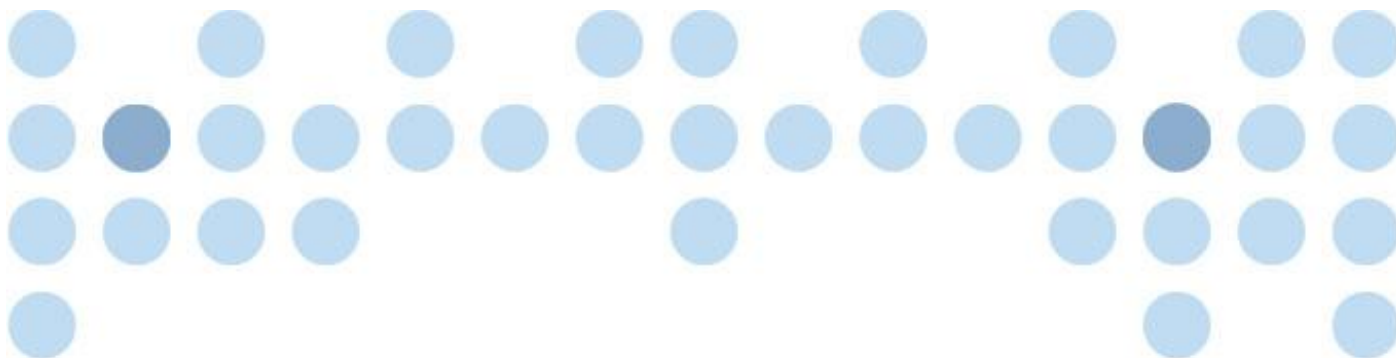




2026

# Helseatlas

Rusbehandling for voksne i perioden 2021-2025



ISBN 978-82-691504-9-0

**Utgitt av:** Helse Førde HF, Seksjon for forskning og innovasjon, Fag og utviklingsavdelinga

**Gradering:** Open

**Dato:** 28.10. 2026

**Tittel:** Helseatlas for rusbehandling for voksne 2021-2025

**Oppdragsgjevar:** Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Vest RHF

**ISBN:** 978-82-691504-9-0 E-bok (PDF)

**Helseatlasen er utarbeidd av Seksjon for forskning og innovasjon, Helse Førde HF, ved:**

Oddne Skrede  
Sweta Tiwari  
Haji Kedir Bedane  
Knut Ivar Osvoll  
Bjarne Martens Nes  
Jagrati Jani-Bølstad

**Helseatlasen er utarbeidd i samarbeid med ei ressursgruppe bestående av:**

Lars Ravn Øhlckers, Assisterande fagdirektør, Helse Vest RHF  
Per Arne Holman, Analysesjef, Lovisenberg Diakonale Sykehus  
Eysteinn Udberg, Brukarrepresentant for Helse Førde HF, Rusettervernet i Sogn og Fjordane  
Jørgen Bramness, Professor og spesialist i psykiatri, UiT Norges arktiske universitet  
Jens Hetland, Førsteamanuensis ved Universitetet i Stavanger  
Lars Lien, Professor ved Universitetet i Innlandet og leder i Norsk psykiatrisk forening  
Åse Prestvik, Fagsjef, Blå Kors klinikk, Trondheim  
Inger Hilde Trandem, Kommuneoverlege i Tromsø kommune

## Forord

Ruslidingar er ei stor folkehelseutfordring som råkar både enkeltmenneske, familiar og samfunnet. Mange av dei som treng behandling, har samansette og langvarige helseutfordringar. Det stiller store krav til tilgjengelege tenester, fagleg kvalitet og god samhandling mellom spesialisthelsetenesta og kommunane. For pasientane er det avgjerande at behandling og oppfølging heng saman, uavhengig av kvar dei bur.

Med *Helseatlas for rusbehandling for vaksne 2021–2025* presenterer Helse Førde eit omfattande kunnskapsgrunnlag om geografisk variasjon i bruken av helsetenester til personar med ruslidingar. Atlaset omfattar både poliklinisk behandling, døgnbehandling, legemiddellassistert rehabilitering og oppfølging etter utskriving. Det gir eit breitt bilete av korleis tenestene blir nytta på tvers av behandlingsnivå og geografiske område.

Resultata viser at det er betydelege skilnader i bruken av rusbehandling rundt om i landet. Oppfølginga pasientane får etter at dei har vore innlagde varierer også mykje, og er eit område som krev meir merksemd.

Geografisk variasjon er ikkje nødvendigvis eit uttrykk for ulik kvalitet eller uønskt praksis. Skilnadene kan ha fleire forklaringar og må vurderast i lys av lokale behov og føresetnader. Verdien av helseatlaset ligg nettopp i å synleggjere variasjon og legge til rette for fagleg refleksjon, vidare undersøkingar og kunnskapsbaserte avgjerder.

Helse Førde har gjennom arbeidet med Helseatlas utvikla eit sterkt fagmiljø innan registerbaserte analysar og helsetenesteforsking. Dette arbeidet er eit viktig bidrag til den nasjonale kunnskapsutviklinga og viser korleis systematisk bruk av helsedata kan gi innsikt som kjem både pasientar, fagmiljø og helsetenesta som heilskap til gode.

Eg vil rette ei stor takk til medarbeidarane ved Seksjon for forskning og innovasjon i Helse Førde, til ressursgruppa og til alle samarbeidspartnarane som har bidrege til arbeidet. Gjennom solid analysearbeid og brei fagleg involvering er det lagt eit godt grunnlag for vidare diskusjon og utvikling av rusbehandlinga i Noreg.

Eg håpar dette helseatlaset blir teke aktivt i bruk av fagmiljø, leiarar, helseføretak, kommunar og styresmakter. Målet er ikkje berre å forstå variasjonen vi ser, men å bruke kunnskapen til å utvikle meir samanhengande, treffsikre og likeverdige helsetenester for menneske med ruslidingar.

**Førde, 26.10.2026**

**Dagrun Kyrkjebø**

Utviklingsdirektør

Helse Førde HF

## Innhold

|                                                                                      |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Forord .....                                                                         | 3         |
| <b>1. Innleiing .....</b>                                                            | <b>6</b>  |
| <b>1. Hovudfunn .....</b>                                                            | <b>7</b>  |
| <b>2. Metode .....</b>                                                               | <b>8</b>  |
| 2.1. Datakjelder .....                                                               | 8         |
| 2.2. Utval og aldersgrupper .....                                                    | 8         |
| 2.3. Klassifisering av behandlingstilsetningar .....                                 | 8         |
| 2.4. Definisjonar .....                                                              | 9         |
| 2.4.1. Polikliniske kontaktdagar .....                                               | 9         |
| 2.4.2. Døgnopphald .....                                                             | 9         |
| 2.4.3. Behandling i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) .....                   | 9         |
| 2.4.4. Pasientar med samtidig rus- og alvorleg psykisk lidning (ROP-pasientar) ..... | 9         |
| 2.4.5. Integrert ettervern etter døgnbehandling .....                                | 11        |
| 2.4.6. Forløpsintensitet .....                                                       | 13        |
| 2.5. Kjønns- og aldersjustering .....                                                | 13        |
| 2.6. Vurdering av variasjon .....                                                    | 13        |
| 2.7. Datakvalitet og personvern .....                                                | 14        |
| <b>3. Resultat .....</b>                                                             | <b>15</b> |
| 3.1. Bruk av rusbehandling i alle sektorar .....                                     | 15        |
| 3.1.1. Poliklinisk behandling av pasientar med ruslidning .....                      | 16        |
| 3.1.2. Døgnbehandling av pasientar med ruslidning (pasient og opphald) .....         | 17        |
| 3.1.3. Døgnbehandling av pasientar med ruslidning (liggedøgn) .....                  | 18        |
| 3.1.4. Integrert ettervern etter døgnbehandling i alle sektorar .....                | 19        |
| 3.2. Bruk av tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB) .....                      | 21        |
| 3.2.1. Poliklinisk behandling i tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB) .....   | 21        |
| 3.2.2. Døgnbehandling i TSB (pasient og opphald) .....                               | 22        |
| 3.2.3. Døgnbehandling i TSB (liggedøgn) .....                                        | 23        |
| 3.2.4. Integrert ettervern etter døgnbehandling i TSB .....                          | 24        |
| 3.2.5. Forløpsintensitet i TSB .....                                                 | 26        |
| 3.3. Diagnosespesifikke analysar .....                                               | 27        |
| 3.4. Alkohollidningar .....                                                          | 27        |
| 3.4.1. Poliklinisk behandling av pasientar med alkohollidningar .....                | 27        |
| 3.4.2. Døgnbehandling av pasientar med alkohollidningar (pasient og opphald) .....   | 28        |
| 3.4.3. Døgnbehandling av pasientar med alkohollidningar (liggedøgn) .....            | 29        |
| 3.5. Opioidlidningar .....                                                           | 31        |
| 3.5.1. Poliklinisk behandling av pasientar med opioidlidningar .....                 | 31        |
| 3.5.2. Døgnbehandling av pasientar med opioidlidningar (pasient og opphald) .....    | 32        |

|         |                                                                                                                  |    |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.5.3.  | Døgnbehandling av pasientar med opioidlidingar (liggedøgn).....                                                  | 33 |
| 3.6.    | LAR behandling .....                                                                                             | 34 |
| 3.6.1.  | Poliklinisk behandling av pasientar i legemiddelassistert rehabilitering (LAR ) .....                            | 34 |
| 3.6.2.  | Døgnbehandling av pasientar i LAR (pasient og opphald) .....                                                     | 35 |
| 3.6.3.  | Døgnbehandling av pasientar i LAR (liggedøgn).....                                                               | 36 |
| 3.6.4.  | Legemiddelutlevering og gjennomføring i LAR-behandling .....                                                     | 37 |
| 3.7.    | Cannabislidingar .....                                                                                           | 39 |
| 3.7.1.  | Poliklinisk behandling av pasientar med cannabisliding .....                                                     | 39 |
| 3.8.    | Sedativa og hypnotikalidingar .....                                                                              | 40 |
| 3.8.1.  | Poliklinisk behandling av pasientar med sedativa-/hypnotikaliding .....                                          | 40 |
| 3.8.2.  | Døgnbehandling av pasientar med sedativa-/hypnotikaliding (pasient og opphald)....                               | 41 |
| 3.8.3.  | Døgnbehandling av pasientar med sedativa-/hypnotikaliding (liggedøgn) .....                                      | 42 |
| 3.9.    | Kokainlidingar .....                                                                                             | 43 |
| 3.9.1.  | Poliklinisk behandling av pasientar med kokainlidingar .....                                                     | 43 |
| 3.10.   | Lidingar knytt til andre stimulantar .....                                                                       | 45 |
| 3.10.1. | Poliklinisk behandling av pasientar med liding knytt til andre stimulantar .....                                 | 45 |
| 3.11.   | Lidingar knytt til andre og fleire psykoaktive stoff .....                                                       | 46 |
| 3.11.1. | Poliklinisk behandling av pasientar med liding knytt til andre og fleire psykoaktive stoff<br>46                 |    |
| 3.11.2. | Døgnbehandling av pasientar med liding knytt til andre og fleire psykoaktive stoff<br>(pasient og opphald) ..... | 47 |
| 3.11.3. | Døgnbehandling av pasientar med liding knytt til andre og fleire psykoaktive stoff<br>(liggedøgn).....           | 48 |
| 3.12.   | ROP-lidingar .....                                                                                               | 49 |
| 3.12.1. | Poliklinisk behandling av pasientar med ROP-lidingar .....                                                       | 49 |
| 3.12.2. | Døgnbehandling for pasientar med ROP-lidingar (pasient og opphald) .....                                         | 50 |
| 3.12.3. | Døgnbehandling av pasientar med ROP-lidingar (liggedøgn).....                                                    | 51 |
| 3.13.   | Kommunehelsetenesta .....                                                                                        | 53 |

## 1. Innleiing

Ruslidingar er ei stor folkehelseutfordring og er knytte til auka sjukdomsbyrde, redusert livskvalitet og høg dødelegheit. Personar med rusliding har ofte samansette og langvarige behov for helsetenester, og mange har samtidig psykiske og somatiske helseproblem. Behandling, og oppfølging og rehabilitering, omfattar tenester frå både kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta, og krev god samhandling mellom ulike nivå og fagområde.

Helseatlas for rusbehandling beskriv geografisk variasjon i bruken av helsetenester blant personar med rusliding i perioden 2021–2025. Formålet med atlaset er å synleggjere geografiske skilnader i bruk av helsetenester og gi eit kunnskapsgrunnlag for vidare fagleg vurdering og utvikling av tenestene. Atlaset tek ikkje stilling til kva som er eit riktig nivå på tenesteb Bruken, men viser kvar det finst variasjon som kan vere grunnlag for vidare undersøkingar.

Analysane omfattar poliklinisk behandling, døgntil behandling og legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB), samt poliklinisk behandling og døgntil behandling av ruslidingar i psykisk helsevern og somatisk spesialisthelseteneste. Alle desse tenestene er del av spesialisthelsetenesta. Vidare omfattar analysane rusrelaterte konsultasjonar hos fastlege og legevakt i kommunehelsetenesta, helse- og omsorgstenester i heimen og andre kommunale tenester. TSB er den einaste sektoren som utelukkande er dedikert til utgreiing og behandling av ruslidingar, medan psykisk helsevern og somatisk spesialisthelseteneste også behandlar andre lidningar. Pasientane er grupperte etter ICD10 diagnosekodar frå spesialisthelsetenesta og ICD-10 kodar frå kommunehelsetenesta slik at bruken av helsetenester kan samanliknast på tvers av ulike typar ruslidingar. LAR er ei langvarig behandlings- og oppfølgingsform for personar med opioidavhengigheit, og talet på pasientar og geografisk variasjon i denne behandlinga er vist som eigne indikatorar i atlaset. Ein betydeleg del av pasientane har både rusliding og alvorleg psykisk lidning samtidig (ROP-lidningar), noko som stiller særlege krav til samordna og integrert behandling. Behandlingsomfanget for desse er også framstilte i eigne analysar.

Geografiske variasjonar kan ha fleire årsaker, mellom anna forskjellar i sjukdomsbyrde, diagnostisk praksis, organisering av tenestene, kapasitet, oppgåvefordeling og registreringspraksis. Resultata må derfor tolkast i lys av lokale forhold og kan ikkje åleine seie om variasjonane er ønskte eller uønskte. Atlaset er først og fremst eit kunnskapsgrunnlag for vidare kvalitetsarbeid og fagleg dialog om utviklinga av helsetenestene til personar med ruslidingar.

## 1. Hovudfunn

**Stor variasjon i poliklinisk behandling.** Det er stor geografisk variasjon i bruken av poliklinisk behandling, både samla og for dei enkelte ruslidingane. Variasjonen gjeld både kor mange pasientar som får behandling og kor mykje behandling dei får, målt som tal dagar med poliklinisk kontakt (kontaktdagar).

**Kontaktdagane varierer meir enn pasienttalet.** Kontaktdagsratane varierer gjennomgåande meir enn pasientratane. Skilnadane mellom opptaksområda handlar dermed i stor grad om kor mykje behandling kvar pasient får, snarare enn om pasientane får tilgang til behandling.

**Mindre variasjon i døgnbehandling, men stor variasjon i liggedøgn.** Kor mange pasientar som får døgnbehandling varierer mindre enn for poliklinisk behandling. Det gjeld særleg alkohol- og ROP-lidingar, dei to største pasientgruppene i døgnbehandling, medan variasjonen er større for dei andre ruslidingane. Talet på liggedøgn og lengda på opphalda varierer derimot mykje mellom opptaksområda.

**Oppfølging etter utskriving.** Det er stor variasjon i oppfølginga pasientane får etter døgnbehandling. Dette gjeld både poliklinisk oppfølging, kontakt med kommunehelsetenesta og reinnleggingar. Skilnadane kan spegle ulik grad av samhandling mellom tenestenivåa.

**Tid frå tilvising til første kontakt.** Det er store skilnader i kor raskt pasientar som blir tilviste til rusbehandling kjem i gang med behandlinga. På landsbasis og i mange opptaksområde har likevel tida frå tilvising til kontakt gått ned i perioden. Tida mellom kontaktane er kortare i det vidare behandlingsforløpet og varierer mindre geografisk.

**Fordeling mellom sektorar i spesialisthelsetenesta.** Tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB) står for størstedelen av den polikliniske rusbehandlinga og av liggedøgna. Psykisk helsevern har ei sentral rolle for ROP-lidingar og lidingar knytt til andre og fleire psykoaktive stoff, og står for ein stor del av behandlinga i enkelte opptaksområde. Somatisk sektor står for om lag ein tredjedel av døgnopphalda, men nesten alle er akutte og kortvarige opphald.

**Private institusjonar har eit betydeleg bidrag til tenestetilbodet.** Offentlege institusjonar står for dei fleste døgnopphalda, men private med kjøpsavtale har lengre opphald og står for over halvparten av liggedøgna i fleire opptaksområde. Talet på liggedøgn har gått ned i perioden, særleg i private institusjonar.

**Kommunehelsetenesta skil seg ut med liten geografisk variasjon.** Både tal pasientar per innbyggjar og talet på rusrelaterte konsultasjonar hos allmennlege er relativt like mellom opptaksområda, og auka svakt i perioden.

**Utvikling over tid.** Den samla polikliniske aktiviteten gjekk noko ned i perioden 2021-2025, medan tal pasientar og opphald i døgnbehandling har vore stabile. Tal liggedøgn har derimot gått ned og opphalda har vorte kortare.

## 2. Metode

### 2.1. Datakjelder

Analysane er basert på registerdata frå:

- Norsk pasientregister (NPR)
- Kommunalt pasient- og brukarregister (KPR)
- Statistisk sentralbyrå (SSB)

NPR inneheld data frå spesialisthelsetenesta: Aktivitet i psykisk helsevern for vaksne og unge, tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB), somatikk, rehabilitering og avtalespesialistar. KPR omfattar data om konsultasjonar hos allmennlege og legevakt og anna bruk av den kommunale helsetenesta. Begge registera er forvalta av Folkehelseinstituttet (FHI). Innbyggjartal er henta frå SSB. Helse Førde er åleine ansvarleg for analysar, tolkingar og framstilling av data i rapporten.

### 2.2. Utval og aldersgrupper

Analysen omfattar personar i alderen 18–75 år som i perioden 2021-2025 hadde minst ein kontakt i tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB) eller ein registrert hovuddiagnose innan ICD-10-kodane F10-F19 i sektorane psykisk helsevern for vaksne (PHV), psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) eller somatikk, inkludert private rehabiliteringsinstitusjonar og avtalespesialistar.

I analysar for kommunehelsetenesta er diagnosane identifiserte ved bruk av symptomkodane P15-P19 frå kodeverket ICPC-2<sup>1</sup>. Følgjande takstkodar<sup>2</sup> er brukt for å identifisere relevante konsultasjonar med fastlege eller legevakt: '2ad', '2ae', '2aef', '2aek', '2ak', '2ed', '11ad', '11ak', '2as', '2at', '2av', '2afs', '2aft', '2afv', '2aks', '2akt', '2akv', '2sf', '2ss', '2ssd'.

### 2.3. Klassifisering av behandlingsinstitusjonar

Alle behandlingsinstitusjonar i somatisk sektor, psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB) vart klassifisert i tre grupper;

- Offentlege institusjonar
- Private institusjonar med oppdragsavtale
- Private institusjonar med kjøpsavtale

Institusjonar med oppdragsavtale har langsiktige, ikkje-konkurransetsette, avtalar med det regionale helseføretaket. Ein kjøpsavtale inneber her at avtalen med det offentlege er tidsavgrensa og konkurranseutsett. Klassifisering av dei ulike institusjonane vart kvalitetssikra og godkjent av fagpersonar i kvart regionale helseføretak. Ei fullstendig oversikt over institusjonar og avtaletype er tilgjengeleg i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).

---

<sup>1</sup> <https://finnkode.helsedirektoratet.no/icpc2/chapter>

<sup>2</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd-og-finansiering/finansiering/takster>

## 2.4. Definisjonar

### 2.4.1. Polikliniske kontaktdagar

Polikliniske kontaktdagar vert i rapporten nytta som eit samleomgrep for både polikliniske konsultasjonar og dagbehandling<sup>3</sup>, og omfattar både direkte og indirekte konsultasjonar. Atlaset skil ikkje mellom fysiske konsultasjonar (direkte kontaktar) og konsultasjonar som skjer via video, telefon, eller andre former for skriftleg eller digital dialog (indirekte kontaktar). Administrative kontaktar vert ikkje rekna som konsultasjonar, men inngår som eit mål på den breiare oppfølginga pasienten får. Ved berekning av kontaktdagar vert alle polikliniske kontaktar på same dagen slått saman til eitt poliklinisk opphald (kontaktdag).

### 2.4.2. Døgnopphald

Døgnopphald er definert som opphald der pasienten overnattar. Analysen omfattar opphald innan tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB) eller opphald med registrert hovuddiagnose i ICD-10 kapittelet F10–F19 innan psykisk helsevern for vaksne, psykisk helsevern for barn og unge og somatikk. Fleire døgnopphald vert slått saman til eitt opphald når dei inngår i same behandlingsforløp, t.d. ved flytting mellom institusjonar, og der det er mindre enn 8 timar mellom utskriving og ny innskriving. I diagnosespesifikke analysar vert samanslåtte opphald klassifiserte etter hovudtilstand i det siste opphaldet i behandlingsforløpet.

### 2.4.3. Behandling i legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Pasientar i poliklinisk behandling og døgnbehandling for LAR-konsultasjon/oppfølging har ein hovuddiagnose med ICD-10-kode F11.22 (inkludert undergrupper) i alle sektorar (TSB, PHV, PHBU og somatikk, inkludert rehabiliteringsinstitusjonar, avtalespesialistar i somatikk eller avtalespesialistar i psykiatri.

Ein eigen indikator viser registrerte kontaktdagar knytte til legemiddelutlevering eller gjennomføring av LAR-behandling. Definisjonen byggjer på rapporteringsreglane i dei årlege ISF-regelverka for 2021–2025 og omfattar kontaktar registrerte med ICD-10-kode Z50.30 eller prosedyrekodane IECC10, IECC15, IECC20 og IECC25. Z50.30 skal brukast når utlevering eller observert inntak av LAR-legemiddel er hovudformålet med kontakten, medan IECC-kodane viser den dominerande gjennomføringsforma for legemiddelbehandlinga. Kodereglane gjeld også heroinassistert behandling. Indikatoren måler registrert aktivitet og ikkje ISF-refusjon (ISF-regelverk 2025, kapittel 6.3).

Datagrunnlaget omfattar ikkje all legemiddelutlevering i kommunale tenester eller apotek, og analysen nyttar ikkje opplysningar frå legemiddelregisteret. Prosedyrekodane kan vise at utleveringa skjer i apotek eller kommunal teneste, men dokumenterer ikkje kvar enkelt utleveringsdag.

### 2.4.4. Pasientar med samtidig rus- og alvorleg psykisk lidning (ROP-pasientar)

*Datagrunnlag og studiepopulasjon*

---

<sup>3</sup> Dagbehandling viser til utgreiing eller behandling som er meir omfattande enn polikliniske konsultasjonar, men utan at det krevst døgnovernatting.

Datagrunnlaget er henta frå Norsk pasientregister (NPR) og omfattar pasientar i alderen 18–75 år med registrert behandlingsaktivitet i psykisk helsevern for vaksne (PHV) eller tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB). Både hovud- og bidiagnosar er inkluderte.

Rusliding vart definert som ICD-10-kodane F10–F19. Alvorleg psykisk liding omfatta psykose (F20–F29), bipolar liding (F30–F31), alvorleg depresjon (F32.2–F33.3) og personlegdomsforstyrring (F60.0–F60.3). Data frå 2021–2025 vart nytta. Året 2021 vart brukt som for retrospektiv identifisering av første diagnose, medan analyseperioden var 2022–2025.

#### *Identifisering av ROP-pasientar*

ROP er i rapporten definert som førekomst av både rusliding og alvorleg psykisk liding innanfor eit glidande 365-dagarsvindaug. Ei ROP-hending vart identifisert når ein registrert aktivitet oppfylte diagnosekriteriet for anten rusliding eller alvorleg psykisk liding, samtidig som det låg føre ein kvalifiserande diagnose i den andre kategorien innan dei føregåande 365 dagane.

Vindauget vart vurdert retrospektivt, og rekkefølgja mellom rusdiagnosen og den alvorlege psykiske diagnosen var utan betydning. Tidspunktet for ROP-diagnosen vart definert som datoen for den siste av dei to diagnosekomponentane, det vil seie tidspunktet då begge komponentane i ROP-definisjonen var til stades. Det glidande 365-dagarsvindauget vart valt for å identifisere samtidig rusliding og alvorleg psykisk liding uavhengig av kalenderårsskifte og av kva diagnose som vart registrert først.

Ein pasient vart definert som ROP-pasient i eit analyseår dersom minst éi ROP-hending vart identifisert det året. Kvar pasient vart telt éin gong per år, sjølv om fleire ROP-hendingar kunne førekomme same år. Ein pasient kunne dermed inngå som ROP-pasient i fleire analyseår. Identifikasjonen av pasientar er basert på dei aktuelle diagnosekomponentane uavhengig av sektor (alle sektorar). Pasientar som ikkje har hatt minst ein kontakt i TSB og PHV i perioden 2022–2025 er ekskludert frå analysen.

#### *Måling av behandlingsaktivitet*

For pasientar identifiserte som ROP vart all registrert behandlingsaktivitet i PHV og TSB i det aktuelle ROP-året inkludert, uavhengig av diagnosen knytt til den enkelte kontakten eller opphaldet. Aktiviteten representerer dermed det samla behandlingsomfanget i PHV og TSB for den identifiserte ROP-populasjonen og er ikkje avgrensa til aktivitet der rusliding eller alvorleg psykisk liding vart registrert.

Poliklinisk aktivitet vart målt som tal polikliniske kontaktdagar i PHV eller TSB. Døgnbehandling vart målt som tal samanhengande døgnopphald og tal liggedøgn.

Behandlingsaktiviteten vart knytt til analyseåret der ROP-status var etablert (ROP-år). Eit ROP-år representerer dermed eit gitt år der samtidig rusliding og alvorleg psykisk liding er identifisert etter definisjonen over, og ikkje ein eksplisitt eller samanhengande behandlingsperiode. Ein pasient kan dermed ha fleire ROP-år i løpet av perioden 2022–2025, men også enkelt-år der pasienten ikkje er identifisert som ROP (>365 dagar mellom diagnosar). For døgnbehandling kan dette føre til at enkelte langvarige opphald ikkje vert talde dersom innskrivingsdato er i eit ROP-år, men utskrivingsdato i påfølgjande kalenderår der pasienten ikkje er identifisert som ROP. Tala for

liggedøgn og liggetid kan dermed reknast som konservative gitt at langvarige opphald oftare vil ha utskrivingsdato i nytt kalenderår.

#### 2.4.5. Integrert ettervern etter døgnbehandling

Integrert ettervern viser til oppfølginga ein pasient får, frå sjukehus og kommunehelsetenesta i samarbeid, etter eit døgnopphald. Analysen viser graden av oppfølging etter slik døgnbehandling og byggjer på helseregisterdata som koplar informasjon om innleggingar, utskrivingar og påfølgjande kontaktar i spesialist-helsetenesta og den kommunale helse- og omsorgstenesta.

Studiepopulasjonen omfattar pasientar i alderen 18-75 år som vart utskrivne i perioden 2021-2024 etter døgnopphald med hovuddiagnose innan ICD-10-kodane F10–F19 i TSB, PHV, PHBU eller somatisk spesialisthelseteneste. For pasientar innlagde i TSB vart òg opphald der F10–F19 var registrert som bidiagnose ved utskriving, inkluderte. Opphald vart slått saman dersom tidsintervallet mellom utskriving og ei ny innlegging var mindre enn åtte timar. Det vart i tillegg gjennomført separate analysar av aktivitet avgrensa til tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB).

