjonal registrering av antall selvmordsforsøk, overdoser eller ulykker som er avverget etter kontakt med PHV / TSB.

Som for øvrige nasjonale kvalitetsindikatorer bør dødsårsaksmålene tolkes i sammenheng med andre indikatorer og analyser innen feltet. Ingen enkelt indikator kan alene gi et fullstendig bilde av kvaliteten i tjenestene. Ved å kombinere informasjon fra flere indikatorer kan man få et mer nyansert bilde av utviklingen i dødelighet og tjenestene som mottas for personer med psykiske lidelser eller rusmiddelproblemer.

Indikatorene kan også bidra til å følge opp nasjonale målsettinger om å redusere forskjeller i levealder mellom personer med psykiske lidelser eller rusmiddelproblemer og den øvrige befolkningen. I [Opptappingsplanen for psykisk helse \(regjeringen.no\)](#) er økt levealder og redusert overdødelighet for disse pasientgruppene et sentralt

resultatmål. Ved å belyse hvilke dødsårsaker som bidrar mest til tap av leveår kan indikatorene gi et viktig kunnskapsgrunnlag for prioritering av forebyggende tiltak og videre utvikling av tjenestene.

[1] Yogini V. Chudasama, Kamlesh Khunti, Clare L. Gillies, Nafeesa N. Dhalwani, Melanie J. Davies, Thomas Yates, Francesco Zaccardi (2022) Estimates of years of life lost depended on the method used: tutorial and comparative investigation, Journal of Clinical Epidemiology, Volume 150, 2022, <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2022.06.012>.

[2] Ingvild Eide Graff m fler (2025). Utredning av hvordan mørketall ved selvmord kan reduseres. Rapport 2025. <https://www.fhi.no/contentassets/3f19fb203ad648e1a60854d0064f1fbf/rapport-fra-ekspertgruppe.pdf>

[3] [Handlingsplan for selvmordsforebygging \(regjeringen.no\)](#)

[4] [Nasjonal faglig retningslinje for selvmordsforebygging i psykisk helsevern og TSB](#)

[5] [Trygghet, fellesskap og verdighet \(Meld. St. 5. 2024–2025\) \(regjeringen.no\)](#)

[6] [Overdosehandlingsplanen](#)