For kvar utskriving blei pasientane følgde i tre tidsintervall; (i) dei første 72 timane, (ii) dei første 7 dagane og (iii) dei første 30 dagane etter utskriving. Desse periodane er valde fordi dei representerer kritiske fasar der risikoen for tilbakefall eller overdose er stor, og der kontinuitet og koordinering mellom tenestenivå er særleg viktig (Helsedirektoratet, 2024). I tillegg vart median tid frå utskriving til første polikliniske oppfølgingskontakt berekna. Analysen omfatta òg dødelegheit innan 30 dagar og eitt år etter utskriving. Vidare vart det undersøkt kor stor del av pasientane som vart utskrivne i løpet av eit kalenderår, som vart følgde opp i kommunehelsetenesta og fekk minst eit vedtak om kommunale helse- og omsorgstenester i det same året.

Indikatorane som er nytta i tabellane, er definerte som følgjer:

Kommunehelsetenesta: Konsultasjonar hos fastlege eller legevakt registrerte med ICPC-2-kodane P15–P19 og relevante takstkodar (2ad, 2ae, 2aef, 2aek, 2ak, 2ed, 11ad, 11ak, 2as, 2at, 2av, 2afs, 2aft, 2afv, 2aks, 2akt, 2akv, 2sf, 2ss og 2ssd).

Spesialisthelsetenesta: Alle typar poliklinisk polikliniske konsultasjonar og dagbehandling med hovuddiagnose F10–F19 i PHV, PHBU og somatisk sektor. For TSB blir kontaktar med F10–F19 som hovud- eller bidiagnose inkluderte. Hovudtabellane viser prosentdelen pasientar med minst éin konsultasjon i kommune- eller spesialisthelsetenesta innan 72 timar etter utskriving. I vedleggstabellane til [Helseatlas for rusbehandling på nett](#) blir prosentdelane for primær- og spesialisthelsetenesta viste separat.

Poliklinikk: Poliklinisk kontakt omfattar både polikliniske konsultasjonar og dagbehandling. For PHV, PHBU og somatisk sektor blir kontaktar med hovuddiagnose F10–F19 inkluderte. For TSB blir kontaktar med F10–F19 som hovud- eller bidiagnose inkluderte. Hovudtabellane viser prosentdelen pasientar med poliklinisk kontakt innan 7 og 30 dagar etter utskriving. Vedleggstabellane til [Helseatlas for rusbehandling på nett](#) viser i tillegg prosentdelen med poliklinisk kontakt innan 14 dagar.

Fastlegekontakt: Fastlegekontakt omfattar kontaktar med fastlege registrerte med ICPC-2-kodane P15–P19 etter utskriving. Hovudtabellen viser prosentdelen pasientar med

fastlegekontakt innan 7 dagar etter utskriving, medan vedleggstabellen til [Helseatlas for rusbehandling på nett](#) viser prosentdelen med slik kontakt innan 30 dagar.

**Fastlegekonsultasjon:** Fastlegekonsultasjon omfattar konsultasjonar hos fastlege registrerte med ICPC-2-kodane P15–P19 og relevante takstkodar (2ad, 2ae, 2aef, 2aek, 2ak, 2ed, 11ad, 11ak, 2as, 2at, 2av, 2afs, 2aft, 2afv, 2aks, 2akt, 2akv, 2sf, 2ss og 2ssd). Hovudtabellane viser prosentdelen pasientar med fastlegekonsultasjon innan 7 dagar etter utskriving. Vedleggstabellane til [Helseatlas for rusbehandling på nett](#) viser tilsvarande prosentdel innan 30 dagar.

**Legevakt:** Legevaktkontakt omfattar kontaktar med legevakt registrerte med ICPC-2-kodane P15–P19 etter utskriving. Hovudtabellane viser prosentdelen pasientar med legevaktkontakt innan 7 dagar etter utskriving, medan vedleggstabellane [Helseatlas for rusbehandling på nett](#) viser prosentdelen med kontakt innan 30 dagar.

**Reinnlegging:** Akutt reinnlegging er definert som eit nytt døgnopphald med akutt hastegrad (1) i TSB, PHV, PHBU eller somatisk sektor, med start meir enn åtte timar etter førre utskriving (avgrensa til TSB i forløpsanalysen for TSB). Reinnlegging blir definert uavhengig av diagnosen ved det nye opphaldet, og det blir derfor ikkje gjort ei avgrensing til F10–F19 for denne indikatoren. Hovudtabellane viser prosentdelen pasientar med akutt reinnlegging frå åtte timar etter utskriving og innan høvesvis 7, 14 og 30 dagar.

**Dødelegheit:** Dødelegheit omfattar dødsfall som skjer etter utskriving frå døgnopphaldet uavhengig av årsak. Hovudtabellane viser prosentdelen pasientar som døyr innan 30 dagar og 365 dagar etter utskriving. Vedleggstabellane til [Helseatlas for rusbehandling på nett](#) viser i tillegg dødelegheit innan 180 dagar.

**Median første kontakt:** Median tid til første polikliniske kontakt er definert som median tal på dagar frå utskriving til første polikliniske kontakt blant pasientar som hadde minst éin slik kontakt innan 365 dagar etter utskriving. Hovudtabellen viser median tal på dagar til første polikliniske kontakt innan oppfølgingsperioden på 365 dagar. Vedleggstabellen i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#) viser i tillegg prosentdelen pasientar som hadde minst éin poliklinisk kontakt innan 365 dagar etter utskriving.

**Dei kommunale helse- og omsorgstenestene** vart grupperte i følgjande kategoriar:

1. Helse- og omsorgstenester i heimen: Pasientar som fekk tilbod om minst éi av dei følgjande fem tenestene i det same kalenderåret som dei vart utskrivne:

- helsetenester i heimen
- praktisk bistand – daglege gjeremål
- praktisk bistand – opplæring i daglege gjeremål
- praktisk bistand – brukarstyrt personleg assistanse
- støttekontakt

2. Andre tenester: Pasientar som fekk tilbod om andre tenester enn dei fem tenestene som er nemnde ovanfor, i det same kalenderåret som dei vart utskrivne. Dette kan omfatte til dømes kommunale bustadtilbod, dagaktivitetstilbod eller tidsavgrensa opphald i kommunale institusjonar. Ein pasient kan ha fått tilbod om både helse- og omsorgstenester i heimen og andre tenester. Desse pasientane er talde i begge kategoriane.

3. Ingen tilbud: Pasientar som ikkje fekk tilbud om kommunale helse- og omsorgstenester i det same kalenderåret som dei vart utskrivne.

Analysane gir samla informasjon om kontakt med helse- og omsorgstenestene etter utskriving og gjer det mogleg å undersøkje både tidleg oppfølging, reinnlegging, dødelegheit og bruk av kommunale tenester i perioden etter avslutta døgntbehandling.

#### 2.4.6. Forløpsintensitet

Analyse av forløpsintensitet viser median tal dagar til neste kontakt. Tilvisingsperioden startar når tilvising blir motteken i spesialisthelsetenesta, identifisert ved variabelen ansienn dato. Med kontakt meinast ikkje-akutte kontaktar, identifisert ved variabelen Innmåte hastegrad 4 (planlagt) eller 5 (hastegrad ikke satt – tilbakeføring av pasient frå annet sykehus), og omfattar:

- Polikliniske kontaktar (dagbehandling og poliklinisk konsultasjon/kontakt)
- Døgnopphald

Tilvisingsperioden inkluderer berre kontaktar i sektorane TSB eller psykisk helsevern for vaksne, men første kontakt må vere i sektor TSB. Minst ein av kontaktane i tilvisingsperioden må ha ICD-10-kode F10-F19.

Siste dag er sett til 10. kontakt, fordi kontaktar etter denne får for få moglegheiter for inklusjon for 2024, som omfattar kontaktdagar fram til utgangen av 2025. Ved inklusjon av forløp med eitt år som ekstra inklusjonsår, som her, vert 95 prosent av forløpa inkluderte ved 8 kontaktar.

### 2.5. Kjønn- og aldersjustering

Alle ratar er justerte for alder og kjønn ved direkte standardisering, med befolkninga per 2023 som referansepopulasjon. Føremålet er å ta omsyn til at opptaksområda har ulik alders- og kjønnsfordeling i befolkninga. Ved utrekning av standardiserte ratar vert dei observerte ratane vekta med den same alders- og kjønnsfordelte folketalssamansetnaden som i landet som heilskap. Dei standardiserte ratane viser såleis kva ratar opptaksområda ville hatt dersom dei hadde hatt same befolkningssamansetnad som referansepopulasjonen. På denne måten vert ratane samanliknbare mellom opptaksområda, uavhengig av variasjon i alders- og kjønnsstruktur. Forskjellar i standardiserte ratar kan difor ikkje forklarast av ulik alders- eller kjønnsamansetnad.

### 2.6. Vurdering av variasjon

Variasjon er målt ved ulike statistiske måltal og metodar:

Forholdstal (FT, FT2): Uttrykkjer forholdet mellom opptaksområda med høgast og lågast rate.

Variasjonskoeffisient (CV): Er eit mål på spreinga i rate mellom opptaksområda relativt til gjennomsnittet på landsbasis (standardavvik / gjennomsnitt)

Systematiske variasjonskomponentar (SCV, SCV2): Er eit spreingsmål som skil seg frå CV ved at den trekk frå den tilfeldige variasjonen som oppstår grunna små tal eller statistiske tilfeldigheter.

Dei to variantane av forholdstal (FT og FT2) og systematiske variasjonskomponentar (SCV og SCV2) skil seg ved at FT2 og SCV2 utelèt dei høgaste og lågaste verdiane i utrekninga, medan FT og SCV inkluderer alle observasjonar. I statistiske analysar kan ekstreme verdiar ha stor innverknad på berekna mål, og dersom denne innverknaden vert vurdert som for stor, kan det vere

aktuelt å utelate ytterverdiene for å redusere sensitiviteten. Samstundes representerer desse verdiane reelle observasjonar for delar av pasientpopulasjonen som er like sentrale som resten.

SCV og SCV2 er justerte ved indirekte standardisering. Standardiseringa tek utgangspunkt i den gjennomsnittlege landsraten over ein femårsperiode, vekta etter alders- og kjønnsfordelinga i kvart opptaksområde. Ratar for opptaksområda vert dermed rekna ut som om områda hadde hatt same forventa tal pasientar eller kontaktar som landsgjennomsnittet, samstundes som det vert teke omsyn til skilnader i alders- og kjønnsstruktur.

Medan forholdstala er enkle å berekne og tolke, gjev CV og SCV meir fullstendige mål på variasjon. SCV tek i tillegg omsyn til at ein del av den observerte variasjonen skuldast tilfeldig variasjon, og justerer difor for små tal. Av den grunn vert SCV ofte rekna som det føretrekte variasjonsmålet. Samstundes har SCV avgrensingar, mellom anna ved at målet er sårbart for variasjon i tal pasientar eller kontaktar og for skilnader i folketal mellom opptaksområda. Ei samla vurdering av variasjon bør difor byggje på fleire mål som vert tolka i samanheng.

Variasjon målt ved SCV vert klassifisert som liten ved verdier under 3, middels ved verdier frå 3,1 til 5,4, stor ved verdier frå 5,5 til 10, og særskild stor ved verdier over 10. I faglitteraturen er det peikt på at SCV-verdier over 3 i stor grad kan tilskrивast praksisforskjellar i helsetenesta (Appleby et al., 2011).

## 2.7. Datakvalitet og personvern

Prosjektet er basert på registerdata frå nasjonale helseregister. Analysane vert gjennomførte på individnivå, medan resultata berre vert publiserte på aggregert nivå. Det vil difor ikkje vere mogleg å identifisere enkeltpersonar i dei publiserte resultata.

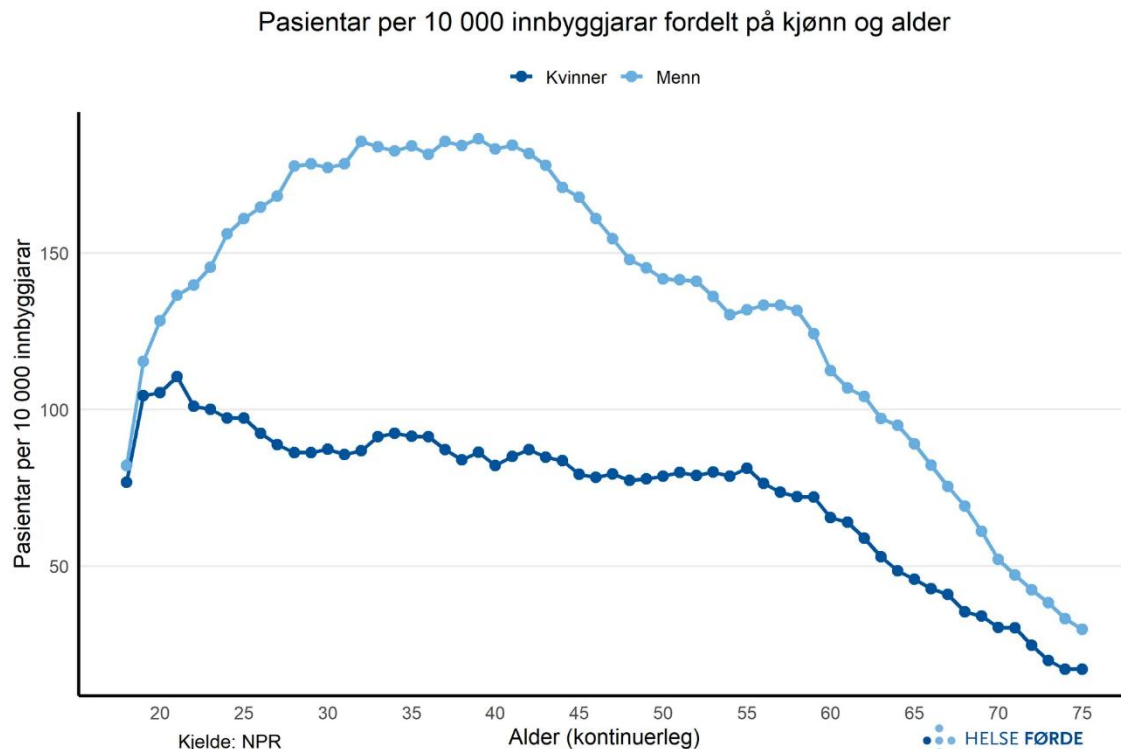
Prosjektet er deskriptivt og har som formål å skildre variasjon i tenestebruk og pasientforløp. Analysane er ikkje utforma for å evaluere behandlingseffekt eller undersøkje årsakssamanhengar. Behandlingsgrunnlag, datatilgang og eventuelle melde- eller godkjenningsskrav vert vurderte i samsvar med gjeldande regelverk.

Tal på pasientar, eller ratar baserte på færre enn seks pasientar, vert ikkje publiserte av omsyn til personvernet. Før publisering av analysar på variasjon vert det i tillegg gjort ei vurdering på om talmaterialet er stort nok til at det er statistisk robust.

Det vert gjennomført fleire kontrollar for å sikre god datakvalitet. Aktivitet hos private avtalespesialistar med offentleg driftsavtale vert kontrollert mot data frå Kontroll og utbetaling av helserefusjonar (KUHR), sidan refusjonsdata omfattar den offentleg finansierte verksemda. Data frå Kommunalt pasient- og brukarregister (KPR) vert òg samanlikna med KUHR-data for å avdekkje eventuelle manglar eller avvik. Det er likevel kjent at KPR framleis har noko mangelfull datakvalitet (Helsedirektoratet, 2022).

Dersom statiske pasientopplysningar, som til dømes kjønn, manglar i eit opphald eller ein kontakt, vert opplysningane henta frå andre registrerte kontaktar for den same pasienten. Dersom opplysningane ikkje kan kompletterast på denne måten, er dei rekna som manglande, og observasjonar der den aktuelle variabelen er nødvendig for analysen, er blitt ekskluderte. Opphald med ukjend utskrивingsdato er òg ekskluderte frå analysane.

### 3. Resultat



**Figur 1.** Pasientrate fordelt på kjønn og alder i gjennomsnitt for åra 2021-2025. Tala inkluderer både poliklinisk behandling og døgnopphald

#### 3.1. Bruk av rusbehandling i alle sektorar

##### Nøkkelfunn

- Årleg fekk om lag 35 000 pasientar poliklinisk behandling og om lag 15 500 døgnbehandling for ruslidningar. Menn var i fleirtal, men kjønnskilnadene vart mindre etter 50 årsalderen.
- Stor geografisk variasjon i poliklinisk behandling. Bergen hadde nær seks gonger høgare kontaktdagsrate enn Finnmark, og Lovisenberg ein pasientrate om lag tre gonger så høg som Førde.
- Liten variasjon i talet på pasientar i døgnbehandling, men stor variasjon i liggedøgn. Talet på liggedøgn gjekk ned i perioden, trass stabile tal pasientar og opphald.
- Offentlege institusjonar stod for størstedelen av behandlinga, men private med kjøps-avtale stod for over halvparten av liggedøgna i fleire område. Avtalespesialistar bidrog lite.
- Liggetida varierte mellom sektorane, og var høgast i TSB, medan somatiske opphald i hovudsak var korte akuttinnleggingar.
- Oppfølginga etter utskrivning varierte mykje. Delen med poliklinisk kontakt innan 30 dagar var 18 prosent i Finnmark og 64 prosent i Vestfold, og median tid til første kontakt var 41 dagar i Finnmark mot seks dagar i Vestfold.

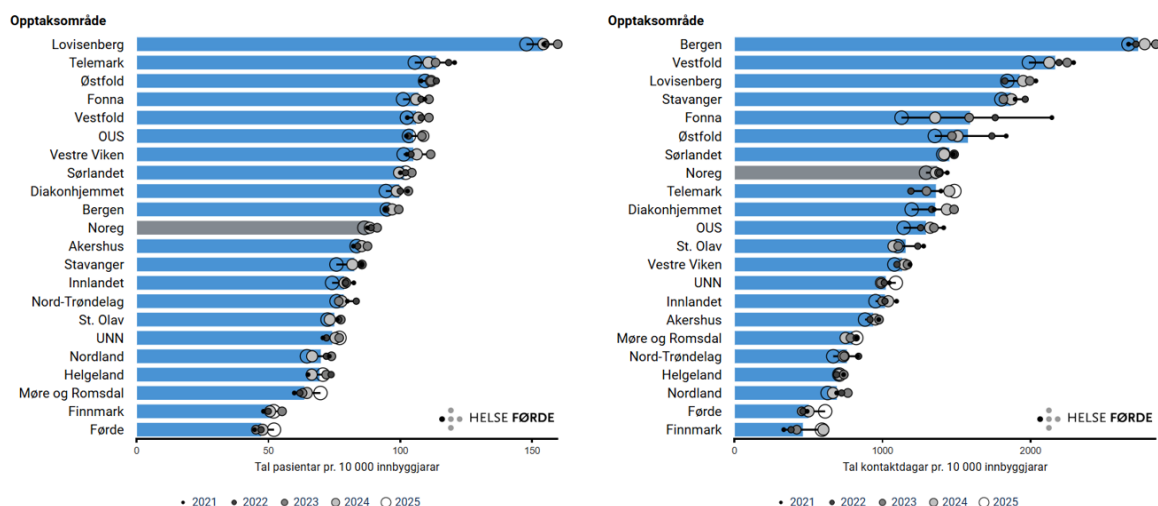
### 3.1.1. Poliklinisk behandling av pasientar med rusliding

I perioden 2021-2025 fekk årleg om lag 35 000 pasientar poliklinisk behandling for ruslidingar i alle sektorar, og desse hadde samla om lag 543 000 kontaktdagar i gjennomsnitt kvart år. Menn var i klart fleirtal, men kjønnskilnadane var gradvis mindre etter fylte 50 år. Ei grafisk framstilling av pasientrate fordelt på kjønn og alder er tilgjengelig i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).

Det var stor variasjon mellom opptaksområda i tal pasientar som fekk poliklinisk rusbehandling (SCV 5,7). Opptaksområdet Lovisenberg skilde seg ut med den høgaste pasientraten, med 154 pasientar per 10 000 innbyggjarar, medan tilsvarende rate for Finnmark og Førde var 51 og 47.

Variasjonen i tal kontaktdagar i poliklinisk rusbehandling var svært stor mellom opptaksområda (SCV 17,5). Bergen hadde den høgaste kontaktdagsraten, med 2 731 kontaktdagar per 10 000 innbyggjarar, medan Finnmark hadde den lågaste raten med 466. Det var òg stor geografisk variasjon i talet på kontaktdagar per pasient.

Den samla polikliniske aktiviteten gjekk noko ned i perioden for alle opptaksområde. Fonna skilde seg ut med ein særleg markant nedgang. Dette kan truleg kan forklarast med endringar i registreringspraksis. Frå byrjinga av 2022 vart kode Z50.30 (Kontakt med helsetenesta for legemiddelassistent rehabilitering (LAR), utan samtidig konsultasjon) ikkje lenger nytta for LAR-pasientar i Fonna, noko som truleg medverka til reduksjonen i rapportert aktivitet.



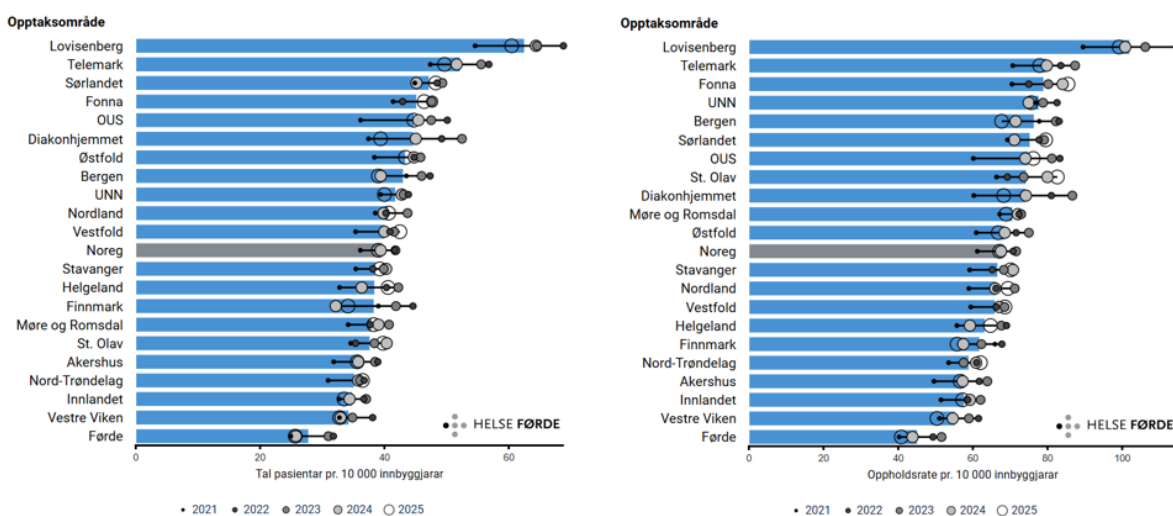
**Figur 2.** Tal pasientar (venstre) og tal kontaktdagar (høgre) i poliklinisk behandling for ruslidingar. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år.

Størsteparten av den polikliniske rusbehandlinga i Noreg fann stad innanfor TSB, medan ein mindre del vart utført innanfor PHV. Førde, Telemark og Innlandet hadde den største delen av aktiviteten i PHV, sjølv om TSB også i desse opptaksområda stod for storparten av aktiviteten. På landsbasis stod offentlege institusjonar for det meste av behandlinga. Opptaksområda Lovisenberg og Diakonhjemmet skilde seg ut ved at private institusjonar med oppdragsavtale stod for ein betydeleg del av behandlinga. Private institusjonar med kjøpsavtale utgjorde òg ein relativt stor del av aktiviteten i opptaksområda Lovisenberg, Fonna, Telemark, Stavanger, Diakonhjemmet og OUS. Til skilnad frå psykisk helsevern for vaksne (*Helseatlas for psykisk helsevern for vaksne i perioden 2020-2024, 2026*) vart svært lite av den polikliniske

rusbehandlinga utført av avtalespesialistar. Ei grafisk framstilling av aktiviteten i opptaksområda fordelt på sektor og avtaletype er tilgjengeleg i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).

### 3.1.2. Døgnbehandling av pasientar med rusliding (pasient og opphald)

Om lag 15 500 pasientar fekk døgnbehandling for ruslidingar årleg. Desse hadde til saman om lag 27 000 døgnopphald i gjennomsnitt kvart år. Omtrent dobbelt så mange menn som kvinner vart lagde inn for ruslidingar. Aldersfordelinga var noko ulik mellom kjønna. Blant kvinner var dei fleste innlagde i 20-åra, medan flest innlagde menn var i alderen mellom 25 og 45 år. Ei grafisk framstilling av pasientrate fordelt på kjønn og alder er tilgjengeleg i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#). På landsbasis var både pasientraten og opphaldsraten relativt stabil gjennom perioden. Begge ratane auka noko fram mot 2023, og gjekk deretter ned fram mot 2025.



**Figur 3.** Tal pasientar (venstre) og tal opphald (høgre) i døgnbehandling for ruslidingar. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år.

Det var liten variasjon mellom opptaksområda i både pasient- og opphaldsrater (SCV 2,0). Opptaksområda Lovisenberg og Førde skilde seg ut med høvesvis dei høgaste og lågaste ratane. Talet på opphald per pasient varierte frå 1,5 i Telemark til 2,0 ved St. Olav. Fordi dei fleste pasientane hadde få opphald, følgde pasientraten og opphaldsraten i stor grad det same geografiske mønsteret. St. Olav hadde ein tydeleg auke i opphaldsraten gjennom femårsperioden.

Tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB) stod for om lag halvparten (48 prosent) av alle døgnopphalda for ruslidingar. Psykisk helsevern stod for 17 prosent, og somatisk sektor for 35 prosent av døgnopphalda. Fordelinga mellom sektorane varierte mellom opptaksområda. Bergen, Stavanger og Vestre Viken hadde dei største delane av opphalda innafor somatisk sektor.

På landsbasis fann størsteparten av behandlinga stad i offentlege institusjonar. Oslo-området (Lovisenberg og Diakonhjemmet) skilde seg ut ved at ein relativt stor del behandlinga vart utført i private institusjonar med oppdragsavtale. Private institusjonar med kjøpsavtale stod òg for ein vesentleg del av behandlinga i fleire opptaksområda, mellom anna St. Olav, Nord-Trøndelag, Telemark, Fonna, Finnmark og Helgeland. Ei grafisk framstilling av opphaldsratane i opptaksområda fordelt på sektor og avtaletype er tilgjengeleg i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).

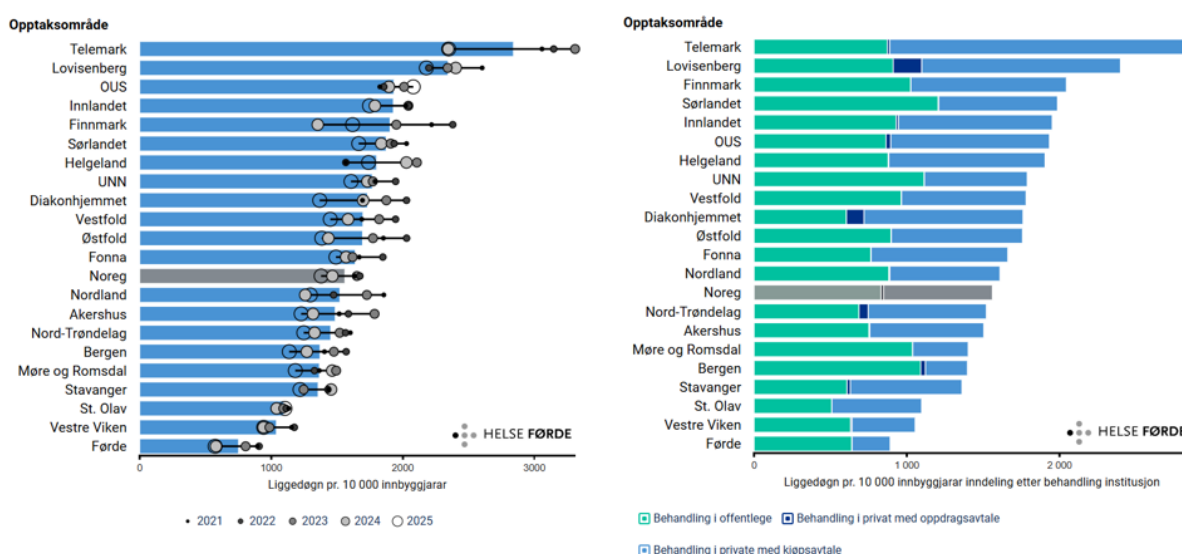
### 3.1.3. Døgnbehandling av pasientar med rusliding (liggedøgn)

Om lag 15 500 pasientar hadde til saman om lag 27 000 døgnopphald og om lag 618 000 liggedøgn for ruslidingar kvart år. Opphalda varte i gjennomsnitt 23 døgn, og på landsbasis gjekk talet på liggedøgn ned i perioden, trass stabile tal pasientar og opphald.

Den gjennomsnittlege varigheita på opphalda varierte mykje mellom opptaksområda. I Telemark varte eit opphald i gjennomsnitt 34,9 døgn, meir enn dobbelt så lenge som St. Olav, som hadde den kortaste gjennomsnittlege varigheita på 14,9 døgn. Samstundes hadde St. Olav flest opphald per pasient. Det var ein tendens til at opptaksområda med høgt tal opphald per pasient hadde kortare liggetid, men denne samanhengen bør tolkast med varsemd.

Tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB) stod for klart flest liggedøgn på landsbasis. Fordelinga av liggedøgn mellom sektorane varierte noko mellom opptaksområda. Ei grafisk framstilling av liggedøgnratane i opptaksområda fordelt på sektor er tilgjengeleg i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).

På landsbasis fann størstedelen av døgnbehandlinga stad i offentlege institusjonar, men fordelinga mellom offentlege og private institusjonar varierte tydeleg mellom opptaksområda. Private institusjonar med kjøpsavtale stod for ein betydeleg del av behandlinga i dei fleste opptaksområda, og utgjorde meir enn halvparten av liggedøgna i fleire område. Den geografiske variasjonen i tal liggedøgn var noko lågare dersom ein berre inkluderer tilbod frå offentlege institusjonar og private med oppdragsavtale (SCV 4,3) samanlikna med variasjonen når kjøpsavtale også var inkludert (SCV 6,4).



**Figur 4.** Tal liggedøgn (venstre) og tal liggedøgn fordelt på avtaletype (høgre) i døgnbehandling for ruslidingar. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år.

Median liggetid i rusbehandling på landsbasis var 3 dagar, men det var variasjon mellom opptaksområda. TSB hadde den lengste liggetida, med ein median på 12 dagar på landsbasis. Sjølv om somatisk sektor stod for den største delen av opphalda, var median liggetid her berre 1 dag. Når liggetida vart fordelt etter type behandling sin institusjon, hadde private institusjonar med kjøpsavtale den lengste liggetida, med ein median på 28 dagar på landsbasis. Median tal liggedøgn gjekk ned i TSB mellom 2021 og 2025, og særleg var nedgangen tydeleg i private

institusjonar med kjøpsavtale. Median tal liggedøgn og liggetider per opptaksområde er presentert i figur- og tabellformat i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).

Analysen av liggedøgn omfattar innleggingar som varierer stort i liggetid og hastegrad. Døgnopphalda kan vere både akutte (ø-hjelp) og planlagde. Endringar i delen døgnopphald i somatikk kan såleis påverke liggetidene sterkt, og må takast omsyn til ved tolking av liggedøgn. Som vist i tabellen, har innleggingane i somatisk sektor langt lågare liggetider enn i TSB, og tala viser at 99 prosent av opphalda i somatikk er akutte innleggingar. Sidan nær alle innleggingar i somatikk er akutte, vil forskjellen mellom liggedøgn her og i liggedøgn for TSB, sjå eigen resultatboks, kunne tilskrivast opphalda i TSB.

### 3.1.4. Integrert ettervern etter døgnbehandling i alle sektorar

Pasientar som har vore innlagde med rusrelaterte diagnosar, kan ha behov for oppfølging som sikrar kontinuitet og koordinering mellom tenestenivåa etter utskriving frå døgnopphald. I denne utvida analysen undersøker vi graden av oppfølging etter utskriving for pasientar som har vore innlagde med rusrelaterte diagnosar i tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB), psykisk helsevern for vaksne (PHV), psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) eller somatisk spesialisthelseteneste.

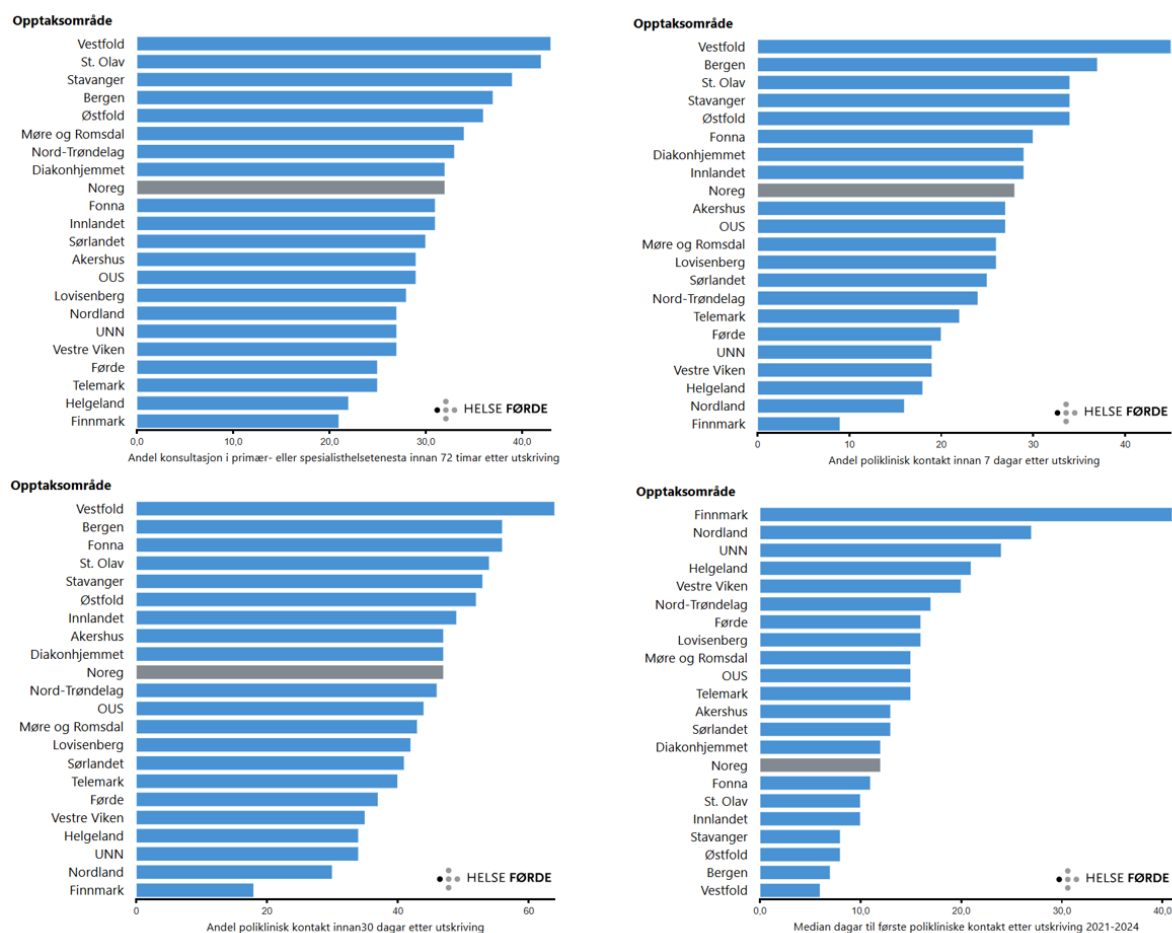
Forløpet etter utskriving omfattar kontakt med ei rekkje tenester i både kommune- og spesialisthelsetenesta. Analysen legg særleg vekt på oppfølging dei første 72 timane, 7 dagane og 30 dagane etter utskriving. Desse tidsintervalla representerer sentrale fasar i overgangen frå døgnbehandling til vidare oppfølging. Tidleg kontakt kan vere særleg viktig for sårbare pasientgrupper, mellom anna personar med sjølv mordstankar eller sjølv mordsåferd, ettersom perioden kort tid etter utskriving kan vere prega av auka risiko (Helsedirektoratet, 2024). For enkelte rusmiddel, særleg opioidbruk, er risikoen for overdose ved tilbakefall særleg stor i den tidlege fasen, og dei fire første vekene etter utskriving frå ein behandling sinstitusjon er risikoen for å døy av opioidoverdose 16 gonger høgare enn elles (Helsedirektoratet, 2016).

På landsbasis fekk 32 prosent av pasientane ein konsultasjon i primær- eller spesialisthelsetenesta innan 72 timar etter utskriving. Det var tydelege geografiske forskjellar. Mellom opptaksområda varierte prosentdelen frå 21 prosent i Finnmark til 43 prosent i Vestfold.

Den geografiske variasjonen var òg tydeleg for poliklinisk oppfølging (FT 5,0). På landsbasis hadde 28 prosent poliklinisk kontakt innan 7 dagar, og 47 prosent innan 30 dagar. Innan 30 dagar varierte prosentdelen frå 18 prosent i Finnmark til 64 prosent i Vestfold.

For oppfølging hos fastlege var det eit noko anna geografisk mønster. Innan 7 dagar hadde 18 prosent kontakt med fastlege på landsbasis, med ein variasjon frå 11 prosent i Bergen og Fonna til 26 prosent i UNN. Kontakt med legevakt innan 7 dagar var mindre vanleg og varierte frå 4 prosent i Finnmark til 13 prosent i Nordland.

På landsbasis vart 20 prosent akutt reinnlagde innan 30 dagar. Prosentdelen varierte frå 12 prosent i Finnmark til 25 prosent i Stavanger (FT 2,1). Dødelegheita innan eitt år var 3 prosent på landsbasis og varierte mellom 2 og 4 prosent mellom opptaksområda.



**Figur 5.** Prosentdel med konsultasjon i primær- eller spesialisthelsetenesta innan 72 timar (oppe venstre), prosentdel med poliklinisk kontakt innan 7 dagar (oppe høgre), prosentdel med poliklinisk kontakt innan 30 dagar (nede venstre) og median tal dagar til første polikliniske kontakt etter utskrivning (nede høgre) etter utskrivning frå døgnsbehandling i alle sekorar.

Det var òg store geografiske forskjellar i den meir langsiktige polikliniske oppfølginga. På landsbasis hadde 69 prosent minst éin poliklinisk kontakt innan eitt år, frå 40 prosent i Finnmark til 79 prosent i Vestfold. Median tid til første polikliniske kontakt var 12 dagar på landsbasis og varierte frå 6 dagar i Vestfold til 41 dagar i Finnmark (FT 6,8). Tala for fastlege- og legevaktkontakt, reinnlegging og dødelegheit er presenterte i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).

Samla viser resultata tydelege geografiske variasjonar i oppfølginga etter døgnsbehandling for rusrelaterte diagnoser. Finnmark og fleire av opptaksområda i Helse Nord skil seg ut med lågare poliklinisk oppfølging og lengre tid til første kontakt, medan fleire opptaksområde i andre regionar, særleg Vestfold, hadde høgare prosentdelar og kortare tid til oppfølging.

På landsbasis fekk 50 prosent av dei utskrivne ruspasientane tilbod om helse- og omsorgstenester i heimen, 22 prosent fekk tilbod om andre kommunale tenester, medan 46 prosent ikkje fekk nokon av dei undersøkte tenestetilboda. Det var stor variasjon mellom opptaksområda. Delen som fekk tilbod om helse- og omsorgstenester i heimen varierte frå 28 prosent ved Diakonhjemmet til 67 prosent i Vestfold, medan delen utan tilbod varierte frå 31 prosent i Vestfold til 59 prosent i Bergen. I fleire opptaksområde fekk dermed ein relativt stor del av pasientane ingen av dei undersøkte tenestetilboda. Resultata viser berre om pasientane fekk eit tilbod, ikkje om dei tok imot eller nytta tenestene, og seier heller ikkje noko om behovet for

tenester eller årsakene til variasjonane. Det er om lag 18 prosent overlapp av pasientar med helse- og omsorgstenester i heimen og andre tenester, og prosentdelane kan derfor ikkje summerast. Det er vidare kjent at datakvalitet og komplettheit av KPR-data er lågare enn for NPR, og dette bør takst omsyn til i tolkinga. Tala for tilbod om kommunale helse- og omsorgstenester er presentert i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).

### 3.2. Bruk av tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB)

#### Nøkkelfunn

- Årleg fekk om lag 31 500 pasientar poliklinisk behandling og om lag 8 000 døgnbehandling i TSB. Stor variasjon i poliklinisk aktivitet, og Lovisenberg hadde ein pasientrate om lag 4,5 gonger så høg som Førde.
- Moderat variasjon i tal innlagde pasientar, men stor for liggedøgn, der private institusjonar med kjøpsavtale stod for ein relativt stor del og lengst liggetid.
- Den polikliniske aktiviteten gjekk noko ned i perioden. Pasient- og opphaldsratane i døgnbehandling var stabile, men talet på liggedøgn gjekk ned, også for private med kjøpsavtale.
- Offentlege institusjonar stod for om lag tre firedelar av kontaktdagane i dei fleste opptaksområda. Private institusjonar med oppdragsavtale stod for ein stor del i Lovisenberg og Diakonhjemmet, medan private med kjøpsavtale hadde ein relativt stor del i Fonna, Lovisenberg, Telemark, Stavanger, OUS og St. Olav.
- Oppfølginga etter utskriving frå døgnbehandling varierte mykje. Delen med poliklinisk kontakt innan 30 dagar var 19 prosent i Finnmark og 79 prosent i Vestfold, og Helse Nord låg lågast av regionane.
- Tida frå tilvising til første kontakt var meir enn dobbelt så lang i Finnmark, UNN, Lovisenberg og Nordland som i Førde, St. Olav, Møre og Romsdal og Stavanger. I Finnmark og Førde var oppfølginga mindre tett etter at behandlinga kom i gang.

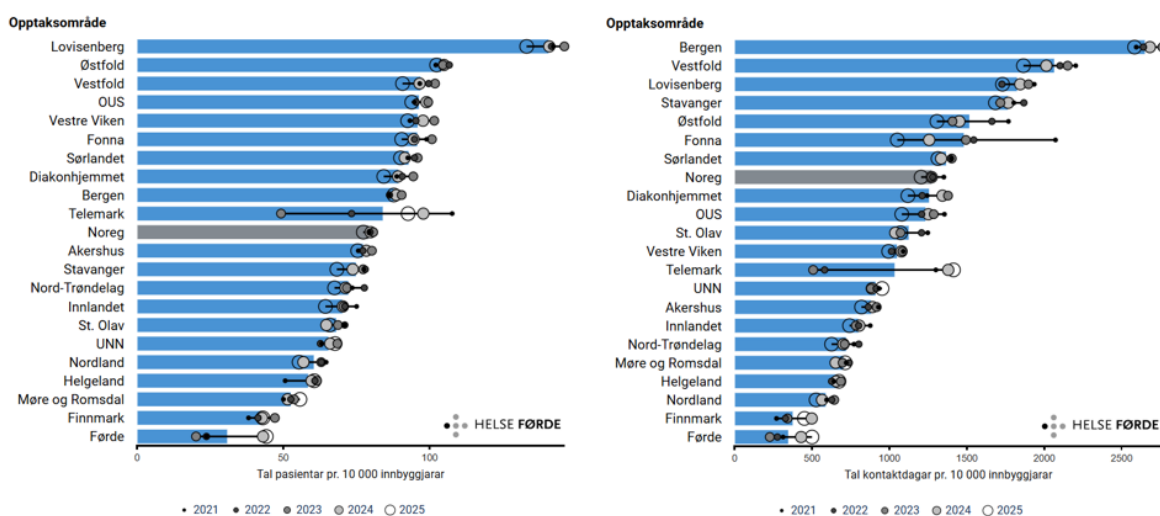
#### 3.2.1. Poliklinisk behandling i tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB)

I perioden 2021-2025 fekk om lag 31 500 pasientar til saman om lag 505 000 kontaktdagar i tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB) i gjennomsnitt kvart år. Dette svarar til gjennomsnittleg 16,1 kontaktdagar per pasient.

For poliklinisk behandling var det stor variasjon mellom opptaksområda i talet på pasientar (SCV 7,2). Opptaksområdet Lovisenberg skilde seg ut med den høgaste pasientraten, med 141 pasientar per 10 000 innbyggjarar, medan tilsvarande tal for Førde var 31. På landsbasis gjekk pasientraten noko ned frå 2021 til 2025. Utviklinga var i hovudsak lik mellom opptaksområda, med unntak av Telemark som har hatt store variasjonar mellom åra. Ei grafisk framstilling av pasientrate fordelt på kjønn og alder er tilgjengelig i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).

Det var svært stor variasjon mellom opptaksområda i talet på polikliniske kontaktdagar i TSB-sektoren (SCV 20,8). Talet på kontaktdagar per pasient varierte òg mykje. På landsbasis gjekk den polikliniske aktiviteten noko ned i TSB i perioden. Fonna og Telemark skilde seg likevel tydeleg ut. I Telemark vart behandlingspraksis endra i 2022 og 2023, størsteparten av rusbehandlinga desse åra var registrert innanfor PHV-sektoren. Dette kan truleg forklare kvifor både tal pasientar og

poliklinisk aktivitet i TSB var lågare desse åra, medan den samla rusbehandlinga på tvers av sektorar var meir stabil. Nedgangen i Fonna kan truleg knytast til endra registreringspraksis for LAR-pasientar som omtalt i kapittel 3.1 om `Bruk av rusbehandling i alle sektorar`.

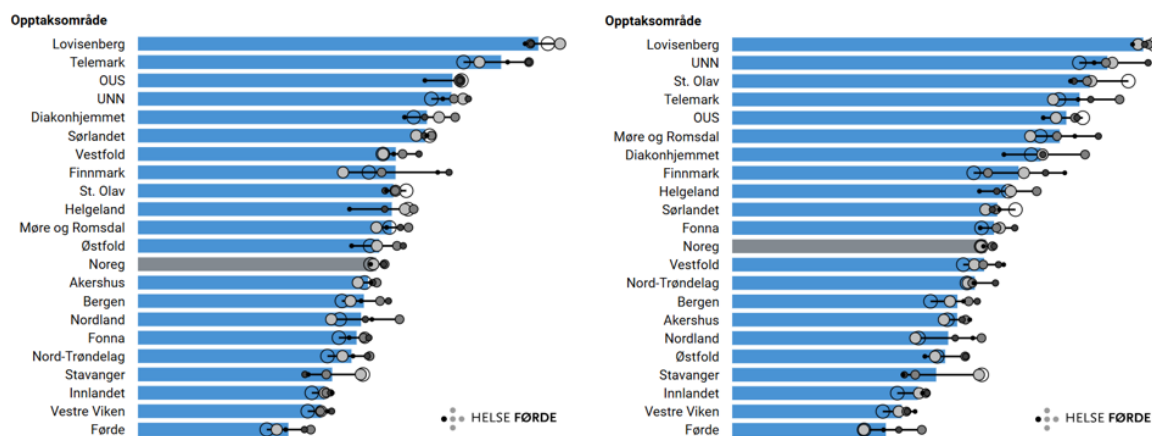


**Figur 6.** Tal pasientar (venstre) og tal kontaktdagar (høgre) i poliklinisk behandling for ruslidingar i TSB. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år.

I dei fleste opptaksområda stod offentlege institusjonar for nesten all poliklinisk behandling i TSB. Lovisenberg og Diakonhjemmet skilde seg ut ved at private institusjonar med oppdragsavtale stod for ein stor del av behandlinga. Private institusjonar med kjøpsavtale utgjorde òg ein relativt stor del av behandlinga i opptaksområda Fonna, Lovisenberg, Telemark, Stavanger, OUS og St. Olav. Den geografiske variasjonen var endå høgare dersom ein berre inkluderte offentlege institusjonar og private institusjonar med oppdragsavtale (SCV 24,4). Ei grafisk framstilling av aktiviteten i opptaksområda fordelt på avtaletype er tilgjengeleg i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).

### 3.2.2. Døgnbehandling i TSB (pasient og opphald)

Om lag 8 000 pasientar hadde i perioden om lag 13 000 døgnopphald i gjennomsnitt kvart år. Dette svarar til gjennomsnittleg 1,6 opphald per pasient. Langt fleire menn enn kvinner fekk døgnbehandling i TSB. Aldersfordelinga var òg ulik mellom kjønna. Blant kvinner var pasientraten relativt jamt fordelt mellom aldersgruppene, medan menn i alderen mellom 25 og 45 år hadde den



**Figur 7.** Tal pasientar (venstre) og tal opphald (høgre) i døgnbehandling for ruslidingar i TSB. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år.

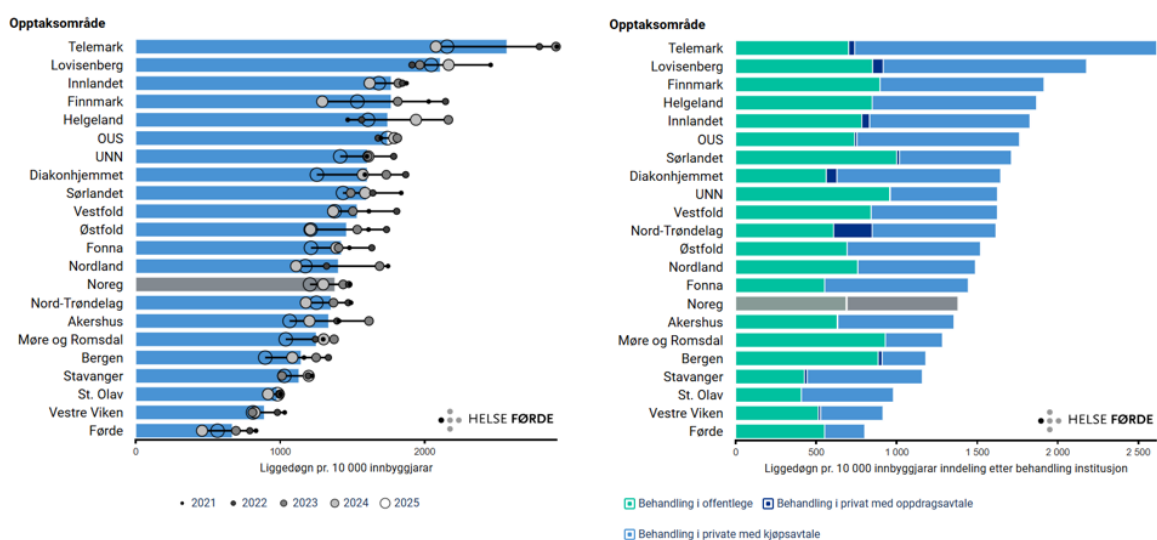
høgaste raten. Ei grafisk framstilling av pasientrate fordelt på kjønn og alder er tilgjengelig i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).

Det var moderat variasjon mellom opptaksområda i pasientrate (SCV 4,3) og stor variasjon i opphaldsrate (SCV 6,0). Opptaksområda Lovisenberg og Førde hadde høvesvis dei høgaste og lågaste ratane. På landsbasis var både pasientraten og opphaldsraten stabile gjennom perioden. På landsbasis skjedde storparten av døgntillegginga i den offentlege helsetenesta. Private institusjonar med kjøpsavtale stod for ein vesentleg del av behandlinga i fleire opptaksområde, særleg i Fonna, Nord-Trøndelag, Stavanger, Innlandet og Finnmark. Utan desse institusjonane var den geografiske variasjonen større (SCV 11,6). Behandling i private institusjonar med oppdragsavtale utgjorde gjennomgåande ein liten del av aktiviteten. Opptaksområda Lovisenberg og Diakonhjemmet hadde det største innslaget av oppdragsavtalar, men delen var likevel relativt avgrensa. Ei grafisk framstilling av opphaldsratane i opptaksområda fordelt på avtaletype er tilgjengeleg i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).

### 3.2.3. Døgntillegging i TSB (liggedøgn)

Om lag 8 000 pasientar var innlagde for ruslidingar i TSB i gjennomsnitt kvart år. Desse stod samla for om lag 546 000 liggedøgn. Opphalda varte i gjennomsnitt 43 døgn, men varigheita varierte mellom opptaksområda. Der både pasientraten og opphaldsraten var relativt stabil gjennom perioden, gjekk talet på liggedøgn ned.

Det var stor geografisk variasjon i talet på liggedøgn per innbyggjar (SCV 7,3). Telemark hadde den høgaste liggedøgnsraten, trass i ein markant nedgang etter 2023. Den gjennomsnittlege varigheita på opphalda varierte òg betydeleg mellom opptaksområda. I Telemark varte eit opphald i gjennomsnitt 56,9 døgn, meir enn dobbelt så lenge som i opptaksområdet til St. Olav, som hadde den kortaste gjennomsnittlege opphaldstida på 21,9 døgn. Samstundes hadde St. Olav det høgaste talet på opphald per pasient. Talet på liggedøgn per pasient var derimot høgast i Innlandet, med 106,2 døgn per pasient.



**Figur 8.** Tal liggedøgn (venstre) og tal liggedøgn fordelt på avtaletype (høgre) i døgntillegging for ruslidingar i TSB. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år.

På landsbasis fann størstedelen av døgntillegginga stad i offentlege institusjonar. Samstundes stod private institusjonar med kjøpsavtale for ein relativt stor del av liggedøgna. Variasjonen i

liggedøgnrate var lågare dersom ein ikkje inkluderte private institusjonar med kjøpsavtale i analysen (SCV 5,8).

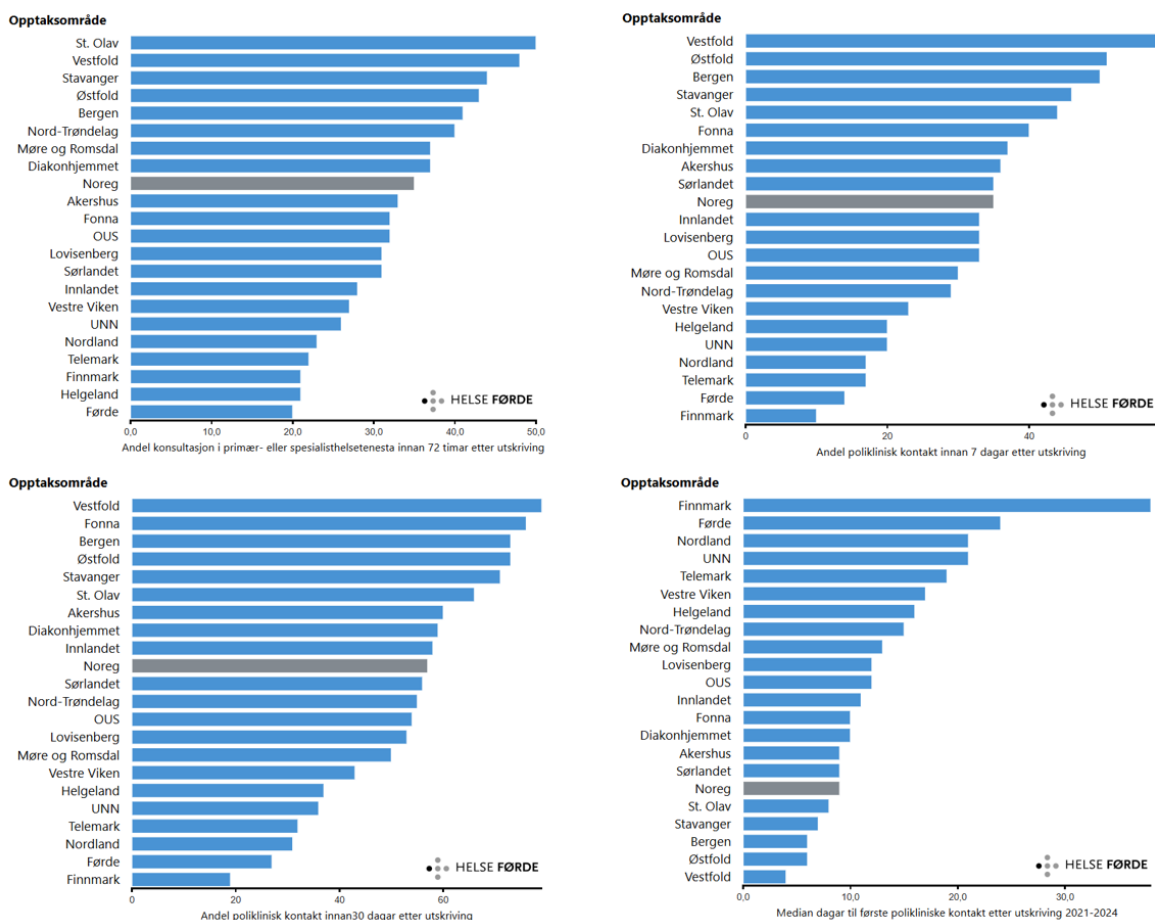
Median liggetid for rusbehandling i TSB var 12 dagar på landsbasis, men det var variasjon mellom opptaksområda. Fordelt etter type behandlingsinstitusjon var median liggetid lengst i private institusjonar med kjøpsavtale, med 28 dagar på landsbasis. Median liggetid hos private med kjøpsavtale gjekk tydeleg ned i perioden, frå 37 dagar i 2021 til 20 dagar i 2025. Median tal liggedøgn og liggetider per opptaksområde er presentert i figur- og tabellformat i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).

### 3.2.4. Integrert ettervern etter døgnbehandling i TSB

I denne utvida analysen undersøker vi tid til oppfølging innan tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB) og kommunehelsetenesta, etter utskriving frå døgnbehandling i TSB.

På landsbasis fekk 35 prosent av pasientane ein konsultasjon i primær- eller spesialisthelsetenesta innan 72 timar etter utskriving frå TSB. Det var tydelege geografiske forskjellar. Mellom opptaksområda varierte prosentdelen frå 20 prosent i Førde til 50 prosent ved St. Olav. Den geografiske variasjonen var særleg stor for poliklinisk oppfølging (FT 5,8). På landsbasis hadde 35 prosent poliklinisk kontakt innan 7 dagar og 57 prosent innan 30 dagar.. Mellom opptaksområda varierte prosentdelen oppfølging innan 30 dagar frå 19 prosent i Finnmark til 79 prosent i Vestfold. For oppfølging hos fastlege var det eit anna geografisk mønster. På landsbasis hadde 22 prosent kontakt med fastlege innan 7 dagar. Prosentdelen varierte frå 10 prosent i Fonna til 28 prosent i UNN, Møre og Romsdal og Vestre Viken. Kontakt med legevakt innan 7 dagar var mindre vanleg og varierte frå 6 prosent i Fonna til 15 prosent i Møre og Romsdal og Vestre Viken. På landsbasis vart 5 prosent akutt reinnlagde innan 30 dagar etter utskriving frå TSB. Det var stor relativ variasjon mellom opptaksområda, frå 1 prosent i fleire område til 12 prosent ved St. Olav (FT 12,0). Det var òg store geografiske forskjellar i kor raskt pasientane fekk poliklinisk oppfølging (FT 9,5). Median tid til første polikliniske kontakt var 9 dagar på landsbasis og varierte frå 4 dagar i Vestfold til 38 dagar i Finnmark. Innan eitt år hadde 78 prosent hatt minst éin poliklinisk kontakt, med ein variasjon frå 41 prosent i Finnmark til 95 prosent i Fonna. Tala for fastlege- og legevaktkontakt, reinnlegging og dødelegheit er presenterte i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).

Samla viser resultata store geografiske variasjonar i oppfølginga etter utskriving frå TSB. Finnmark og fleire av opptaksområda i Helse Nord skil seg ut med låg poliklinisk oppfølging og lang tid til første kontakt. Fleire opptaksområde i Helse Vest og Helse Midt, i tillegg til Vestfold, har gjennomgåande høgare poliklinisk oppfølging og kortare tid til første kontakt.



**Figur 9.** Prosentdel med konsultasjon i primær- eller spesialisthelsetenesta innan 72 timar (oppe venstre), prosentdel med poliklinisk kontakt innan 7 dagar (oppe høgre), prosentdel med poliklinisk kontakt innan 30 dagar (nede venstre) og median tal dagar til første polikliniske kontakt (nede høgre) etter utskrivning frå døgnsbehandling i TSB.

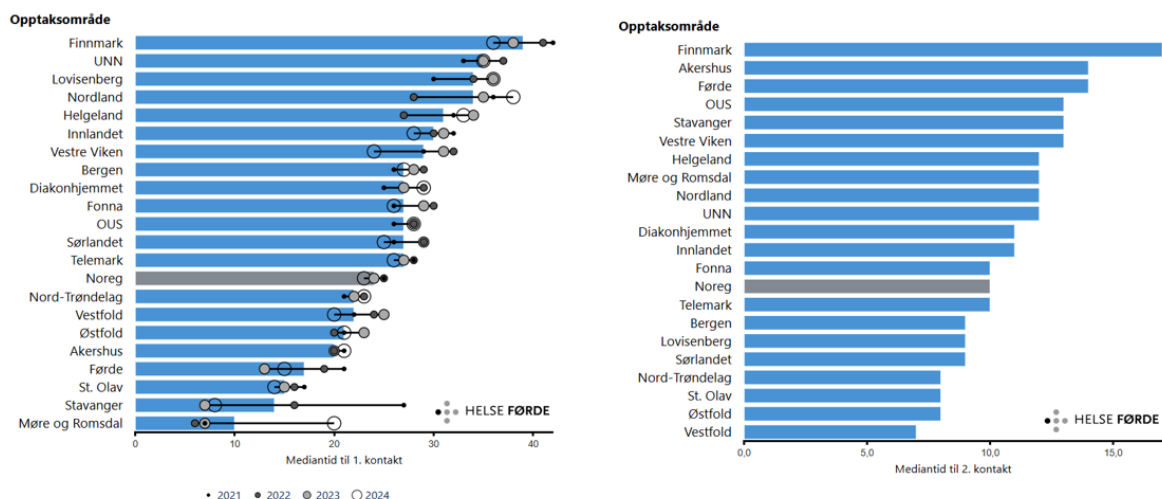
På landsbasis fekk 58 prosent av dei utskrivne pasientane i TSB tilbod om helse- og omsorgstenester i heimen, 23 prosent fekk tilbod om andre kommunale tenester, medan 37 prosent ikkje fekk nokon av dei undersøkte tenestetilboda. Det var stor variasjon mellom opptaksområda. Delen som fekk tilbod om helse- og omsorgstenester i heimen varierte frå 31 prosent ved Diakonhjemmet til 80 prosent i Vestfold, medan delen utan tilbod varierte frå 19 prosent i Vestfold til 51 prosent i Bergen og ved OUS. I fleire opptaksområde fekk dermed ein relativt stor del av pasientane ingen av dei undersøkte tenestetilboda. Resultata viser berre om pasientane fekk eit tilbod, ikkje om dei tok imot eller nytta tenestene, og seier heller ikkje noko om behovet for tenester eller årsakene til variasjonane. Det er om lag 18 prosent overlapp av pasientar med helse- og omsorgstenester i heimen og andre tenester, og prosentdelane kan derfor ikkje summerast. Tala for tilbod om kommunale helse- og omsorgstenester er presentert i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).

### 3.2.5. Forløpsintensitet i TSB

Personar som vert tilvist til behandling for ruslidingar bør komme raskt i gang med behandlingsforløpet. I det følgjande ser vi nærare på kor raskt poliklinisk behandling kjem i gang frå pasienten vert tilvist til behandling i spesialisthelsetenesta.<sup>4</sup>

Analysen viser median tal dagar til den aktuelle kontakten i forløpet, for dei fire åra mellom 2021 og 2024. For å sikre at alle pasientar skal kunne bli registrerte med eit langt nok forløp frå motteken tilvising, er 2024 siste år i analysen. Ettersom ein del pasientar mottok sekvensiell behandling som del av det polikliniske forløpet, inkluderer kontaktane både polikliniske kontaktdagar og planlagde døgnopphald.

Forskjellane i tid frå tilvising til første kontakt for behandling for ruslidingar er store. Tal dagar til første kontakt er meir enn dobbelt så høgt for pasientar heimehøyrande i Finnmark, UNN, Lovisenberg og Nordland samanlikna med Førde, St. Olav, Stavanger og Møre og Romsdal. Alle dei fire opptaksområda i Helse Nord, i tillegg til Lovisenberg, har forholdsvis lang tid til første kontakt. Som tabellen nedanfor viser, er variasjonen målt ved forholdstal 1 (FT1) og forholdstal 2 (FT2) størst for den første kontakten, og vert mindre for dei neste kontaktane i forløpet.



**Figur 10.** Median tal dagar frå tilvising til første kontakt (venstre) og 2. kontakt (høgre) i TSB.

Vedleggstabell 6 gjer greie for intensiteten i nærare detalj. Opptaksområda skil seg frå kvarandre når det gjeld samanhengen mellom tid til første kontakt og intensitet vidare. Lovisenberg, til dømes, som har lang tid til første kontakt, har høgare intensitet når forløpet kjem i gang, medan Finnmark, som òg har lang tid til første kontakt, har lågare intensitet i forløpet vidare. Det er elles ikkje nokon tendens til at opptaksområde som har lang tid til 1. kontakt har lågare intensitet vidare i forløpet.

Mediantida mellom kontaktane er for dei fleste mellom 8 og 10 dagar, men nokre opptaksområde skil seg ut. I Førde og Finnmark har pasientane lenger tid til 2.-5. kontakt. Den lågare intensiteten vedvarer også lenger ut i forløpet, til kontaktane 6-10.

<sup>4</sup> Rundt 72 prosent av tilviste pasientar er berre i sektor TSB. Ein utvida analyse som inkluderer psykisk helsevern er lagt ved (Vedleggstabell 7); den samla analysen viser små forskjellar frå tala for TSB åleine.

### 3.3. Diagnosespesifikke analysar

I denne delen presenterer vi diagnosespesifikke analysar for dei ruslidingane som inngår i atlaset. Tabellen gir ei samla oversikt over pasientgruppene. Deretter følgjer eigne kapittel for kvar diagnose.

Tabell 1. Gjennomsnittleg tal pasientar per år og demografiske kjenneteikn etter rusmiddel

| Rusmiddelgruppe    | Pasientar per år | Gjennomsnittsalder | Medianalder | Menn (%) |
|--------------------|------------------|--------------------|-------------|----------|
| Alkohol            | 16 042           | 44,3               | 44,0        | 66,2     |
| Opiat              | 9 895            | 46,5               | 47,0        | 67,9     |
| Cannabis           | 4 009            | 30,5               | 28,0        | 75,9     |
| Sedativa/hypnotika | 3 108            | 40,2               | 38,0        | 59,3     |
| Kokain             | 1 135            | 31,2               | 30,0        | 83,5     |
| Andre stimulantia  | 2 826            | 37,2               | 36,0        | 70,5     |
| Fleire/andre stoff | 5 458            | 35,5               | 34,0        | 70,7     |

Tala viser gjennomsnitt per år i perioden 2021–2025. Kvar pasient er tald éin gong per år innanfor kvar diagnosegruppe, uavhengig av om pasienten fekk poliklinisk behandling, døgntil behandling eller begge delar. Summen av pasientar i poliklinisk behandling og døgntil behandling kan derfor vere høgare enn talet i tabellen. Pasientar med fleire ruslidingar inngår i kvar av dei aktuelle diagnosegruppene.

### 3.4. Alkohollidingar

#### Nøkkelfunn

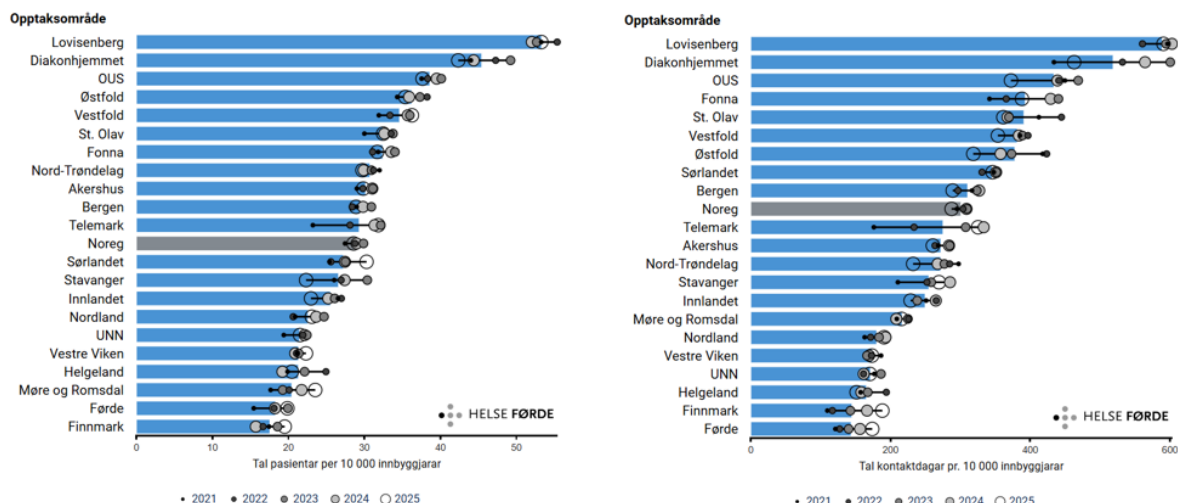
- Årleg fekk om lag 11 000 pasientar poliklinisk behandling og om lag 8 000 døgntil behandling for alkoholliding. Om lag dobbelt så mange menn som kvinner fekk behandling, og pasientane var eldre enn for dei fleste andre ruslidingar.
- Stor geografisk variasjon i poliklinisk behandling og liggedøgn, men liten variasjon i talet på innlagde pasientar. Lovisenberg låg høgast, med ein liggedøgnrate om lag tre gonger så høg som Førde.
- Stabil aktivitet på landsbasis, men enkelte opptaksområde hadde større endringar, med tydeleg auke i Telemark og nedgang i Diakonhjemmet.
- Offentlege institusjonar stod for storparten av kontaktdagane. Private institusjonar med kjøpsavtale står for størst del i Fonna og bidrar betydeleg i Lovisenberg, Stavanger og Telemark. Bidraget frå avtalespesialistar er lite.
- Poliklinisk behandling skjedde i hovudsak i TSB, men i Finnmark og Førde stod psykisk helsevern for nær halvparten. Om lag 40 prosent av døgntil opphalda var i somatisk sektor.

#### 3.4.1. Poliklinisk behandling av pasientar med alkohollidingar

Årleg fekk om lag 11 000 pasientar til saman om lag 119 000 polikliniske kontaktdagar for alkohollidingar. Dette svarar til gjennomsnittleg 10,5 kontaktdagar per pasient. Talet på kontaktdagar per pasient var dermed noko lågare enn for poliklinisk rusbehandling samla. Om lag dobbelt så mange menn som kvinner fekk poliklinisk behandling for alkoholliding. For begge kjønn var aldersfordelinga jamnare enn for andre ruslidingar, og pasientraten auka fram mot slutten av 50-åra. Ei grafisk framstilling av pasientrate fordelt på kjønn og alder er tilgjengelig i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).

Det var stor variasjon i både pasientratar (SCV 7,7) og kontaktdagsratar (SCV 14,1) i poliklinisk behandling. Opptaksområda Lovisenberg og Diakonhjemmet hadde klart høgare pasientratar enn dei andre opptaksområda som var jamnare fordelt. Opptaksområda fordelte seg ganske likt for

kontaktdagsratar og pasientratar. Finnmark og Førde hadde dei lågast ratane i landet, slik dei òg hadde for poliklinisk rusbehandling samla. Skilnadene mellom opptaksområda var likevel mindre for alkohollidingar enn for ruslidingar samla. På landsbasis var det ingen tydeleg endring i aktivitetsratane gjennom perioden, men enkelte opptaksområde hadde vesentlege endringar. I Telemark auka både pasient- og kontaktdagsratane tydeleg, medan Diakonhjemmet hadde den største samla nedgangen.



**Figur 11.** Tal pasientar (venstre) og tal kontaktdagar (høgre) i poliklinisk behandling for alkohollidingar. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år.

Meir enn 90 prosent av pasientane med alkoholliding fekk poliklinisk behandling innanfor tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB), men fordelinga varierte betydeleg mellom opptaksområda. I Finnmark og Førde fekk nær halvparten behandling utført innanfor psykisk helsevern, og fleire andre opptaksområde har òg mindre delar behandling i denne sektoren.

Fordelinga mellom offentlege institusjonar og private avtaletypar varierte endå meir. I opptaksområda Lovisenberg og Diakonhjemmet stod private institusjonar med oppdragsavtale for ein stor del av den polikliniske aktiviteten. Private institusjonar med kjøpsavtale stod for ein stor del av aktiviteten i Fonna, Telemark og Stavanger, i tillegg til Oslo-området. Også i St. Olav og Nord-Trøndelag var noko av aktiviteten utført av private institusjonar med kjøpsavtale. Ei grafisk framstilling av aktiviteten i opptaksområda fordelt på sektor og avtaletype er tilgjengeleg i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).

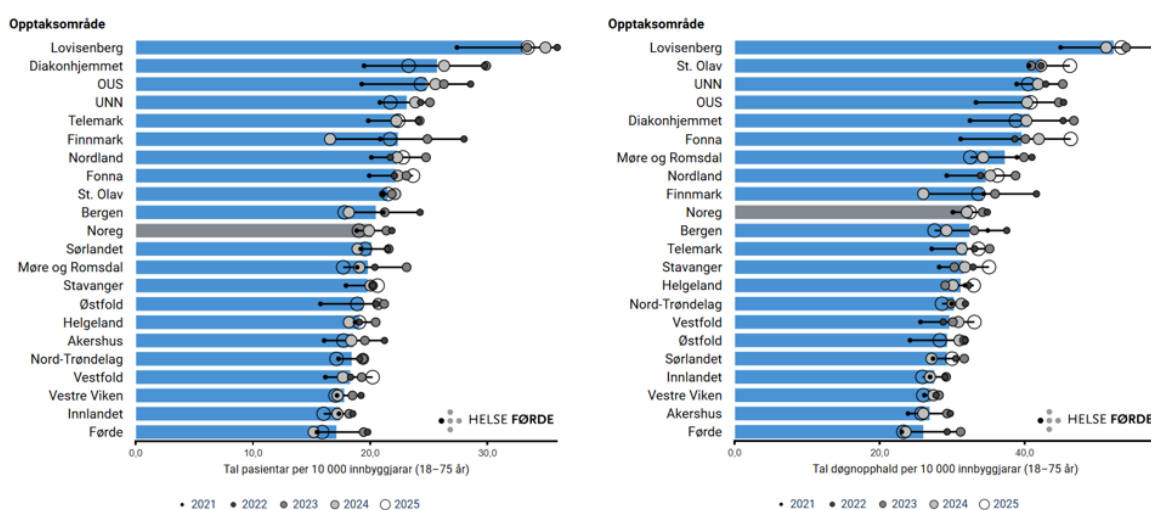
### 3.4.2. Døgnbehandling av pasientar med alkohollidingar (pasient og opphald)

I perioden hadde om lag 8000 personar totalt om lag 13 000 døgnopphald for alkoholliding i gjennomsnitt kvart år. Dette svarar til gjennomsnittleg 1,6 opphald per pasient årleg. Langt fleire menn enn kvinner fekk døgnbehandling for alkoholliding. Unntaket var aldersgruppa 18-25 år, der noko fleire kvinner enn menn vart lagde inn. For begge kjønn auka innleggingsraten gradvis med alder, og nådde ein topp rundt 58-årsalderen. Ei grafisk framstilling av pasientrate fordelt på kjønn og alder er tilgjengeleg i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).

Det var liten variasjon mellom opptaksområda i pasientrate for dei innlagde med alkoholliding (SCV 1,6). Lovisenberg skilde seg likevel ut med ein betydeleg høgare pasientrate enn dei andre opptaksområda. Lovisenberg hadde òg den høgaste opphaldsraten, men her var skilnadene

mindre. Både for pasientratar og opphaldsratar var det små endringar på landsbasis i perioden, men mange opptaksområde hadde betydelege endringar i femårsperioden.

Dei fleste døgnopphalda fann stad i offentlege institusjonar. Private med kjøpsavtale stod likevel for ein betydeleg del av behandlinga i enkelte opptaksområde, eksempelvis Nord-Trøndelag, Helgeland, Fonna og St. Olav. I opptaksområda Lovisenberg og Diakonhjemmet stod også private med oppdragsavtale for ein tydeleg del av døgnopphalda. Rundt halvparten av opphalda var innanfor tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB), 10 prosent i psykisk helsevern og 40 prosent i somatisk sektor. Delen døgnopphald i somatisk sektor varierte mellom opptaksområda og var høgst i Vestre Viken, Bergen og Fonna. Ei grafisk framstilling av opphaldsratane i opptaksområda fordelt på sektor og avtaletype er tilgjengeleg i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).

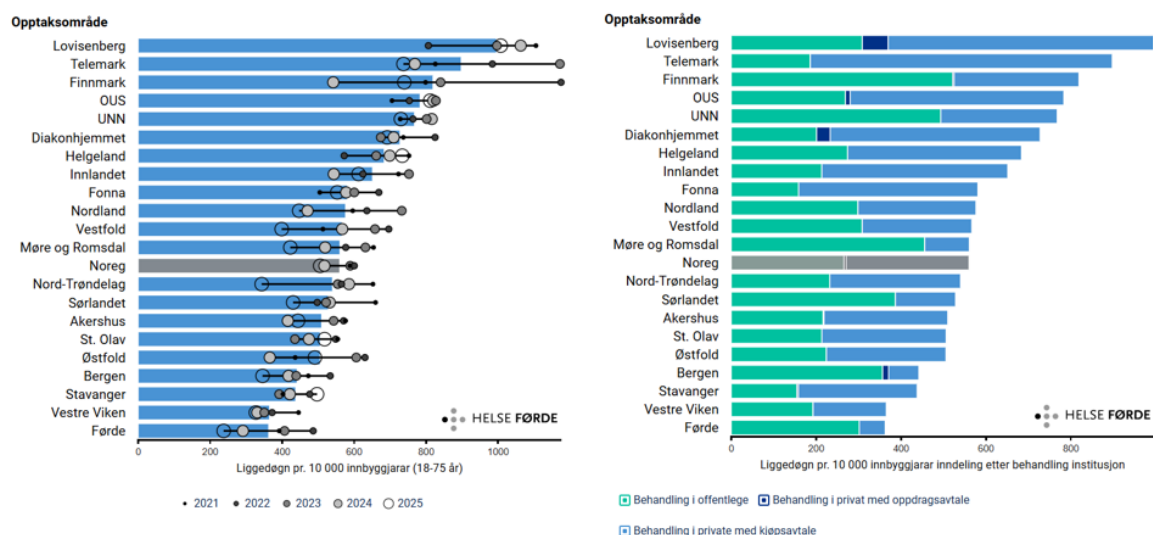


**Figur 12.** Tal pasientar (venstre) og tal opphald (høgre) i døgnbehandling for alkohollidingar. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18–75 år.

### 3.4.3. Døgnbehandling av pasientar med alkohollidingar (liggedøgn)

Pasientar med alkohollidingar hadde om lag 222 000 liggedøgn årleg fordelt på dei nær 13 000 døgnopphalda. På landsbasis var liggedøgnraten 560 døgn per 10 000 innbyggjarar. Kvar pasient hadde 27,7 liggedøgn i året, og opphalda varte i gjennomsnitt 17,1 døgn.

Det var stor variasjon i tal liggedøgn mellom opptaksområda (SCV 6,5). Lovisenberg hadde den høgaste raten med 996 liggedøgn per 10 000 innbyggjarar, om lag tre gonger så høg som Førde som hadde den lågaste (363 per 10 000). Skilnadane kan skuldast variasjon i førekomst og behandlingsbehov eller ulik organisering, kapasitet, behandlingspraksis og bruk av døgnbehandling. Tal liggedøgn per pasient var høgast i Telemark med 39 døgn, og lågast i Vestre Viken med 20 døgn.



**Figur 13.** Tal liggedøgn (venstre) og tal liggedøgn fordelt på avtaletype (høgre) i døgntillegging for alkohollidingar. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år.

Varigheita på opphalda varierte også mykje. I Telemark varte eit opphald i gjennomsnitt om lag 28 døgn, meir enn dobbelt så lenge som St. Olav med 12 døgn. Telemark hadde relativt få opphald per pasient, medan St. Olav hadde flest i landet. Det var dermed ein tendens til at opptaksområde med fleire opphald per pasient hadde kortare opphald, medan område med færre opphald hadde lengre opphaldstid. Dette viser at variasjonen mellom opptaksområda ikkje berre gjeld kor mange pasientar som får døgntillegging, men også kor ofte dei blir innlagde og kor lenge opphalda varer. Tala seier ikkje noko om pasientsamansetnad, alvorsgrad eller innhaldet i behandlinga og bør dermed tolkast med varsemd.

Liggedøgna for alkoholliding var i hovudsak i TSB, medan psykisk helsevern og somatisk behandling utgjorde ein liten del. Ei grafisk framstilling av liggedøgnratane i opptaksområda fordelt på sektor er tilgjengeleg i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#). På landsbasis var liggedøgna fordelte nokså likt mellom offentlege institusjonar og private institusjonar med kjøpsavtale. Fordelinga varierte likevel mykje mellom opptaksområda. Private med kjøpsavtale stod for størstedelen av liggedøgna i mellom anna Telemark, Lovisenberg, OUS, Diakonhjemmet, Innlandet og Fonna, medan offentlege institusjonar dominerte i Finnmark, UNN, Møre og Romsdal, Sørlandet, Bergen og Førde. Private med oppdragsavtale utgjorde samla sett ein liten del, men hadde eit mindre bidrag i Lovisenberg og Diakonhjemmet.

Median liggetid for alkoholliding på landsbasis var tre dagar. Figuren viser tydelege geografiske skilnader mellom opptaksområda. Finnmark skilde seg ut med lengre liggetid og større variasjon enn dei fleste andre områda, medan fleire helseføretak ligg nær medianen for landet som heilskap. Median liggetid per opptaksområde er presentert i figurformat i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).

### 3.5. Opioidlidingar

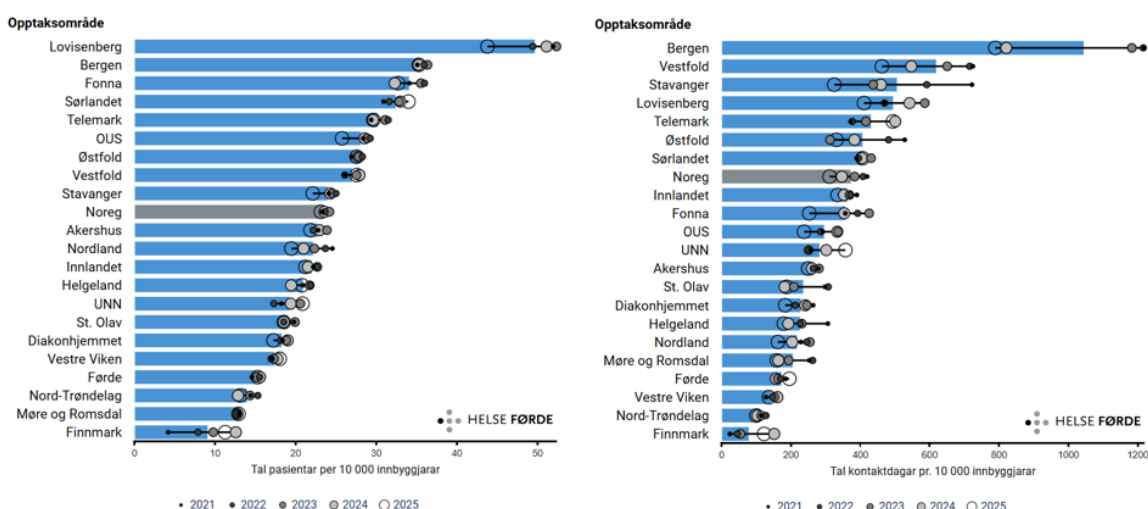
#### Nøkkelfunn

- Årleg fekk om lag 9 500 pasientar poliklinisk behandling og om lag 2 500 døgnbehandling for opioidlidingar. Pasientane var eldre enn pasientar med andre ruslidingar, og det var om lag dobbelt så mange menn som kvinner.
- Svært stor geografisk variasjon. Bergen hadde ein poliklinisk kontaktdagsrate over ti gonger så høg som Finnmark, og Lovisenberg ein liggedøgnrate 3,6 gonger så høg som Førde.
- LAR-behandling stod for ni av ti polikliniske kontaktdagar og om lag halvparten av døgnopphalda.
- Nesten all poliklinisk behandling i TSB og i offentlege institusjonar. Private institusjonar med kjøpsavtale stod derimot for størstedelen av liggedøgna i dei fleste opptaksområda.
- Talet på liggedøgn har gått betydeleg ned, meir enn talet på opphald.

#### 3.5.1. Poliklinisk behandling av pasientar med opioidlidingar

I perioden 2021-2025 fekk om lag 9500 pasientar til saman om lag 148 000 kontaktdagar i poliklinisk behandling for opioidlidingar kvart år. Dette svarar til gjennomsnittleg 15,8 kontaktdagar per pasient årleg, omlag det same som for poliklinisk rusbehandling samla. Pasientane med opioidlidingar var i gjennomsnitt eldre enn pasientar med andre ruslidingar. Om lag dobbelt så mange menn som kvinner fekk poliklinisk behandling, og hovudtyngda av pasientane var mellom 35 og 55 år for begge kjønn. Ei grafisk framstilling av pasientrate fordelt på kjønn og alder er tilgjengelig i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).

Det var stor variasjonen mellom opptaksområda i pasientraten (SCV 10,7). Lovisenberg skilde seg tydeleg ut og hadde ein pasientrate som var om lag fem gonger så høg som i Finnmark. Bergen, Fonna og Sørlandet hadde òg relativt høge ratar. På landsbasis var pasientraten stabil gjennom femårsperioden, medan Lovisenberg og OUS hadde ein tydeleg nedgang. Kontaktdagsraten viser eit anna geografisk mønster enn pasientraten. Bergen hadde klart flest kontaktdagar per innbyggjar trass i at pasientraten låg nærare landsgjennomsnittet. Kvar pasient i Bergen hadde i gjennomsnitt 29,4 kontaktdagar årleg, nær dobbelt så mange som landssnittet.



**Figur 14.** Tal pasientar (venstre) og tal kontaktdagar (høgre) i poliklinisk behandling for opioidlidingar. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år.

Nesten alle dei polikliniske kontaktdagane for opioidlidingar fann stad i offentlege institusjonar. På landsbasis stod offentlege institusjonar for om lag 96 prosent av aktiviteten. Private med kjøpsavtale utgjorde ein del av den samla kontaktdagsraten i enkelte opptaksområde, slik som Fonna, St. Olav, Nord-Trøndelag og Stavanger. Private med oppdragsavtale hadde eit avgrensa bidrag i Lovisenberg og Diakonhjemmet. Aktiviteten hos avtalespesialistar var svært liten.

Nesten all poliklinisk behandling av opioidlidingar vart utført innanfor tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB). Telemark, Innlandet og Førde skilde seg ut ved at psykisk helsevern stod for ein betydeleg del av aktiviteten. Ei grafisk framstilling av aktiviteten i opptaksområda fordelt på sektor og avtaletype er tilgjengeleg i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er ei sentral behandlingsform for personar med opioidlidingar. LAR-behandling stod for ni av ti kontaktdagar, men delen varierte mindre mellom opptaksområda. Bergen, Stavanger og Møre og Romsdal hadde dei høgaste delane LAR-behandling, medan St. Olav og Diakonhjemmet hadde dei lågaste.

### 3.5.2. Døgnbehandling av pasientar med opioidlidingar (pasient og opphald)

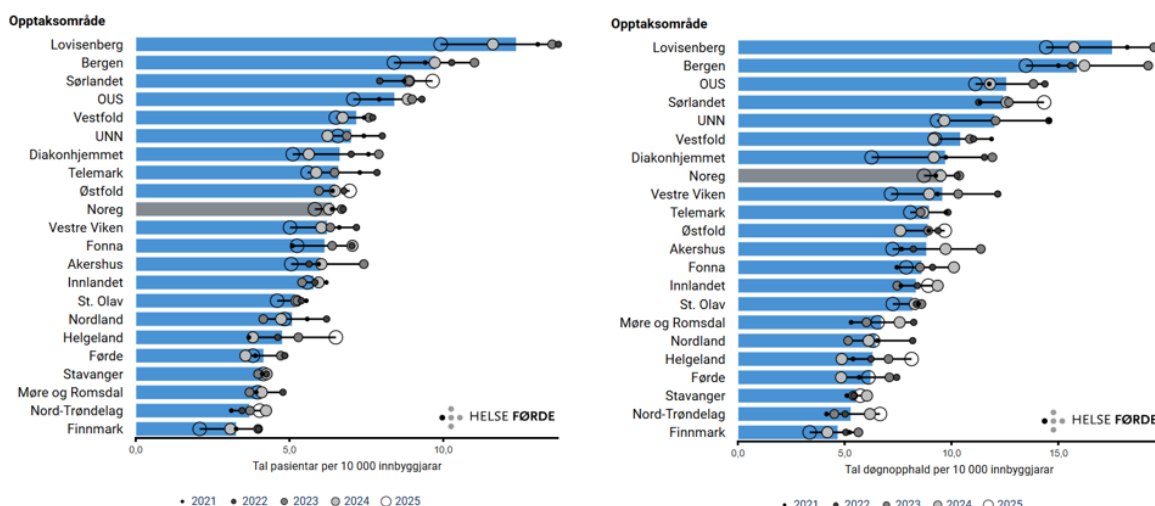
Årleg hadde om lag 2500 pasientar til saman om lag 3800 døgnopphald for opioidlidingar. Dette svarar til gjennomsnittleg 1,5 opphald per pasient. Omtrent dobbelt så mange menn som kvinner fekk døgnbehandling. Aldersprofilen var noko ulik mellom kjønna. Blant kvinner var pasientraten relativt stabil frå 30 til 60-årsalder, medan hovudtyngda av innlagde menn var mellom 30 til 45 år. Ei grafisk framstilling av pasientrate fordelt på kjønn og alder er tilgjengeleg i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).

Det var stor variasjon mellom opptaksområda i tal pasientar i døgnbehandling for opioidlidingar (SCV 8,4). Lovisenberg, Bergen, Sørlandet og OUS skilde seg ut med høgare ratar enn dei andre opptaksområda. Pasientratane har gått noko ned dei siste åra, både på landsbasis og for dei fleste opptaksområda.

Dei same opptaksområda som hadde høge pasientratar, hadde òg høge opphaldsratar. Opphaldsraten har gått noko ned på landsbasis i perioden, særleg frå 2022, og Diakonhjemmet, Vestre Viken og Finnmark hadde den største relative nedgangen.

Dei fleste døgnopphalda for opioidlidingar fann stad i offentlege institusjonar. Private med kjøpsavtale stod likevel for ein betydeleg del av opphalda i enkelte opptaksområde, særleg Nord-Trøndelag, St. Olav, Stavanger og Fonna. Private med oppdragsavtale utgjorde samla sett ein liten del, men hadde eit synleg bidrag i Lovisenberg, Bergen og Diakonhjemmet. Dei fleste opphalda var innanfor tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB), medan om lag 25 prosent av opphalda fann stad i somatisk sektor. Bergen, Akershus og Lovisenberg hadde dei høgaste delane opphald i somatisk sektor. Ei grafisk framstilling av opphaldsratane i opptaksområda fordelt på sektor og avtaletype er tilgjengeleg i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er ei vanleg behandlingsform for personar med opioidliding. Omtrent halvparten av dei innlagde pasientane fekk LAR-behandling, men delen varierte mellom opptaksområda. Møre og Romsdal, Sørlandet og UNN hadde dei høgaste delane opphald knytt til LAR-behandling.



**Figur 15.** Tal pasientar (venstre) og tal opphald (høgre) i døgnerbehandling for opioidlidingar. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år.

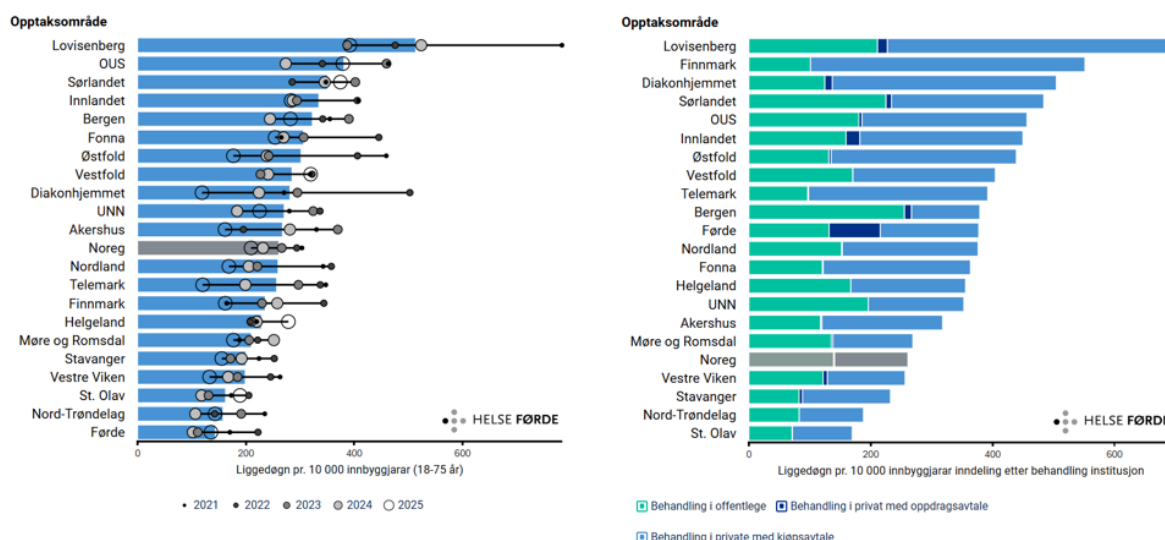
### 3.5.3. Døgnerbehandling av pasientar med opioidlidingar (liggedøgn)

Pasientar med opioidlidingar hadde om lag 103 200 liggedøgn årleg, fordelt på 3 810 døgnopphald. På landsbasis var liggedøgnraten 261 døgn per 10 000 innbyggjarar. Kvart opphald varte i gjennomsnitt 27,1 døgn, medan kvar pasient hadde 40,8 liggedøgn årleg. Liggedøgnraten har gått betydeleg ned dei siste åra, og den prosentvise nedgangen var større enn nedgangen i opphaldsraten. Dette tyder på ein klar reduksjon i bruken av døgnplassar for opioidlidingar.

Det var stor geografisk variasjon i liggedøgnrate (SCV 10,1). Opptaksområdet Lovisenberg hadde den høgaste liggedøgnraten, med 514 døgn per 10 000 innbyggjarar, om lag 3,6 gonger høgare enn Førde med 144. Talet på liggedøgn per pasient varierte frå 25,6 i Førde til 55,7 i Innlandet. Innlandet hadde også lengst gjennomsnittleg opphaldstid, med 38,9 døgn, medan Førde hadde kortast, med 17,0 døgn. Tala viser tydelege geografiske skilnader i bruken av døgnbehandling, men datagrunnlaget gir ikkje grunnlag for å forklare kva skilnadene kjem av.

Liggedøgna var i all hovudsak knytt til tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB), medan psykisk helsevern og somatisk behandling utgjorde mindre delar. Ei grafisk framstilling av liggedøgnratane i opptaksområda fordelt på sektor er tilgjengeleg i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#). Liggedøgna var fordelt meir jamt mellom offentlege institusjonar og private med kjøpsavtale enn døgnopphalda. Private med kjøpsavtale stod for størstedelen av liggedøgna i dei fleste opptaksområda, mellom anna Lovisenberg, Finnmark, OUS, Innlandet, Østfold, Fonna, Diakonhjemmet, Akershus og Telemark. Offentlege institusjonar dominerte berre i Bergen og UNN. Private med oppdragsavtale utgjorde ein svært liten del.

Median liggetid for opioidlidingar på landsbasis var sju dagar. Tala viser geografiske skilnader i både liggetid og spreiding, med ein særleg stor del lange opphald i Nordland, Helgeland, Fonna og Stavanger. I fleire opptaksområde låg medianen likevel nær landsmedianen. Median liggetid per opptaksområde er presentert i figurformat i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).



**Figur 16.** Tal liggedøgn (venstre) og tal liggedøgn fordelt på avtaletype (høgre) i døgntilleg for opioidlidingar. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år.

### 3.6. LAR behandling

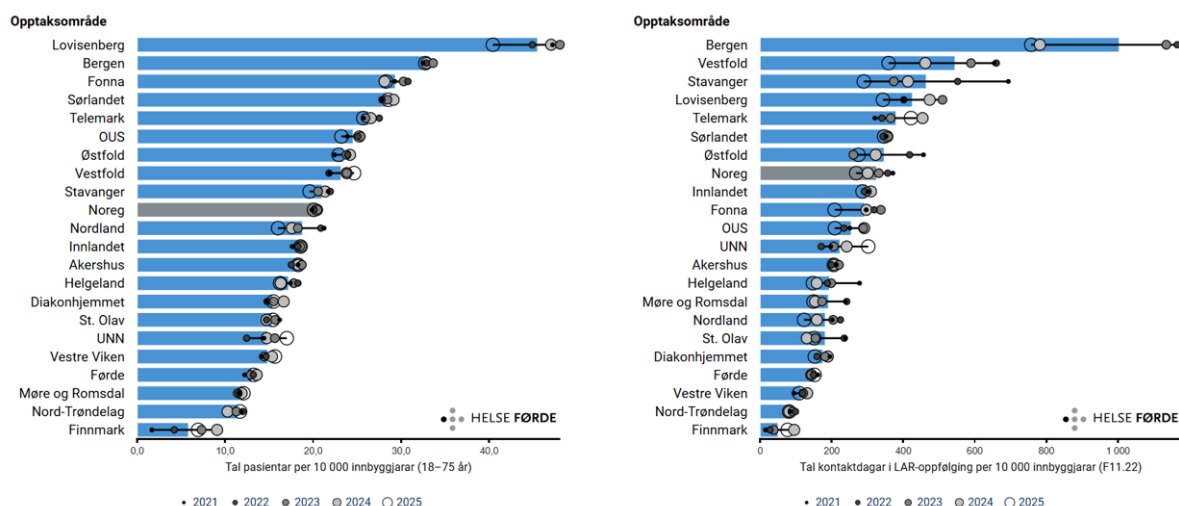
#### Nøkkelfunn

- Årleg fekk om lag 8 000 pasientar poliklinisk LAR-behandling og om lag 1 400 døgntilleg. Dei fleste var mellom 35 og 55 år, og det var om lag dobbelt så mange menn som kvinner.
- Svært stor geografisk variasjon. Lovisenberg hadde om lag åtte gonger høgare pasientrate enn Finnmark, og ein liggedøgnrate om lag fem gonger så høg som Nord-Trøndelag. Bergen hadde klart flest polikliniske kontaktdagar per innbyggjar, om lag 20 gonger høgare enn Finnmark.
- Polikliniske behandling skjedde nesten berre i TSB og i offentlege institusjonar. Private med kjøpsavtale stod derimot for størstedelen av liggedøgna i fleire opptaksområde, og opphalda varte gjennomgåande lenger.
- Døgntilleg i LAR var lange, med i gjennomsnitt 34 døgn per opphald og 47,5 liggedøgn per pasient årleg.
- Både pasientraten for døgntilleg og den polikliniske kontaktdagsraten gjekk noko ned på landsbasis i perioden.

#### 3.6.1. Poliklinisk behandling av pasientar i legemiddelassistent rehabilitering (LAR )

I perioden 2021-2025 fekk om lag 8 000 pasientar til saman om lag 129 000 kontaktdagar i legemiddelassistent rehabilitering (LAR) i gjennomsnitt kvart år. Det svarer til gjennomsnittleg 16,1 kontaktdagar per pasient årleg. Omtrent dobbelt så mange menn som kvinner var i LAR-behandling, og aldersfordelinga var nokså lik for begge kjønn. Dei fleste pasientane var mellom 35 og 55 år. Ei grafisk framstilling av pasientrate fordelt på kjønn og alder er tilgjengeleg i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).

Det var stor variasjon mellom opptaksområda i pasientratar for poliklinisk behandling i LAR (SCV 13,4). Lovisenberg skilde seg ut med betydeleg høgare pasientrate enn dei andre opptaksområda. Bergen, Fonna, Sørlandet og Telemark hadde òg høge pasientratar, medan Finnmark hadde den lågaste raten. Finnmark hadde likevel ein stor auke i pasientraten i perioden 2021-2024, medan ratane elles var gjennomgåande stabile.



**Figur 17.** Tal pasientar (venstre) og tal kontaktdagar (høgre) i poliklinisk LAR-behandling. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år.

Variasjonen i kontaktdagsratar var endå større enn variasjonen i pasientratane (SCV 16,3). Trass i den høge pasientraten låg Lovisenberg nær landsgjennomsnittet i kontaktdagsrate. Bergen skilde seg derimot ut med høge kontaktdagsratar, noko som tyder på fleire polikliniske kontaktar per pasient. På landsbasis, og i fleire av opptaksområda med høg aktivitet, har det vore ein nedgang i kontaktdagsratane i perioden. Behandlinga skjedde nesten utelukkande i TSB-sektoren, med unntak av Telemark, Førde og Innlandet som hadde noko aktivitet i psykisk helsevern. Nesten all registrert aktivitet knytt til LAR-oppfølging fann stad i offentlege institusjonar. Private med oppdragsavtale hadde eit avgrensa bidrag, særleg i Lovisenberg, medan private med kjøpsavtale stod for ein mindre del i enkelte område, særleg Fonna.

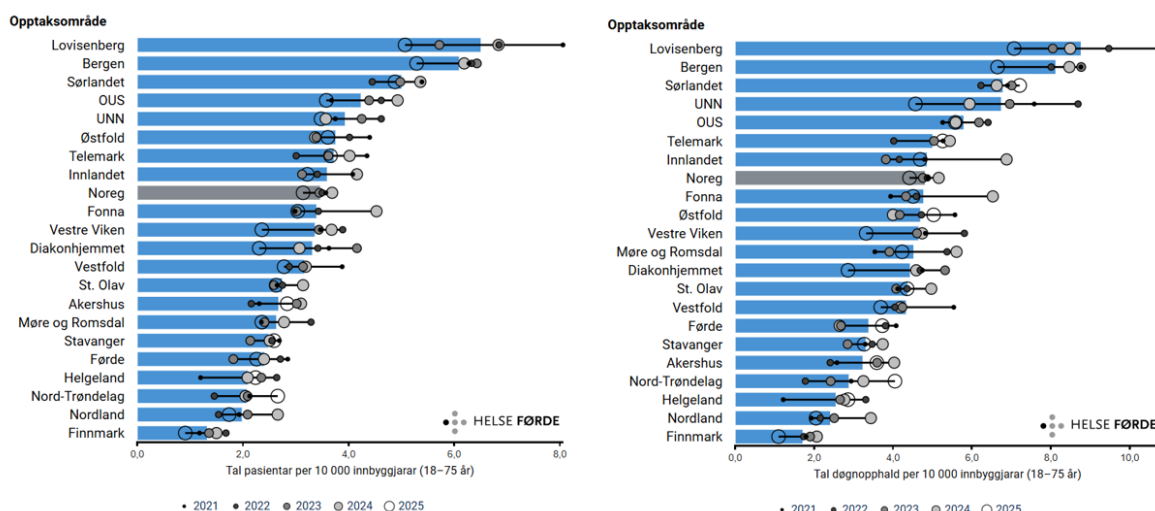
### 3.6.2. Døgnbehandling av pasientar i LAR (pasient og opphald)

Om lag 1400 pasientar hadde til saman om lag 1900 døgnopphald i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) kvart år. Det svarer til gjennomsnittleg 1,4 døgnopphald per pasient. Fleire menn enn kvinner var innlagde i LAR-behandling, men blant dei yngste vaksne under 25 år var kvinner i fleirtal. Ei grafisk framstilling av pasientrate fordelt på kjønn og alder er tilgjengelig i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).

Det var stor variasjon mellom opptaksområda i pasientratar for døgnbehandling (SCV 10,7). Opptaksområda Lovisenberg og Bergen skilde seg ut med betydeleg høgare pasientratar enn dei andre opptaksområda, sjølv om ratane gjekk ned mot 2025. På landsbasis gjekk pasientraten for døgnopphald noko ned frå 2021 til 2025, og den same utviklinga vart observert i dei fleste opptaksområda. Opphaldsraten for døgnbehandling følgjer same trend, med variasjon på nivå med pasientraten. Fleire av opptaksområda med høge opphaldsratar, hadde òg høge liggedøgnratar, noko som tyder på både høg bruk av døgnbehandling og eit relativt stort omfang av liggedøgn.

Offentlege institusjonar stod for størstedelen av døgnopphalda på landsbasis og i dei fleste opptaksområda. Private med kjøpsavtale stod likevel for om lag halvparten av opphalda i St. Olav, Stavanger, Nord-Trøndelag og Fonna. Private med oppdragsavtale utgjorde samla sett ein svært liten del, men hadde eit noko tydelegare bidrag i Lovisenberg. Rundt 80 prosent av døgnopphalda var i tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB), med mindre delar i psykisk helsevern og

somatisk sektor. Ei grafisk framstilling av opphaldsratane i opptaksområda fordelt på sektor og avtaletype er tilgjengeleg i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).

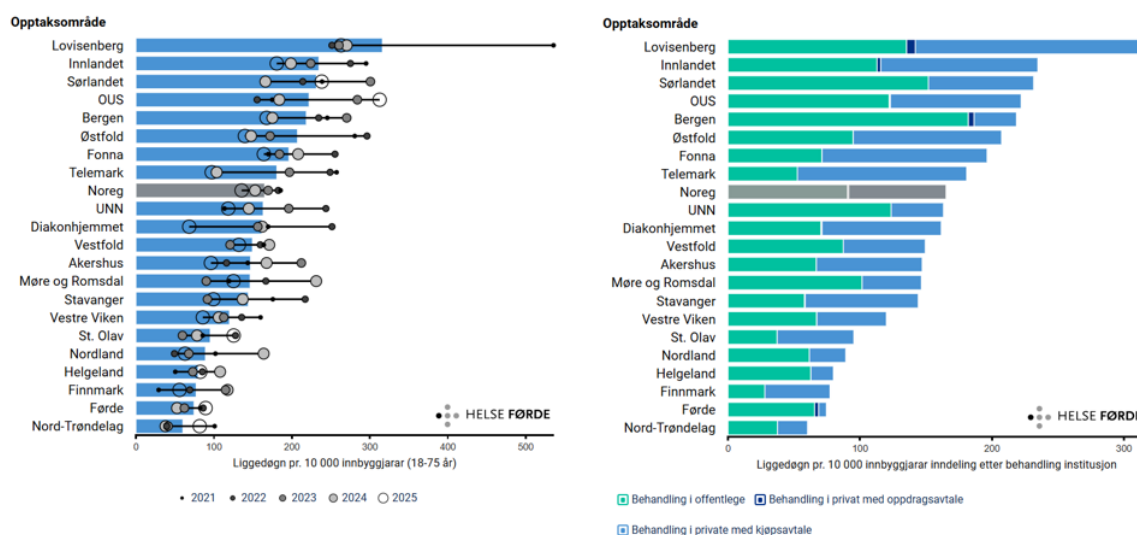


**Figur 18.** Tal pasientar (venstre) og tal opphald (høgre) i døgnbehandling i LAR. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år.

### 3.6.3. Døgnbehandling av pasientar i LAR (liggedøgn)

Pasientar i LAR hadde årleg om lag 65 400 liggedøgn, fordelte på 1 900 døgnopphald per år i perioden. På landsbasis var liggedøgnraten 165 døgn per 10 000 innbyggjarar. Kvart opphald varte i gjennomsnitt 34,3 døgn, medan kvar pasient hadde 47,5 liggedøgn årleg.

Det var tydelege geografiske skilnader mellom opptaksområda. Lovisenberg hadde den høgaste liggedøgnraten, over fem gonger høgare enn Nord-Trøndelag som hadde den lågaste. Innlandet hadde både flest liggedøgn per pasient, med 64,1 døgn, og lengst gjennomsnittleg opphaldstid, med 47,5 døgn. Nord-Trøndelag hadde færrest liggedøgn per pasient, med 27,8 døgn, og kortast gjennomsnittleg opphaldstid, med 20,1 døgn. Tala viser geografiske skilnader i bruken av døgnbehandling blant pasientar i LAR, men gir ikkje grunnlag for å forklare kva skilnadene kjem av.



**Figur 19.** Tal liggedøgn (venstre) og tal liggedøgn fordelt på avtaletype (høgre) i døgntilleg i LAR. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år.

Liggedøgna var i hovudsak knytt til TSB, medan psykisk helsevern og somatisk behandling utgjorde mindre delar. Bidraget frå somatikk var størst i Telemark, Innlandet, Finnmark og Førde, medan psykisk helsevern hadde noko bidrag mellom anna i OUS. Ei grafisk framstilling av liggedøgnratane i opptaksområda fordelt på sektor er tilgjengeleg i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).

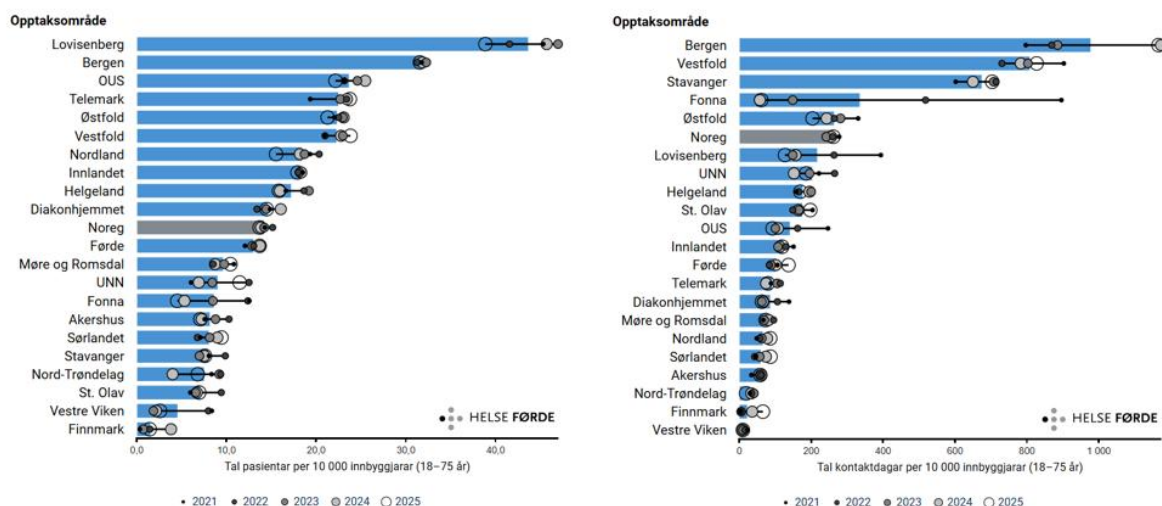
Liggedøgna var fordelte meir jamt mellom offentlege institusjonar og private med kjøpsavtale enn døgnoophalda. Private med kjøpsavtale stod for størstedelen av liggedøgna i mellom anna Telemark, Fonna, St. Olav, Stavanger, Lovisenberg og Diakonhjemmet. Private med oppdragsavtale utgjorde ein svært liten del. Den større delen liggedøgn enn opphald hos private med kjøpsavtale tyder på at desse opphalda gjennomgåande varte lenger.

Median liggetid for pasientar i LAR var 11 dagar på landsbasis. Fonna og Nordland hadde høgast median liggetid, medan Telemark låg lågast. Det var stor variasjon i lengda på opphalda innan fleire opptaksområde, særleg i Fonna og Stavanger, sjølv om medianen i dei fleste områda låg nær landsmedianen. Median liggetid per opptaksområde er presentert i figurformat i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).

### 3.6.4. Legemiddelutlevering og gjennomføring i LAR-behandling

I perioden fekk om lag 5 600 pasientar til saman rundt 103 000 registrerte kontaktdagar knytte til legemiddelutlevering eller gjennomføring av LAR-behandling kvart år. Dette svarar til gjennomsnittleg 18,2 kontaktdagar per pasient årleg. Menn var i klart fleirtal og var i gjennomsnitt noko yngre enn i den øvrige LAR-behandlinga. Ei grafisk framstilling av pasientrate fordelt på kjønn og alder er tilgjengeleg i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).

Opptaksområdet Lovisenberg hadde den høgaste pasientraten, medan Bergen, Vestfold og Stavanger hadde dei høgaste kontaktdagsratane. Stavanger skilde seg særleg ut med svært mange kontaktdagar per pasient. I dei fleste andre opptaksområda var kontaktdagsratane låge. Skilnadene kan spegle geografisk variasjon både i organiseringa av LAR-tilbodet og i korleis legemiddelutlevering og gjennomføringsform blir registrert.



**Figur 20.** Tal pasientar (venstre) og tal kontaktdagar (høgre) knytt til legemiddelutlevering eller gjennomføring av LAR-behandling. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18–75 år.

På landsbasis var både pasientraten og kontaktdagsraten relativt stabil gjennom perioden 2021–2025, men utviklinga varierte mellom opptaksområda. Bergen hadde ein tydeleg auke i kontaktdagsraten, medan Fonna og Lovisenberg hadde nedgang. Aktiviteten var nesten utelukkande registrert i offentlege institusjonar og innanfor TSB-sektoren. Psykisk helsevern og private institusjonar med oppdragsavtale utgjorde berre små delar.

I perioden 2022 til 2025 har det pågått eit prøveprosjektet med heroinassistert behandling (HAB) i Oslo og Bergen som kan vere relevant for tolkinga. Sluttevalueringa av prosjektet viser at 136 unike pasientar starta i HAB i perioden, 89 i Oslo og 47 i Bergen (*Evaluering av heroinassistert behandling i Norge* 2026). Til saman blei det registrert om lag 86 000 behandlingsdagar. Pasientane møtte som regel ved klinikken to gonger dagleg, kvar dag. Sjølv om HAB omfatta få pasientar, førte den intensive behandlingsforma dermed til mange behandlingsdagar. HAB kan ha bidrege til auken i kontaktdagsraten i Bergen, men det var ikkje ein tilsvarande auke i Lovisenberg eller OUS. Det er derfor ikkje mogleg å fastslå kor mykje HAB forklarar av den geografiske variasjonen utan at denne aktiviteten blir identifisert særskilt i NPR.

Datagrunnlaget omfattar ikkje all legemiddelutlevering i kommunale tenester eller apotek. I tillegg kan det vere geografiske skilnader i kode- og rapporteringspraksis. Resultata bør derfor tolkast med varsemd.

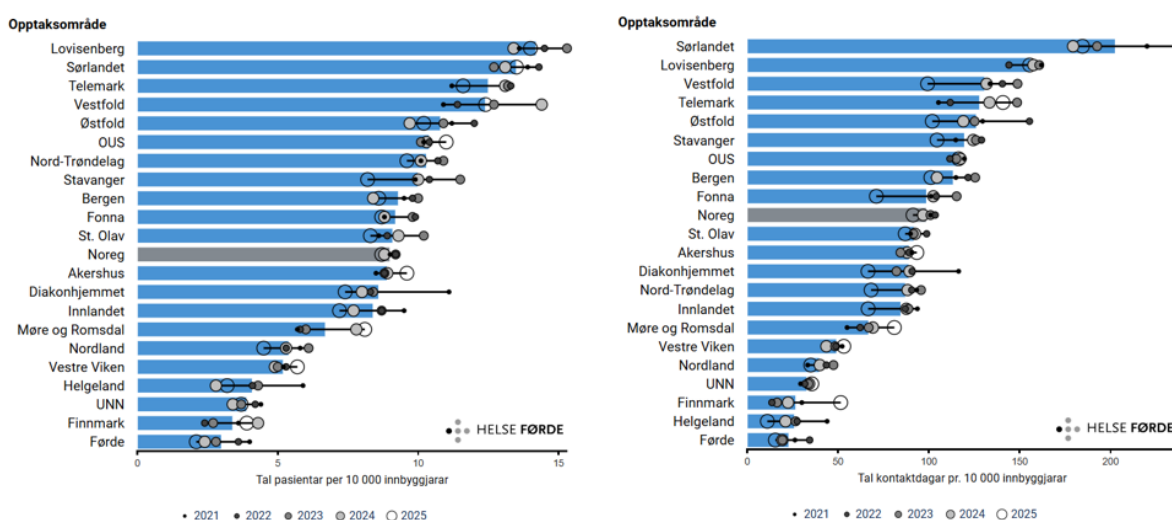
### 3.7. Cannabislidingar

#### Nøkkelfunn

- Årleg fekk om lag 3 600 pasientar poliklinisk behandling for cannabisliding, med i gjennomsnitt 11 kontaktdagar per pasient, noko som er lågt samanlikna med andre ruslidingar.
- Pasientane var unge, dei fleste i 20- og 30-åra og fleirtalet var menn.
- Stor geografisk variasjon. Sørlandet og Lovisenberg hadde dei høgaste pasient- og kontaktdagsratane, medan alle opptaksområda i Helse Nord låg lågt.
- Behandlinga skjedde i hovudsak i TSB og i offentlege institusjonar. Unntaka var Lovisenberg og Diakonhjemmet, der private med oppdragsavtale stod for det meste, og Telemark, Innlandet og Førde, der psykisk helsevern hadde ein betydeleg del.
- Stabil aktivitet på landsbasis, men fleire opptaksområde med tydeleg nedgang i kontaktdagsraten frå 2024 til 2025.

#### 3.7.1. Poliklinisk behandling av pasientar med cannabisliding

Om lag 3600 pasientar fekk til saman om lag 39 000 kontaktdagar i poliklinisk behandling for cannabisliding i gjennomsnitt kvart år. Dette svarar til gjennomsnittleg 11 kontaktdagar per pasient årleg, noko som er relativt lågt samanlikna med andre ruslidingar. Pasientane var gjennomgåande unge. Dei fleste var i 20- og 30-åra, og pasientraten var høgast rundt 25-årsalder. Menn var i fleirtal i behandling av cannabisliding, slik dei òg var blant pasientar med andre ruslidingar. Ei grafisk framstilling av pasientrate fordelt på kjønn og alder er tilgjengeleg i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).



**Figur 21.** Tal pasientar (venstre) og tal kontaktdagar (høgre) i poliklinisk behandling for cannabislidingar. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år.

Det var stor geografisk variasjon i den polikliniske behandlinga for cannabisliding (SCV 12,0). Pasientratane fordelte seg i tre nokså tydelege grupper av opptaksområde med låge, middels og høge ratar. Alle opptaksområda i Helse Nord hadde låge pasientratar, medan opptaksområda i dei andre regionane var jamnare fordelt mellom dei tre nivåa. Opptaksområda Sørlandet og Lovisenberg låg høgast både for pasientratar og kontaktdagsratar. Dei skilde seg særleg ut med høge kontaktdagsratar, noko som indikerer forholdsvis høg oppfølging per pasient samanlikna med dei fleste andre opptaksområda. På landsbasis var det ingen store endringar gjennom

perioden. Fleire opptaksområda hadde likevel ein tydeleg nedgang i kontaktdagsratar, særleg frå 2024 til 2025.

I dei fleste opptaksområda skjedde behandlinga i offentlege institusjonar. I Lovisenberg og Diakonhjemmet vart det meste av behandlinga utført av private institusjonar med oppdragsavtale. Fonna hadde ein overvekt av behandlinga hos private institusjonar med kjøpsavtale, medan Telemark, Stavanger og St. Olav også hadde betydelege delar hos desse. Behandlinga var i hovudsak organisert innanfor tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB), både på landsbasis og i dei fleste opptaksområda. Telemark, Innlandet og Førde skilde seg ut ved at psykisk helsevern stod for ein betydeleg del av aktiviteten. Ei grafisk framstilling av aktiviteten i opptaksområda fordelt på sektor og avtaletype er tilgjengeleg i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).

### 3.8.Sedativa og hypnotikalidingar

#### Nøkkelfunn

- Årleg fekk om lag 1 800 pasientar poliklinisk behandling og om lag 1 500 døgnbehandling for sedativa-/hypnotikaliding. Menn i alderen 20 til 45 år hadde høgast pasientrate, medan kvinner var jamt fordelt på alle aldersgrupper.
- Til skilnad frå dei fleste andre ruslidingar auka bruken av behandling gjennom perioden, og auken var størst for døgnbehandling.
- Stor geografisk variasjon. Bergen og Vestfold hadde dei høgaste polikliniske ratane, Lovisenberg hadde den høgaste pasientraten i døgnbehandling, og Telemark ein liggedøgnrate om lag fire gonger så høg som Førde.
- Om lag halvparten av døgnopphalda var i somatisk sektor, men liggedøgna var i hovudsak knytt til TSB.
- Private med kjøpsavtale stod for om lag ein tredjedel av liggedøgna, men ein mindre del av opphalda, noko som tyder på lengre opphald hos desse.

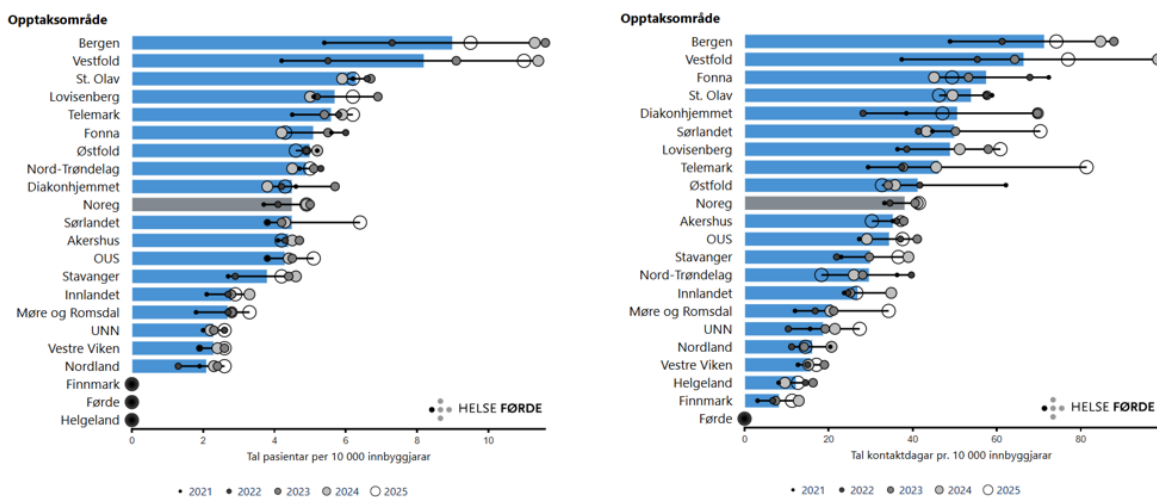
#### 3.8.1. Poliklinisk behandling av pasientar med sedativa-/hypnotikaliding

Sedativa og hypnotika omfattar sentraldempande legemiddel som verkar roande, angstdempande eller søvnframkallande (sovmedisin). Overdriven bruk over tid kan føre til fysisk og psykisk avhengigheit.

Om lag 1800 personar fekk til saman om lag 15 000 kontaktdagar i poliklinisk behandling for sedativa-/hypnotikaliding i gjennomsnitt kvart år. Med 8,4 kontaktdagar per pasient var dette ei av pasientgruppene med noko mindre hyppig oppfølging enn ved dei fleste ruslidingar. Aldersfordelinga skilde seg noko mellom kjønna. Medan kvinner var relativt jamt fordelte på ulike aldersgrupper, var det klart flest menn i alderen mellom 20 og 45 år som var i behandling. Ei grafisk framstilling av pasientrate fordelt på kjønn og alder er tilgjengelig i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).

Det var stor variasjon mellom opptaksområda i bruk av poliklinisk behandling for sedativa-/hypnotikaliding (SCV 11,7). Bergen og Vestfold hadde dei høgaste pasientratane, og begge områda hadde ein tydeleg auka gjennom femårsperioden. På landsbasis auka pasientratane òg i denne perioden. Tre opptaksområde hadde så få pasientar at dei ikkje er tekne med i analysane. Ein bør òg tolke resultata for dei andre områda med låge tal med varsemd, sidan desse ikkje er statistisk robuste.

Variasjonen i kontaktdagsratar var stor mellom opptaksområda (SCV 22,6), og auka noko i perioden frå 2021 til 2025. Bergen og Vestfold, som hadde dei høgaste pasientratane, hadde òg dei høgaste kontaktdagsratane. Talet på kontaktdagar per pasient var lågare, og viste mindre variasjon enn for dei fleste andre ruslidingane.



**Figur 22.** Tal pasientar (venstre) og tal kontaktdagar (høgre) i poliklinisk behandling for sedativa-/hypnotikalidingar. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år.

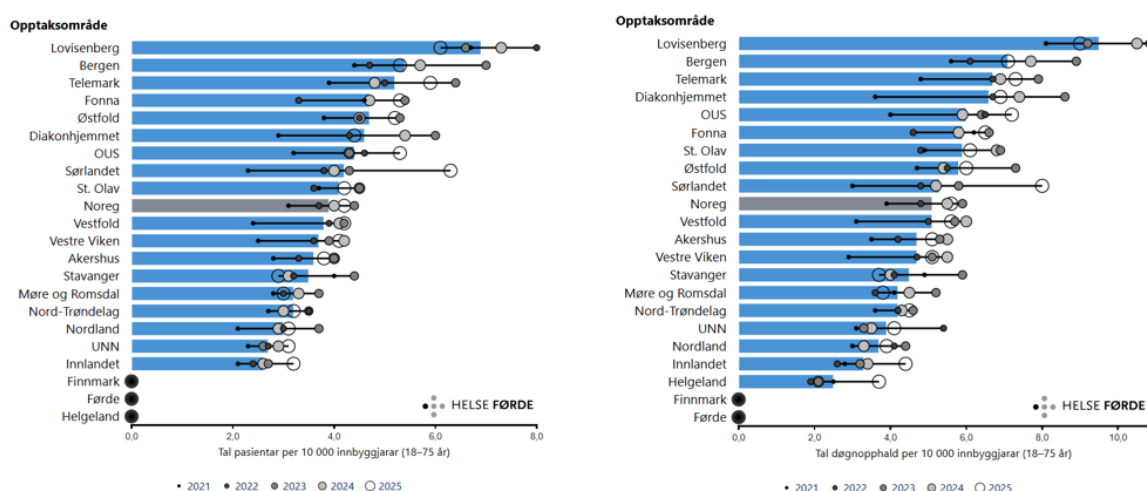
Dei aller fleste pasientane med sedativa-/hypnotikaliding fekk behandling i tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB), men organiseringa varierte mellom opptaksområda. Dette heng saman med korleis behandlingstilbodet er organisert gjennom avtalar med private aktørar. I opptaksområda Lovisenberg og Diakonhjemmet skjedde ein stor del av behandlinga i private institusjonar med oppdragsavtale. I Fonna blei behandlinga i hovudsak utført av private institusjonar med kjøpsavtale, medan St. Olav, Telemark og Stavanger også hadde betydelege bidrag frå desse. Ei grafisk framstilling av opphaldsratane i opptaksområda fordelt på sektor og avtaletype er tilgjengeleg i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).

### 3.8.2. Døgnbehandling av pasientar med sedativa-/hypnotikaliding (pasient og opphald)

Om lag 1500 pasientar hadde til saman om lag 2000 døgnopphald for sedativa-/hypnotikalidingar kvart år. Det svarar til gjennomsnittleg 1,3 opphald per pasient. Fleire menn enn kvinner fekk døgnbehandling, men aldersfordelinga var noko ulik mellom kjønna. Medan raten for kvinner var relativt jamt fordelt på aldersgrupper, var det langt fleire menn under 50 år enn over 50 år som var innlagde for sedativa-/hypnotikalidingar. Ei grafisk framstilling av pasientrate fordelt på kjønn og alder er tilgjengeleg i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).

Det var stor variasjon mellom opptaksområda i bruken av døgnbehandling (SCV 9,9). Lovisenberg skilde seg ut med den høgaste pasientraten, medan Bergen og Telemark òg hadde høge ratar. Dei same opptaksområda hadde òg høge opphaldsratar, og variasjonen er om lag den same (SCV 9,7). Sedativa-/hypnotikalidingar skil seg frå dei fleste andre ruslidingar ved at både pasient- og opphaldsratane auka tydeleg gjennom femårsperioden. Veksten i bruk av døgnopphald for denne gruppa var større enn for poliklinisk behandling.

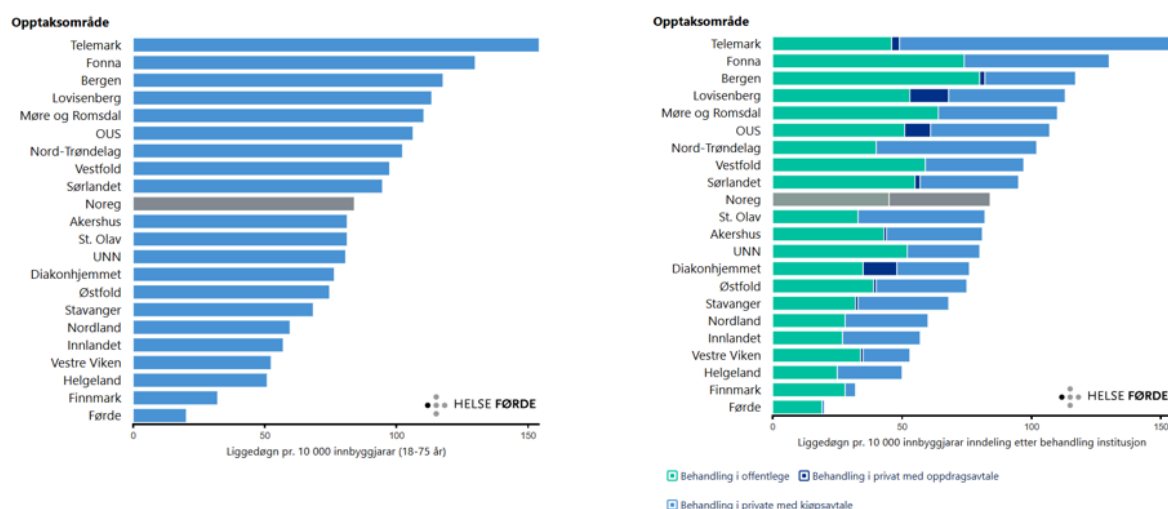
Rundt halvparten av døgnopphalda skjedde i somatisk sektor, rundt 40 prosent i tverrfagleg spesialisert behandling (TSB) og ein mindre del i psykisk helsevern. Fordelinga mellom sektorane varierte mellom opptaksområda. Vestre Viken, Stavanger og Nordland hadde den høgaste delen av pasientane behandla i somatisk sektor. Det meste av døgnbehandlinga skjedde i offentlege institusjonar. Opptaksområda Lovisenberg og Diakonhjemmet hadde ein overvekt av døgnopphalda hos private med oppdragsavtale, medan private med kjøpsavtale stod for ein stor del av oppphalda i St. Olav og Nord-Trøndelag. Ei grafisk framstilling av opphaldsratane i opptaksområda fordelt på sektor og avtaletype er tilgjengeleg i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).



**Figur 23.** Tal pasientar (venstre) og tal opphald (høgre) i døgnbehandling for sedativa-/hypnotikalidingar. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år.

### 3.8.3. Døgnbehandling av pasientar med sedativa-/hypnotikaliding (liggedøgn)

Om lag 1500 pasientar hadde om lag 34 000 årlege liggedøgn fordelt på dei 2000 døgnopphalda for sedativa-/hypnotikaliding. Det svarar til 16,5 døgn per opphald og 21,8 døgn per pasient. Det var stor variasjon i liggedøgnrate. Telemark hadde høgast liggedøgnrate, med 84 liggedøgn per 10 000 innbyggjarar, medan Færøene hadde lågast rate på 20. Møre og Romsdal hadde lengst opphaldstid, målt etter både døgn per opphald og døgn per pasient. Mange av opptaksområda med høge opphaldsratar, hadde òg høge liggedøgnratar med unntak av Diakonhjemmet. Dette tyder på at høg bruk av døgnbehandling i dei fleste tilfelle òg inneber fleire liggedøgn per innbyggjar.



**Figur 24.** Tal liggedøgn (venstre) og tal liggedøgn fordelt på avtaletype (høgre) i døgnsbehandling for sedativa-/hypnotikalidinger. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år.

Liggedøgnraten var i hovudsak knytt til behandling i tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB). Ei grafisk framstilling av liggedøgnratane i opptaksområda fordelt på sektor er tilgjengeleg i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#). Når det gjeld avtaletype, så står det offentlege for noko over halvparten av liggedøgna, og private med kjøpsavtale står for rundt ein tredjedel av liggedøgna. I Telemark, Nord-Trøndelag, St. Olav, Nordland og Innlandet er ein overvekt av liggedøgna hos private med kjøpsavtale. Sidan private med kjøpsavtale står for ein låg del av døgnopphalda, betyr høgare del liggedøgn at private med kjøpsavtale står for lengre opphald. Median liggetid per opptaksområde er presentert i figurformat i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).

### 3.9. Kokainlidinger

#### Nøkkelfunn

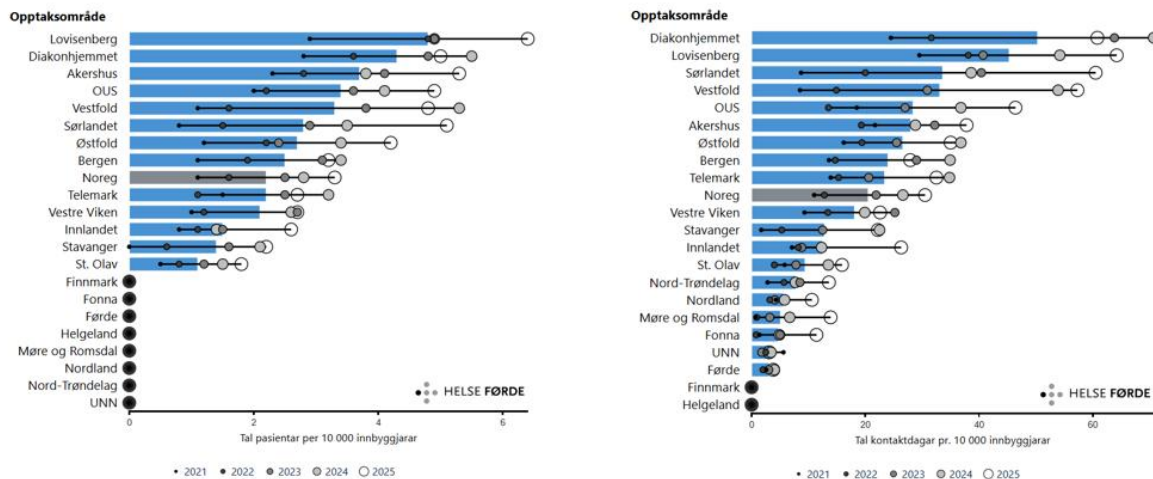
- Årleg fekk om lag 900 pasientar poliklinisk behandling for kokainliding. Dei fleste var unge vaksne i 20- og 30-åra og menn var i stort fleirtal.
- Poliklinisk behandling for kokainliding vart femdobla i løpet av femårsperioden.
- Behandlinga var i hovudsak knytt til opptaksområda i Helse Sør-Øst og dei største byområda i resten av landet, og i Helse Vest auka omfanget særleg i Bergen og Stavanger.
- Kvar pasient hadde i gjennomsnitt 9 kontaktdagar årleg, noko som er lågt samanlikna med dei fleste andre ruslidinger
- Behandlinga skjedde i hovudsak i TSB, men i Lovisenberg og Diakonhjemmet stod private med oppdragsavtale for mykje av aktiviteten.

#### 3.9.1. Poliklinisk behandling av pasientar med kokainlidinger

Om lag 900 pasientar fekk til saman om lag 8000 kontaktdagar i poliklinisk behandling for kokainliding i gjennomsnitt kvart år. Kvar pasient hadde i gjennomsnitt 9,1 kontaktdagar kvart år, noko som er forholdsvis lågt samanlikna med dei fleste andre ruslidinger. Pasientane var i hovudsak unge vaksne i 20- og 30-åra, og menn var i stort fleirtal. Ei grafisk framstilling av pasientrate fordelt på kjønn og alder er tilgjengeleg i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).

For mange av opptaksområda var tala så små at dei er utelatne frå analysen. Dette gjeld alle opptaksområda i Helse Nord og dei fleste i Helse Midt-Noreg. I Helse Vest har omfanget av

behandling auka betydeleg dei siste åra, særleg i opptaksområda Bergen og Stavanger. Behandling for kokainliding var altså i hovudsak knytt til opptaksområda i Helse Sør-Øst og dei største byområda i resten av landet. Utviklinga over tid er likevel meir markant enn den geografiske variasjonen. Dei siste fem åra er poliklinisk behandling for kokainliding femdobla på landsbasis. Denne utviklinga samsvarer med rapportert auke i kokainbruk blant unge i Europa (*Europeisk narkotikarapport 2026: Trender og utvikling, 2026*).



**Figur 25.** Tal pasientar (venstre) og tal kontaktdagar (høgre) i poliklinisk behandling for kokainlidingar. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år.

Behandling for kokainliding skjedde i hovudsak i tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB), men i nokre opptaksområde, mellom anna Telemark, blei ein betydeleg del av pasientane behandla i psykisk helsevern.

Skilnadane var større når det gjeld institusjonstype. I opptaksområda Lovisenberg og Diakonhjemmet skjedde mykje av behandlinga hos private med oppdragsavtale. Desse sjukehusa er organiserte etter slik avtale, medan private institusjonar med kjøpsavtale stod for ein del av behandlinga i Fonna, Telemark og OUS. Dette organisasjonsmønsteret går igjen for fleire av dei andre ruslidingane. Ei grafisk framstilling av aktiviteten i opptaksområda fordelt på sektor og avtaletype er tilgjengeleg i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).

### 3.10. Lidingar knytt til andre stimulantar

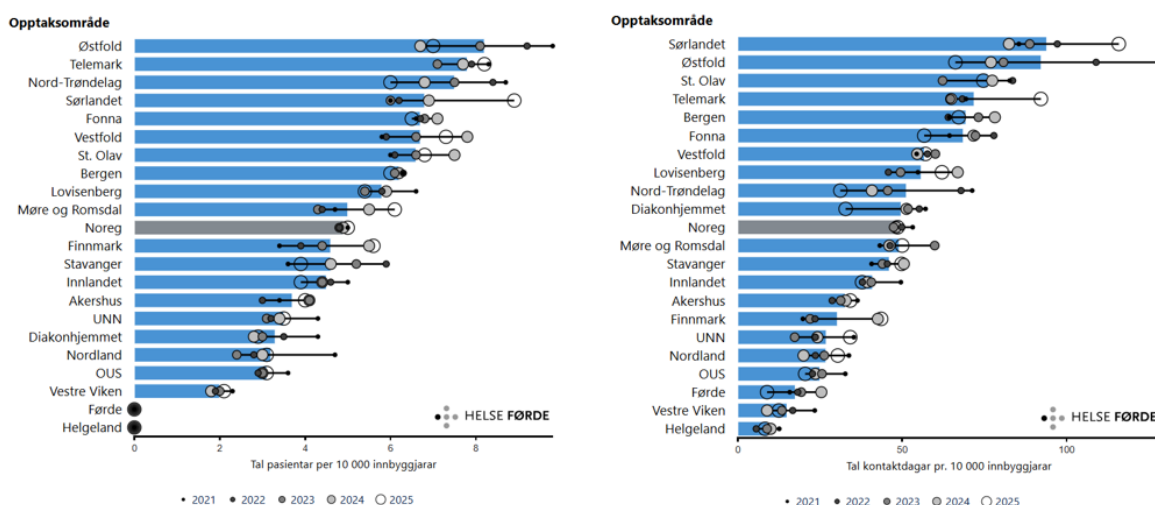
#### Nøkkelfunn

- Årleg fekk om lag 2 000 pasientar poliklinisk behandling for lidingar knytt til andre stimulantar. Langt fleire menn enn kvinner fekk behandling, og dei fleste pasientane var i 20- og 30-åra.
- Svært stor geografisk variasjon i poliklinisk behandling, men pasientratane var svært stabile gjennom perioden.
- Kvar pasient hadde i gjennomsnitt 10 kontaktdagar årleg, noko som er lågare enn for dei fleste andre ruslidingar.
- Behandlinga skjedde i hovudsak i TSB, men psykisk helsevern stod og for ein betydeleg del.

#### 3.10.1. Poliklinisk behandling av pasientar med liding knytt til andre stimulantar

Diagnosegruppa «andre stimulantar» omfattar fleire ulike rusmiddel som ikkje høyrer til dei andre tilstandsgruppene innan ruslidingar, men mykje av behandlinga gjeld truleg amfetaminavhengigheit. Amfetamin er eitt av dei mest brukte illegale rusmidla i dei nordiske landa (Helsedirektoratet, 2026), og er skilt frå det beslekta rusmiddelet kokain i kodeverket.

Kvart år fekk om lag 2000 pasientar til saman om lag 20 000 kontaktdagar i poliklinisk behandling for lidingar knytt til andre stimulantar. Kvar pasient hadde i gjennomsnitt 10,1 kontaktdagar årleg, noko som er lågare enn gjennomsnittet for ruslidingar generelt. Langt fleire menn enn kvinner fekk behandling, og dei fleste pasientane var i 20- og 30-åra. Ei grafisk framstilling av pasientrate fordelt på kjønn og alder er tilgjengelig i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).



**Figur 26.** Tal pasientar (venstre) og tal kontaktdagar (høgre) i poliklinisk behandling for for lidingar knytt til andre stimulantar. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år.

Det var stor variasjon mellom opptaksområda i poliklinisk behandling (SCV 17,3). Pasientratane varierte betydeleg mellom opptaksområda, men har vore svært stabile i perioden 2021-2025. Dei fleste opptaksområda med høge pasientratar hadde òg høge kontaktdagsratar. Eit unntak er Nord-Trøndelag, som hadde relativt få kontaktdagar per pasient. Opptaksområda med høge pasient- og kontaktdagsratar for andre stimulantar, er meir i nærleiken av landsraten når det gjeld ruslidingar generelt.

Behandlinga skjedde i hovudsak i tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB), men psykisk helsevern stod òg for ein betydeleg del av behandlinga, med noko variasjon mellom opptaksområda. I opptaksområda Lovisenberg og Diakonhjemmet blei storparten av behandlinga utført av private institusjonar med oppdragsavtale, medan særleg Fonna, men også St. Olav, Telemark og Stavanger, hadde ein betydeleg del av behandlinga hos private med kjøpsavtale. Ei grafisk framstilling av aktiviteten i opptaksområda fordelt på sektor og avtaletype er tilgjengeleg i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).

### 3.11. Lidingar knytt til andre og fleire psykoaktive stoff

#### Nøkkelfunn

- Årleg fekk om lag 4 000 pasientar poliklinisk behandling og om lag 2 600 døgnbehandling for lidingar knytt til andre og fleire psykoaktive stoff. Dei fleste var i 20- og 30-åra, og menn var i fleirtal.
- Stor geografisk variasjon. Vestfold hadde ein poliklinisk pasientrate om lag fire gonger så høg som Førde, Stavanger skilde seg ut med høge ratar i døgnbehandling, og Telemark hadde ein liggedøgnrate om lag over fire gonger så høg som St. Olav.
- Den polikliniske aktiviteten var stabil, medan bruken av døgnbehandling auka klart frå 2021 til 2025.
- Psykisk helsevern stod for ein større del av behandlinga enn for dei fleste andre ruslidingar, med nær halvparten av døgnopphalda, men opphalda der var kortare, og liggedøgna var i hovudsak knytt til TSB.

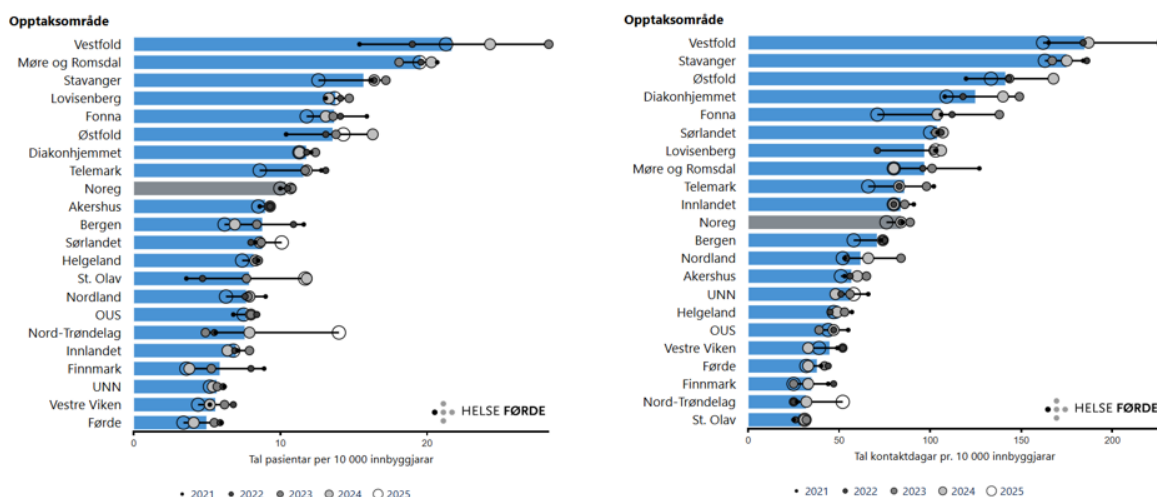
#### 3.11.1. Poliklinisk behandling av pasientar med liding knytt til andre og fleire psykoaktive stoff

Lidingar knytt til andre og fleire psykoaktive stoff vert sett som diagnose når det vert brukt to eller fleire psykoaktive stoff, men identiteten til stoffa er usikker, eller det er umogleg å sei kva rusmiddel som bidreg mest til lidinga.

Om lag 4000 pasientar fekk til saman om lag 33 000 kontaktdagar i poliklinisk behandling for rusliding knytt til fleire psykoaktive stoff i gjennomsnitt kvart år. Kvar pasient hadde i gjennomsnitt 8 kontaktdagar årleg, noko som er lågare enn for ruslidingar samla. Fleirtalet av pasientane var menn, og for begge kjønn var dei fleste i 20- og 30-åra. Ei grafisk framstilling av pasientrate fordelt på kjønn og alder er tilgjengeleg i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).

Fordelinga av aktivitet mellom institusjonstypar liknar den vi ser for fleire av dei andre ruslidingane, men skil seg når det gjeld sektorar. Psykisk helsevern stod for ein større del av behandlinga av lidingar for andre og fleire psykoaktive stoff, både nasjonalt og i dei fleste opptaksområda. Ei grafisk framstilling av aktiviteten i opptaksområda fordelt på sektor og avtaletype er tilgjengeleg i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).

Det var stor variasjon i pasientratar mellom opptaksområda (SCV 24,9). Vestfold hadde den høgaste raten, om lag fire gonger høgare enn Førde, som hadde den lågaste. Vestfold og Møre og Romsdal skilde seg ut med høgast pasientratar, deretter følgde Stavanger. Vestfold har òg høg kontaktdagsrate, medan Stavanger har den nest høgste kontaktdagsraten. Det kan tyde på at pasientar i Stavanger i gjennomsnitt får tettare poliklinisk oppfølging. Både pasient- og kontaktdagsratane var ganske stabile i perioden 2021-2025, sjølv om kontaktdagsraten gjekk noko ned.



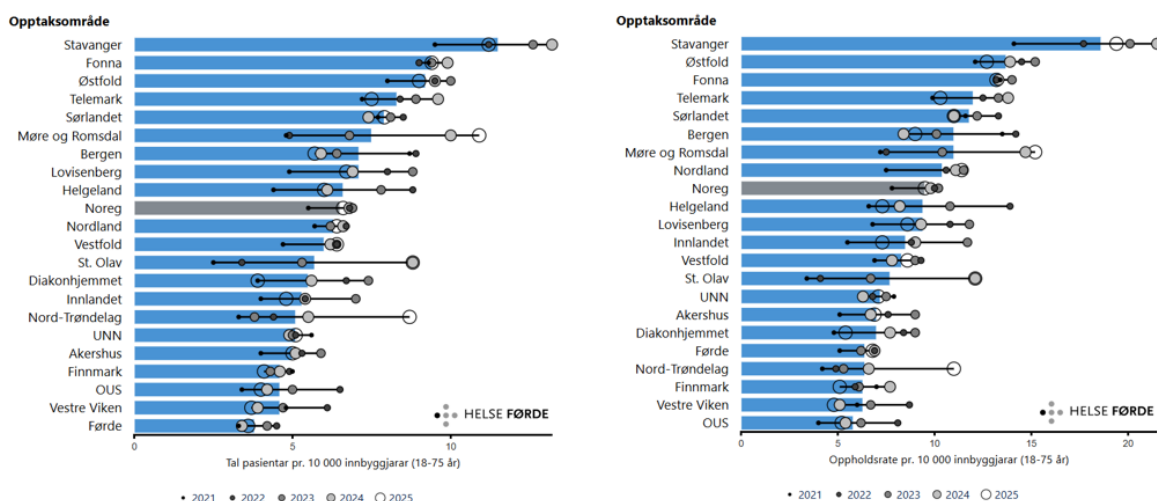
**Figur 27.** Tal pasientar (venstre) og tal kontakt dagar (høgre) i poliklinisk behandling lidingar knytt til andre og fleire psykoaktive stoff. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år.

Diagnosegruppa omfattar både lidingar knytte til samtidig bruk av fleire rusmiddel, der det kan være vanskeleg å skilje verknadane av dei ulike stoffa, og tilfelle der det aktuelle rusmiddelet ikkje er sikkert identifisert. Pasientgruppa med denne diagnosen kan dermed vere breitt samansett, noko som bør takast omsyn til ved tolking av resultata.

### 3.11.2. Døgnbehandling av pasientar med liding knytt til andre og fleire psykoaktive stoff (pasient og opphald)

Om lag 2600 pasientar hadde til saman om lag 3800 døgnopphald for liding knytt til andre og fleire psykoaktive stoff kvart år. Det svarer til gjennomsnittleg 1,4 opphald per pasient. Langt fleire menn enn kvinner fekk døgnbehandling. Aldersfordelinga var noko ulik mellom kjønna. Blant menn var ratane klart høgare for pasientar under 40 år enn for eldre aldersgrupper, medan aldersforskjellane blant kvinner var mindre. Ei grafisk framstilling av pasientrate fordelt på kjønn og alder er tilgjengelig i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).

Variasjonen i pasientratar for lidingar knytte til andre og fleire psykoaktive stoff var stor (SCV 10,3). Stavanger skilde seg ut med høgare pasient- og opphaldsratar enn andre opptaksområde. Både pasient- og opphaldsrata auka klart frå 2021 til 2025.



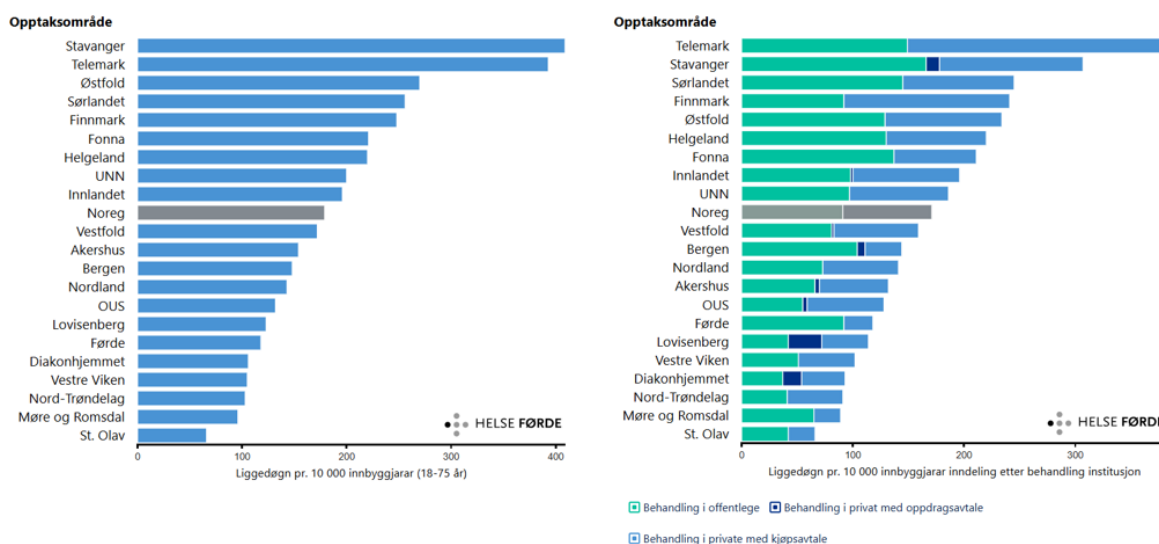
**Figur 28.** Tal pasientar (venstre) og tal opphald (høgre) i døgnerbehandling for lidningar knytt til andre og fleire psykoaktive stoff. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år.

Lidningar knytte til andre og fleire psykoaktive stoff skilde seg frå dei fleste andre ruslidningar når det gjeld den sektorvise fordelinga. Nær halvparten av døgneropphalda skjedde her i psykisk helsevern, og resten av opphalda var jamt fordelt mellom tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB) og somatisk sektor. Ei grafisk framstilling av opphaldsratane i opptaksområda fordelt på sektor og avtaletype er tilgjengeleg i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).

### 3.11.3. Døgnerbehandling av pasientar med lidning knytt til andre og fleire psykoaktive stoff (liggedøgn)

Om lag 2600 pasientar hadde om lag 64 000 årlege liggedøgn fordelt på dei 3800 døgneropphalda for lidning knytt til andre og fleire psykoaktive stoff. Det svarar til 17,1 døgn per opphald og 24,9 døgn per pasient. Det var stor variasjon i liggedøgnrate for lidning knytt til andre og fleire psykoaktive stoff. Telemark hadde høgast liggedøgnrate, med 383 liggedøgn per 10 000 innbyggjarar, som er meir enn fire gonger så høgt som St. Olav, som har lågast. Finnmark, som òg har høg rate, hadde og ein stor del langvarige opphald.

Liggedøgnraten var i hovudsak knytt til behandling i tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB), men psykisk helsevern stod òg for betydeleg del av liggedøgna. Psykisk helsevern stod for ein stor del av opphalda, men ein mindre del av liggedøgna, noko som tyder på at opphalda der var kortare. Ei grafisk framstilling av liggedøgnratane i opptaksområda fordelt på sektor er tilgjengeleg i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#). Noko over halvparten av liggedøgna var i offentlege institusjonar, men private med kjøpsavtale stod for ein betydeleg del i dei fleste opptaksområda. Median liggetid per opptaksområde er presentert i figurformat i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).



**Figur 29.** Tal liggedøgn (venstre) og tal liggedøgn fordelt på avtaletype (høgre) i døgnerbehandling for lidingar knytt til andre og fleire psykoaktive stoff. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år.

## 3.12. ROP-lidingar

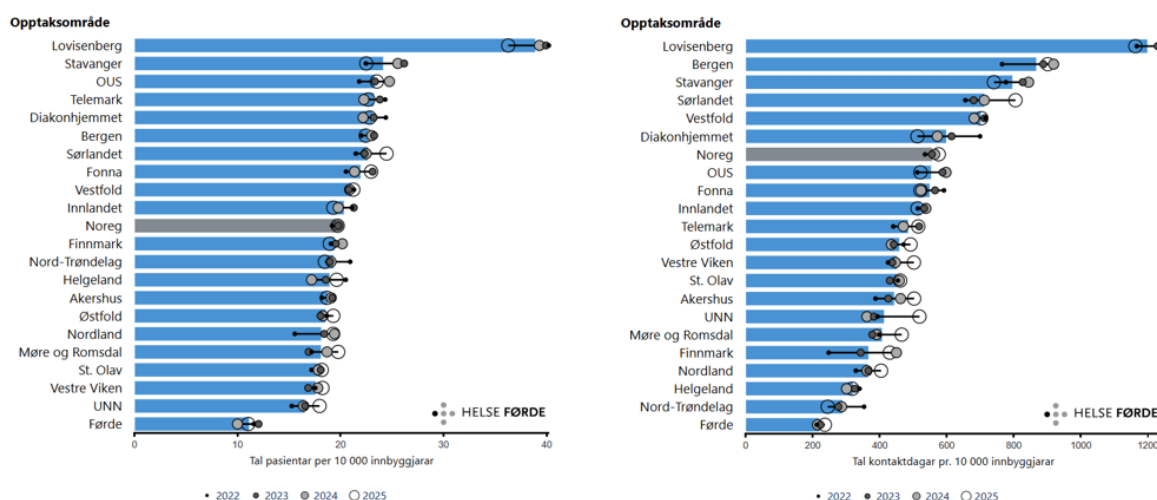
### Nøkkelfunn

- Årleg fekk om lag 7 800 pasientar poliklinisk behandling og om lag 4 800 døgnerbehandling for ROP-lidingar. Menn utgjorde storparten av pasientane, men blant pasientar under 25 år var kvinner i fleirtal.
- ROP-pasientar fekk meir behandling enn dei fleste andre pasientgrupper, med 28,5 polikliniske kontaktdagar, 2,6 døgneropphald og 68,5 liggedøgn per pasient årleg.
- Moderat variasjon for tal pasientar og liggedøgn, men svært stor for polikliniske kontaktdagar. Lovisenberg hadde dei høgaste ratane og Førde dei lågaste.
- Psykisk helsevern stod for den største delen av behandlinga, særleg i døgnerbehandling, i tråd med hovudansvaret sektoren har for denne pasientgruppa.
- Poliklinisk behandling auka medan bruken av døgnerbehandling var svært stabil gjennom perioden 2022-2025.

### 3.12.1. Poliklinisk behandling av pasientar med ROP-lidingar

I perioden 2022-2025 fekk om lag 7800 personar årleg totalt om lag 222 000 kontaktdagar i poliklinisk behandling for samtidig rus- og alvorleg psykisk liding (ROP). Det svarar til gjennomsnittleg 28,5 kontaktdagar per pasient årleg, noko som er blant dei høgaste tala for dei ulike ruslidingane. Menn utgjorde fleirtalet av ROP-pasientane, men blant personar under 25 år var kvinner i fleirtal. Ei grafisk framstilling av pasientrate fordelt på kjønn og alder er tilgjengelig i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).

Variasjonen i pasientratar mellom opptaksområda for ROP var middels (SCV 3,8). Lovisenberg skilde seg ut med ein klart høgare pasientrate enn dei andre opptaksområda, medan Førde hadde den lågaste. Variasjonen var større for polikliniske kontaktdagar (SCV 11,9). Lovisenberg og Bergen hadde dei høgaste kontaktdagsratane, medan Nord-Trøndelag og Førde hadde dei lågaste. Både pasient- og kontaktdagsratar var særst stabile gjennom perioden 2022-2025.



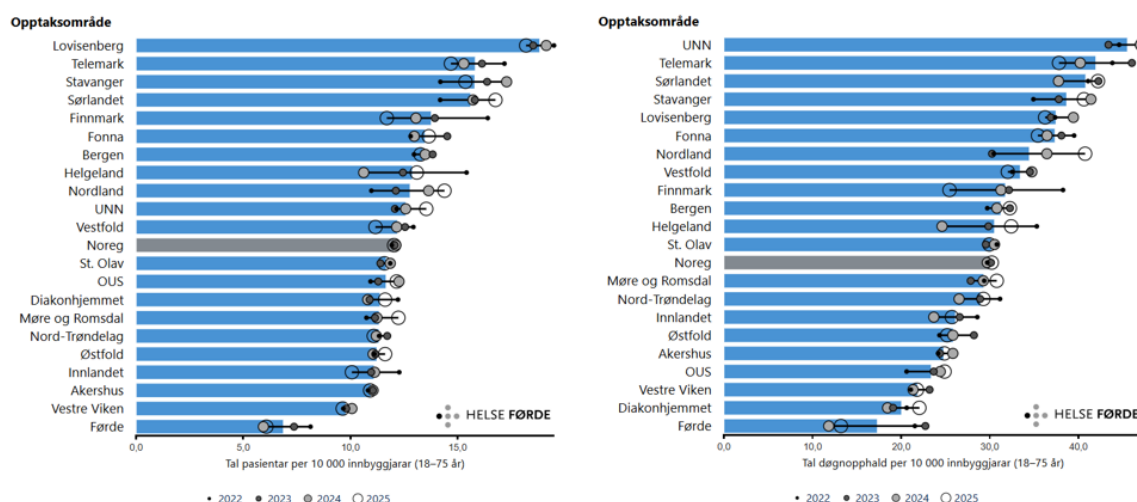
**Figur 30.** Tal pasientar (venstre) og tal kontaktdagar (høgre) i poliklinisk behandling for ROP-lidingar. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år.

Psykisk helsevern stod for den største delen av den polikliniske behandlinga av ROP-pasientar, i tråd med sektorens hovudansvar for denne pasientgruppa. Fordelinga mellom psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB) varierer likevel mellom opptaksområda. Bergen, Stavanger og Vestfold har høgare del av behandlinga i TSB enn dei fleste andre opptaksområda. Ei grafisk framstilling av aktiviteten i opptaksområda fordelt på sektor og avtaletype er tilgjengeleg i [Helseatlas på nett](#).

### 3.12.2. Døgnbehandling for pasientar med ROP-lidingar (pasient og opphald)

I perioden hadde i gjennomsnitt om lag 4800 personar årleg om lag 12 300 døgnopphald for samtidig rus- og alvorleg psykisk liding (ROP). Det svarar til gjennomsnittleg 2,6 døgnopphald per pasient per år. Talet på opphald per pasient var dermed høgare enn for dei fleste andre ruslidingar. Kjønn- og aldersfordelinga likna fordelinga for poliklinisk behandling for ROP-pasientar. Menn utgjorde fleirtalet av dei innlagde, men blant pasientar under 25 år var kvinner i fleirtal. Ei grafisk framstilling av pasientrate fordelt på kjønn og alder er tilgjengeleg i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).

Variasjonen i pasientraten mellom opptaksområda var middels (SCV 2,8). Som for poliklinisk behandling hadde Lovisenberg den høgaste pasientraten og Færde den lågaste. Det var ein middels stor variasjon i opphaldsratane (SCV 4,1), og UNN hadde den høgaste opphaldsraten, trass i at opptaksområdet låg lågare enn mange andre når det gjeld poliklinisk behandling. Både pasient- og opphaldsratane var svært stabile gjennom perioden 2022–2025.



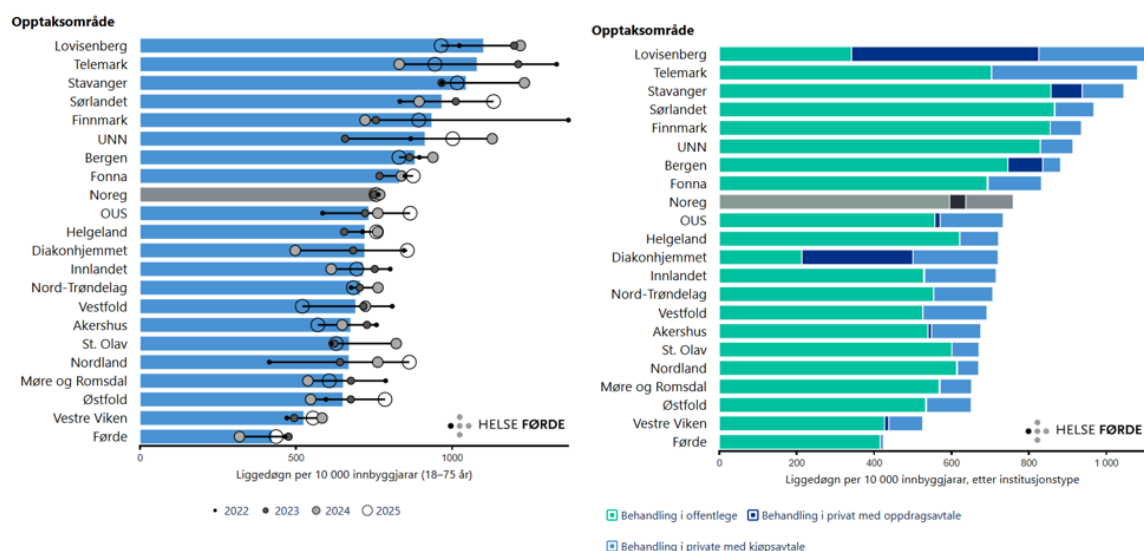
**Figur 31.** Tal pasientar (venstre) og tal opphald (høgre) i døgntillegging for ROP-lidingar. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18–75 år.

Psykisk helsevern stod for den største delen av døgntillegginga av ROP-pasientar, i tråd med sektorens hovudansvar for denne pasientgruppa. Delen av tillegginga som vart gitt i psykisk helsevern var endå høgare for døgnoophald enn for poliklinisk tillegging. Ei grafisk framstilling av ophaldsrata i opptaksområda fordelt på sektor og avtaletype er tilgjengeleg i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).

### 3.12.3. Døgntillegging av pasientar med ROP-lidingar (liggedøgn)

Om lag 4 800 pasientar med ROP-lidingar hadde om lag 329 000 liggedøgn årleg, fordelte på om lag 12 300 opphald. På landsbasis var liggedøgnraten 828 døgn per 10 000 innbyggjarar. Kvart opphald varte i gjennomsnitt 26,8 døgn, medan kvar pasient hadde 68,5 liggedøgn årleg. Liggedøgnratane var svært stabile gjennom perioden.

Det var middels geografisk variasjon i talet på liggedøgn (SCV 4,4). Lovisenberg hadde den høgaste liggedøgnraten, medan Førde hadde den lågaste. Raten i Lovisenberg var om lag 2,4 gonger så høg som i Førde. Telemark og Stavanger hadde også høge ratar, medan Vestre Viken var blant områda med dei lågaste.



**Figur 32.** Tal liggedøgn (venstre) og tal liggedøgn fordelt på avtaletype (høgre) i døgntilleggsbehandling for ROP-lidingar. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år.

Talet på liggedøgn per pasient varierte frå 56,0 i Nordland til 77,6 i UNN. Den gjennomsnittlege varigheita per opphald var lengst ved Diakonhjemmet, med 37,4 døgn, og lågast i Nordland, med 20,3 døgn. UNN hadde relativt korte opphald, men hadde flest opphald per pasient. Dette viser at variasjonen mellom opptaksområda både var knytt til kor ofte pasientane blei innlagde, og kor lenge opphalda varte. Tala gir ikkje grunnlag for å forklare kva skilnadene kjem av.

Psykisk helsevern stod samla for den største delen av liggedøgna, men fordelinga mellom TSB og psykisk helsevern varierte mellom opptaksområda. TSB utgjorde ein relativt stor del i mellom anna Helgeland, Lovisenberg og Diakonhjemmet, medan psykisk helsevern dominerte meir i Stavanger, Bergen og Fonna. Ei grafisk framstilling av liggedøgnratane i opptaksområda fordelt på sektor er tilgjengeleg i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).

Offentlege institusjonar stod for storparten av liggedøgna i dei fleste opptaksområda. Private institusjonar med oppdragsavtale bidrog i varierende grad, men stod for ein særleg stor del av liggedøgna i opptaksområda Lovisenberg og Diakonhjemmet. Også i Bergen og Stavanger var det eit synleg, men mindre, bidrag frå private institusjonar. Skilnader i sektorfordeling og bruk av private institusjonar kan vere med på å forklare noko av den geografiske variasjonen i døgntilleggsbehandlinga for ROP-lidingar.

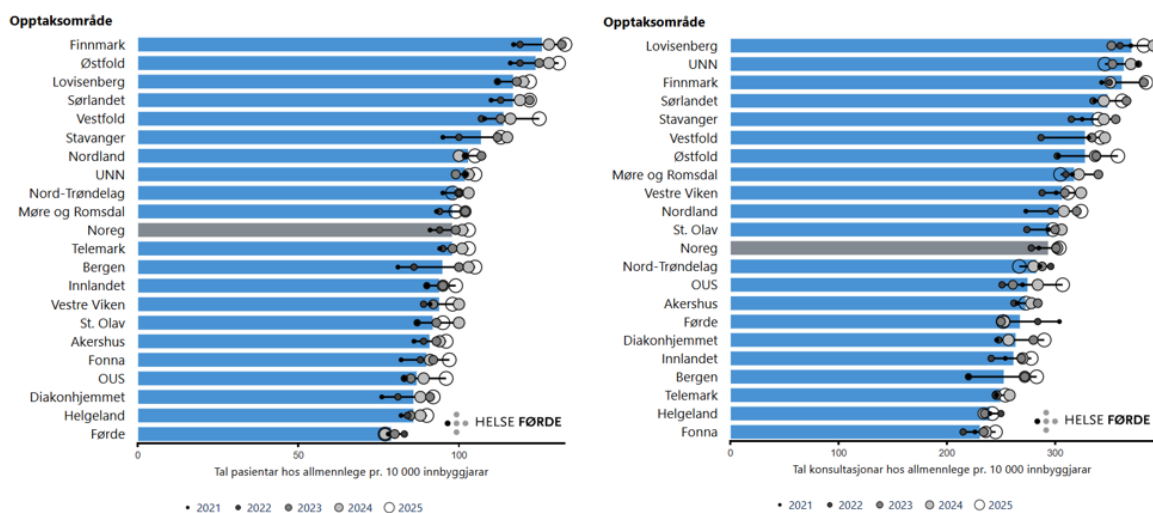
Median liggetid for ROP-lidingar var seks dagar i Noreg, og medianane låg relativt nær landsnivået i dei fleste opptaksområda. Det var likevel stor variasjon i lengda på opphalda innan områda, med særleg stor spreiding ved Diakonhjemmet, OUS og Bergen. Dette viser at mange opphald var korte, samstundes som enkelte opphald var vesentleg lengre. Median liggetid per opptaksområde er presentert i figurformat i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).

### 3.13. Kommunehelsetenesta

#### Nøkkelfunn

- Årleg hadde om lag 39 000 pasientar til saman om lag 116 000 konsultasjonar hos allmennlege for rusrelaterte lidningar, i gjennomsnitt tre konsultasjonar per pasient.
- Om lag dobbelt så mange menn som kvinner hadde konsultasjonar, men blant dei yngste vaksne var kjønnsfordelinga nesten lik.
- Liten variasjon i både pasient- og konsultasjonsratar, og låge tal konsultasjonar per pasient tyder på at meir omfattande behandling i større grad vert gitt i spesialisthelsetenesta.
- Finnmark hadde den høgaste pasientraten hos allmennlege, trass i låge ratar i spesialisthelsetenesta.
- Pasient- og konsultasjonsratane auka svakt gjennom femårsperioden.

I perioden 2021–2025 hadde om lag 39 000 pasientar kontakt med allmennlege for rusrelaterte lidningar kvart år. Til saman utgjorde dette om lag 116 000 konsultasjonar årleg, tilsvarende 3 konsultasjonar per pasient. Konsultasjonar per pasient varierte lite mellom opptaksområda og var generelt lågt, frå 2,6 i Telemark til 3,5 i UNN sitt opptaksområde. Det tyder på at meir omfattande behandling i større grad blir gitt i spesialisthelsetenesta. Omtrent dobbelt så mange menn som kvinner hadde konsultasjonar for ruslidningar. Aldersfordelinga var litt ulik mellom kjønna. Blant dei yngste vaksne var det nesten like mange kvinner som menn som hadde konsultasjonar. Medan pasientraten for kvinner auka gradvis mot rundt 55 år, gjekk ratane gradvis ned med aukande alder for menn. Ei grafisk framstilling av pasientrate fordelt på kjønn og alder er tilgjengelig i [Helseatlas for rusbehandling på nett](#).



**Figur 33.** Tal pasientar (venstre) og tal konsultasjonar (høgre) hos allmennlege for ruslidningar. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år.

Variasjonen mellom opptaksområda var liten, både for tal pasientar i kommunehelsetenesta (SCV 1,6) og tal konsultasjonar (SCV 1,8) per 10 000 innbyggjarar. Det har vore ein svak auke i pasient- og konsultasjonsraten i femårsperioden. Finnmark hadde den høgaste pasientraten, noko som står i kontrast til mønsteret vi ser i spesialisthelsetenesta. For tal konsultasjonar hadde Lovisenberg den høgaste raten og Helse Fonna hadde den lågaste. Tala på aktivitet er ikkje direkte samanliknbare for kommune- og spesialisthelsetenesta. I kommunehelsetenesta er analysen avgrensa til pasientar og konsultasjonar som er registrert med symptomkodar, medan aktiviteten

i spesialisthelsetenesta er basert på kontaktar som er registrert med aktuell diagnosekode (ICD-10).

## Figurliste

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Figur 1.</b> Pasientrate fordelt på kjønn og alder i gjennomsnitt for åra 2021-2025. Tala inkluderer både poliklinisk behandling og døgnopphald .....                                                                                                                                                                                                                     | 15 |
| <b>Figur 2.</b> Tal pasientar (venstre) og tal kontaktdagar (høgre) i poliklinisk behandling for ruslidingar. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år. ....                                                                                                                                                                                                       | 16 |
| <b>Figur 3.</b> Tal pasientar (venstre) og tal opphald (høgre) i døgnbehandling for ruslidingar. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år. ....                                                                                                                                                                                                                    | 17 |
| <b>Figur 4.</b> Tal liggedøgn (venstre) og tal liggedøgn fordelt på avtaletype (høgre) i døgnbehandling for ruslidingar. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år. ....                                                                                                                                                                                            | 18 |
| <b>Figur 5.</b> Prosentdel med konsultasjon i primær- eller spesialisthelsetenesta innan 72 timar (oppe venstre), prosentdel med poliklinisk kontakt innan 7 dagar (oppe høgre), prosentdel med poliklinisk kontakt innan 30 dagar (nede venstre) og median tal dagar til første polikliniske kontakt (nede høgre) etter utskrivning frå døgnbehandling i alle sekorar. .... | 20 |
| <b>Figur 6.</b> Tal pasientar (venstre) og tal kontaktdagar (høgre) i poliklinisk behandling for ruslidingar i TSB. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år. ....                                                                                                                                                                                                 | 22 |
| <b>Figur 7.</b> Tal pasientar (venstre) og tal opphald (høgre) i døgnbehandling for ruslidingar i TSB. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år. ....                                                                                                                                                                                                              | 22 |
| <b>Figur 8.</b> Tal liggedøgn (venstre) og tal liggedøgn fordelt på avtaletype (høgre) i døgnbehandling for ruslidingar i TSB. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år. ....                                                                                                                                                                                      | 23 |
| <b>Figur 9.</b> Prosentdel med konsultasjon i primær- eller spesialisthelsetenesta innan 72 timar (oppe venstre), prosentdel med poliklinisk kontakt innan 7 dagar (oppe høgre), prosentdel med poliklinisk kontakt innan 30 dagar (nede venstre) og median tal dagar til første polikliniske kontakt (nede høgre) etter utskrivning frå døgnbehandling i TSB. ....          | 25 |
| <b>Figur 10.</b> Median tal dagar frå tilvising til første kontakt (venstre) og 2. kontakt (høgre) i TSB. ....                                                                                                                                                                                                                                                               | 26 |
| <b>Figur 11.</b> Tal pasientar (venstre) og tal kontaktdagar (høgre) i poliklinisk behandling for alkohollidingar. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år. ....                                                                                                                                                                                                  | 28 |
| <b>Figur 12.</b> Tal pasientar (venstre) og tal opphald (høgre) i døgnbehandling for alkohollidingar. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år. ....                                                                                                                                                                                                               | 29 |
| <b>Figur 13.</b> Tal liggedøgn (venstre) og tal liggedøgn fordelt på avtaletype (høgre) i døgnbehandling for alkohollidingar. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år. ....                                                                                                                                                                                       | 30 |
| <b>Figur 14.</b> Tal pasientar (venstre) og tal kontaktdagar (høgre) i poliklinisk behandling for opioidlidingar. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år. ....                                                                                                                                                                                                   | 31 |
| <b>Figur 15.</b> Tal pasientar (venstre) og tal opphald (høgre) i døgnbehandling for opioidlidingar. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år. ....                                                                                                                                                                                                                | 33 |
| <b>Figur 16.</b> Tal liggedøgn (venstre) og tal liggedøgn fordelt på avtaletype (høgre) i døgnbehandling for opioidlidingar. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år. ....                                                                                                                                                                                        | 34 |
| <b>Figur 17.</b> Tal pasientar (venstre) og tal kontaktdagar (høgre) i poliklinisk LAR-behandling. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år. ....                                                                                                                                                                                                                  | 35 |
| <b>Figur 18.</b> Tal pasientar (venstre) og tal opphald (høgre) i døgnbehandling i LAR. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år. ....                                                                                                                                                                                                                             | 36 |
| <b>Figur 19.</b> Tal liggedøgn (venstre) og tal liggedøgn fordelt på avtaletype (høgre) i døgnbehandling i LAR. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år. ....                                                                                                                                                                                                     | 37 |
| <b>Figur 20.</b> Tal pasientar (venstre) og tal kontaktdagar (høgre) knytt til legemiddelutlevering eller gjennomføring av LAR-behandling. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år. ....                                                                                                                                                                          | 38 |

|                                                                                                                                                                                                                            |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Figur 21.</b> Tal pasientar (venstre) og tal kontaktdagar (høgre) i poliklinisk behandling for cannabislidingar. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år.....                                                | 39 |
| <b>Figur 22.</b> Tal pasientar (venstre) og tal kontaktdagar (høgre) i poliklinisk behandling for sedativa-/hypnotikalidingar. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år.....                                     | 41 |
| <b>Figur 23.</b> Tal pasientar (venstre) og tal opphald (høgre) i døgnbehandling for sedativa-/hypnotikalidingar. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år.....                                                  | 42 |
| <b>Figur 24.</b> Tal liggedøgn (venstre) og tal liggedøgn fordelt på avtaletype (høgre) i døgnbehandling for sedativa-/hypnotikalidingar. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år.....                          | 43 |
| <b>Figur 25.</b> Tal pasientar (venstre) og tal kontaktdagar (høgre) i poliklinisk behandling for kokainlidingar. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år.....                                                  | 44 |
| <b>Figur 26.</b> Tal pasientar (venstre) og tal kontaktdagar (høgre) i poliklinisk behandling for lidingar knytt til andre stimulantar. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år. ....                           | 45 |
| <b>Figur 27.</b> Tal pasientar (venstre) og tal kontaktdagar (høgre) i poliklinisk behandling lidingar knytt til andre og fleire psykoaktive stoff. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år. ....               | 47 |
| <b>Figur 28.</b> Tal pasientar (venstre) og tal opphald (høgre) i døgnbehandling for lidingar knytt til andre og fleire psykoaktive stoff. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år. ....                        | 48 |
| <b>Figur 29.</b> Tal liggedøgn (venstre) og tal liggedøgn fordelt på avtaletype (høgre) i døgnbehandling for lidingar knytt til andre og fleire psykoaktive stoff. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år..... | 49 |
| <b>Figur 30.</b> Tal pasientar (venstre) og tal kontaktdagar (høgre) i poliklinisk behandling for ROP-lidingar. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år.....                                                    | 50 |
| <b>Figur 31.</b> Tal pasientar (venstre) og tal opphald (høgre) i døgnbehandling for ROP-lidingar. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år. ....                                                                | 51 |
| <b>Figur 32.</b> Tal liggedøgn (venstre) og tal liggedøgn fordelt på avtaletype (høgre) i døgnbehandling for ROP-lidingar. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år. ....                                        | 52 |
| <b>Figur 33.</b> Tal pasientar (venstre) og tal konsultasjonar (høgre) hos allmennlege for ruslidingar. Tala er per 10 000 innbyggjarar i alderen 18-75 år. ....                                                           | 53 |

## Referansar

Appleby, J., Raleigh, V., Frosini, F., Bevan, G., Gao, H., & Lyscom, T. (2011). *Variations in healthcare: The good, the bad and the inexplicable*. The King`s Fund.

*Europeisk narkotikarapport 2026: Trender og utvikling*. (2026).  
[https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2026\\_nb](https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2026_nb)

*Evaluering av heroinassistert behandling i Norge* (2026).

*Helseatlas for psykisk helsevern for voksne i perioden 2020-2024*. (2026).

Helsedirektoratet. (2016). *Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler*. Oslo

Helsedirektoratet. (2022). *Anbefalinger til videre arbeid med rapportering for psykisk helse og rus i kommunen – En helhetlig gjennomgang av registrering og rapportering på psykisk helse og rusfeltet*. Helsedirektoratet. Retrieved 23.september 2026 from  
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/anbefalinger-til-videre-arbeid-med-rapportering-for-psykisk-helse-og-rus-i-kommunen>

Helsedirektoratet. (2024). *Nasjonal faglig retningslinje for selvmordsforebygging i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*.

Helsedirektoratet. (2026). *Nye tall på illegale rusmidler*  
<https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/nye-tall-pa-illegale-rusmidler>

## Vedlegg

**Tabell 1.** Geografisk variasjon i pasientratar i poliklinisk behandling

| Indikator                                  | Tal    | Rate per 10000 | Lågast rate | Høgast rate | FT   | FT2 | CV   | SCV  | SCV2 |
|--------------------------------------------|--------|----------------|-------------|-------------|------|-----|------|------|------|
| Fleire/andre stoff                         | 4 118  | 10             | 5           | 22          | 4,3  | 3,5 | 42,5 | 24,9 | 15,0 |
| Andre stimulantar                          | 1 943  | 5              | 1           | 8           | 6,3  | 4,2 | 40,0 | 17,3 | 13,6 |
| Cannabis                                   | 3 561  | 9              | 1           | 14          | 14,0 | 3,5 | 37,6 | 12,0 | 9,2  |
| Sedativa-/hypnotikaliding                  | 1 797  | 5              | 1           | 9           | 12,6 | 5,4 | 48,0 | 11,7 | 8,9  |
| Opioid                                     | 9 338  | 24             | 9           | 50          | 5,6  | 2,8 | 38,2 | 10,7 | 7,2  |
| Alkohol                                    | 11 389 | 29             | 18          | 53          | 2,9  | 2,5 | 30,0 | 7,7  | 5,4  |
| Pasientar i poliklinikk behandling (TSB)   | 31 463 | 79             | 31          | 141         | 4,5  | 2,5 | 29,7 | 7,2  | 4,7  |
| Pasientar i poliklinikk behandling (samla) | 35 070 | 89             | 47          | 154         | 3,3  | 2,2 | 26,8 | 5,7  | 4,0  |
| ROP                                        | 7 796  | 20             | 11          | 39          | 3,5  | 1,4 | 24,1 | 3,8  | 1,2  |
| Pasientar i allmennlege                    | 38 714 | 98             | 79          | 126         | 1,6  | 1,4 | 12,8 | 1,6  | 1,2  |
| Kokain                                     | 894    | 2              | –           | 5           | –    | –   | –    | –    | –    |

FT: Forholdstalet mellom høgaste og lågaste rate, FT2: Forholdstalet mellom nest høgaste og nest lågaste rate, CV: Variasjonskoeffisient, som viser forholdet mellom standardavviket og gjennomsnittet, SCV: Systematisk variasjonskomponent justert for alder og kjønn ved indirekte standardisering, SCV2: Systematisk variasjonskomponent justert for alder og kjønn ved indirekte standardisering, der høgaste og lågaste verdi er utelate. Grøn: Liten variasjon (SCV < 3), Gul: Middels variasjon (SCV 3–5,4), Raud: Høg variasjon (SCV > 5,4).

**Tabell 2.** Geografisk variasjon i kontaktdagsratar i poliklinisk behandling

| Indikator                         | Tal     | Rate per 10000 | Lågast rate | Høgast rate | FT   | FT2 | CV   | SCV  | SCV2 |
|-----------------------------------|---------|----------------|-------------|-------------|------|-----|------|------|------|
| Opioid                            | 147 922 | 374            | 80          | 1 046       | 13,1 | 5,5 | 61,5 | 32,2 | 15,9 |
| Fleire/andre stoff                | 33 100  | 84             | 29          | 185         | 6,4  | 5,4 | 52,7 | 25,7 | 19,2 |
| Andre stimulantar                 | 19 583  | 49             | 9           | 94          | 10,3 | 6,2 | 49   | 24,8 | 18,9 |
| Sedative/hypnotikaliding          | 15 149  | 38             | –           | 71          | –    | 8,4 | 187  | 22,6 | 17,8 |
| Cannabis                          | 39 071  | 91             | 23          | 203         | 8,8  | 6   | 49,4 | 21   | 13,2 |
| Kontaktdagar, poliklinikk (TSB)   | 505 562 | 1 277          | 350         | 2 653       | 7,6  | 5,5 | 48,4 | 20,8 | 13,8 |
| Kontaktdagar, poliklinikk (samla) | 543 294 | 1 372          | 466         | 2 731       | 5,9  | 4,3 | 44,1 | 17,5 | 11,8 |
| Alkohol                           | 119 244 | 301            | 144         | 589         | 4,1  | 3,6 | 40,6 | 14,1 | 11,8 |
| ROP                               | 221 875 | 558            | 222         | 1 200       | 5,4  | 3,0 | 41,1 | 11,9 | 8,8  |
| Kontakt, allmennlege              | 116 428 | 294            | 231         | 371         | 1,6  | 1,5 | 14,1 | 1,8  | 1,7  |
| Kokain                            | 8 162   | 20             | –           | 50          | –    | –   | –    | –    | –    |

FT: Forholdstalet mellom høgaste og lågaste rate, FT2: Forholdstalet mellom nest høgaste og nest lågaste rate, CV: Variasjonskoeffisient, som viser forholdet mellom standardavviket og gjennomsnittet, SCV: Systematisk variasjonskomponent justert for alder og kjønn ved indirekte standardisering, SCV2: Systematisk variasjonskomponent justert for alder og kjønn ved indirekte standardisering, der høgaste og lågaste verdi er utelate. Grøn: Liten variasjon (SCV < 3), Gul: Middels variasjon (SCV 3–5,4), Raud: Høg variasjon (SCV > 5,4).

**Tabell 3.** Geografisk variasjon i pasientratar i døgnsbehandling

| Indikator                           | Tal    | Rate per 10000 | Lågast rate | Høgast rate | FT  | FT2 | CV   | SCV  | SCV2 |
|-------------------------------------|--------|----------------|-------------|-------------|-----|-----|------|------|------|
| Fleire/andre stoff, pasientar       | 2 581  | 7              | 4           | 12          | 3,0 | 2,1 | 28,4 | 10,3 | 7,2  |
| Sedative/hypnotika, pasientar       | 1 543  | 4              | 1           | 7           | 5,4 | 3,0 | 33,1 | 9,9  | 7,7  |
| Opiatar, pasientar                  | 2 532  | 6,4            | 3,3         | 12,4        | 3,8 | 2,6 | 34,0 | 8,4  | 6,7  |
| Pasientar i døgnsbehandling (TSB)   | 8 183  | 21             | 13          | 35          | 2,7 | 2,0 | 23,2 | 4,3  | 3,3  |
| ROP, pasientar                      | 4 801  | 12,1           | 6,8         | 18,9        | 2,8 | 1,6 | 19,3 | 2,8  | 1,6  |
| Pasientar i døgnsbehandling (samla) | 15 689 | 40             | 28          | 63          | 2,2 | 1,5 | 17,1 | 2,0  | 1,3  |
| Alkohol, pasientar                  | 8 007  | 20             | 17,2        | 33,0        | 1,9 | 1,5 | 16,6 | 1,6  | 1,3  |

FT: Forholdstalet mellom høgaste og lågaste rate, FT2: Forholdstalet mellom nest høgaste og nest lågaste rate, CV: Variasjonskoeffisient, som viser forholdet mellom standardavviket og gjennomsnittet, SCV: Systematisk variasjonskomponent justert for alder og kjønn ved indirekte standardisering, SCV2: Systematisk variasjonskomponent justert for alder og kjønn ved indirekte standardisering, der høgaste og lågaste verdi er utelate. Grøn: Liten variasjon (SCV < 3), Gul: Middels variasjon (SCV 3–5,4), Raud: Høg variasjon (SCV > 5,4).

**Tabell 4.** Geografisk variasjon i opphalds- og liggedøgnsratar i døgnsbehandling

| Indikator                               | Tal     | Rate per 10000 | Lågast rate | Høgast rate | FT  | FT2 | CV   | SCV  | SCV2 |
|-----------------------------------------|---------|----------------|-------------|-------------|-----|-----|------|------|------|
| Opiatar, liggedøgnsrate                 | 103 197 | 261            | 144         | 514         | 3,6 | 2,4 | 30,8 | 10,1 | 8,0  |
| Fleire/andre stoff, opphaldsrate        | 3 755   | 9              | 6           | 19          | 3,2 | 2,1 | 32,7 | 10,1 | 7,0  |
| Opiatar, opphaldsrate                   | 3 810   | 9,6            | 4,7         | 17,5        | 3,7 | 3,0 | 35,8 | 9,7  | 8,5  |
| Sedative/hypnotika, opphaldsrate        | 2 040   | 5              | 2           | 10          | –   | –   | 29,1 | 9,7  | 7,5  |
| Liggedøgnsrate, døgnsbehandling (TSB)   | 546 116 | 1 380          | 669         | 2 571       | 3,8 | 2,4 | 27,8 | 7,3  | 3,2  |
| Alkohol, liggedøgnsrate                 | 221 789 | 569            | 363         | 996         | 2,7 | 2,4 | 27,2 | 6,5  | 5,3  |
| Liggedøgnsrate, døgnsbehandling (samla) | 617 648 | 1 561          | 753         | 2 842       | 3,8 | 2,3 | 26,7 | 6,4  | 2,7  |
| Opphaldsrate døgnsbehandling (TSB)      | 12 852  | 32             | 20          | 52          | 2,7 | 2,2 | 25,7 | 6,0  | 5,2  |
| ROP, liggedøgn                          | 329 107 | 828            | 493         | 1 197       | 2,4 | 1,9 | 21,5 | 4,4  | 3,5  |
| ROP, opphaldsrate                       | 12 282  | 30,9           | 17,7        | 46,6        | 2,6 | 2,1 | 23,4 | 4,1  | 3,0  |
| Alkohol, opphaldsrate                   | 12 975  | 33             | 26,1        | 52,4        | 2,0 | 1,6 | 19,2 | 2,6  | 2,0  |
| Opphaldsrate døgnsbehandling (samla)    | 26 809  | 68             | 45          | 102         | 2,3 | 1,4 | 16,7 | 2,0  | 1,3  |

FT: Forholdstalet mellom høgaste og lågaste rate, FT2: Forholdstalet mellom nest høgaste og nest lågaste rate, CV: Variasjonskoeffisient, som viser forholdet mellom standardavviket og gjennomsnittet, SCV: Systematisk variasjonskomponent justert for alder og kjønn ved indirekte standardisering, SCV2: Systematisk variasjonskomponent justert for alder og kjønn ved indirekte standardisering, der høgaste og lågaste verdi er utelate. Grøn: Liten variasjon (SCV < 3), Gul: Middels variasjon (SCV 3–5,4), Raud: Høg variasjon (SCV > 5,4).

**Tabell 5.** Geografisk variasjon i LAR-behandling

| Indikator                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Tal     | Rate per 10000 | Lågast rate | Høgast rate | FT   | FT2  | CV    | SCV   | SCV2 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------|-------------|-------------|------|------|-------|-------|------|
| Kontaktdagar med medikamentell LAR-behandling                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 102 846 | 260            | 14          | 978         | 69,9 | 35,2 | 118,8 | 122,6 | 79,7 |
| Kontaktdagar med LAR-oppfølging                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 124 937 | 326            | 51          | 1 004       | 19,7 | 6,3  | 69,2  | 40,3  | 16,3 |
| Pasientar med medikamentell LAR-behandling                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 5 642   | 14,2           | 1,6         | 43,7        | 27,3 | 6,9  | 65,9  | 36,5  | 27,6 |
| Pasientar med LAR-oppfølging                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 8 011   | 20             | 5,8         | 45          | 7,8  | 2,9  | 42,2  | 13,4  | 8,6  |
| Liggedøgn for LAR-pasientar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 65 364  | 165            | 95          | 353         | 3,7  | 2,4  | 32,3  | 13,0  | 11,0 |
| Døgnopphald for LAR-pasientar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 1 908   | 4,8            | 1,7         | 8,8         | 5,2  | 3,4  | 38,4  | 11,5  | 9,4  |
| LAR-pasientar i døgnbehandling                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 1 375   | 3,5            | 1,3         | 6,5         | 5,0  | 3,0  | 37,7  | 10,7  | 8,8  |
| FT: Forholdstalet mellom høgaste og lågaste rate, FT2: Forholdstalet mellom nest høgaste og nest lågaste rate, CV: Variasjonskoeffisient, som viser forholdet mellom standardavviket og gjennomsnittet, SCV: Systematisk variasjonskomponent justert for alder og kjønn ved indirekte standardisering, SCV2: Systematisk variasjonskomponent justert for alder og kjønn ved indirekte standardisering, der høgaste og lågaste verdi er utelate. Grøn: Liten variasjon (SCV < 3), Gul: Middels variasjon (SCV 3–5,4), Raud: Høg variasjon (SCV > 5,4). |         |                |             |             |      |      |       |       |      |

**Tabell 6. Forløpsintensitet i TSB**

| TSB                 |                 | Kontakt 1 |      |      |      | Kontakt 2 |      |      |      | Kontakt 3 |      |      |      | Kontakt 4 |      |      |      | Kontakt 5 |      |      |      |
|---------------------|-----------------|-----------|------|------|------|-----------|------|------|------|-----------|------|------|------|-----------|------|------|------|-----------|------|------|------|
| Median dagar mellom | Opptaksområde   | 2021      | 2022 | 2023 | 2024 | 2021      | 2022 | 2023 | 2024 | 2021      | 2022 | 2023 | 2024 | 2021      | 2022 | 2023 | 2024 | 2021      | 2022 | 2023 | 2024 |
|                     | Finnmark        | 42        | 41   | 38   | 36   | 17        | 20   | 19   | 13   | 14        | 17   | 14   | 11   | 13        | 15   | 14   | 9    | 14        | 13   | 14   | 10   |
|                     | UNN             | 33        | 37   | 35   | 35   | 11        | 14   | 12   | 14   | 12        | 12   | 10   | 13   | 11        | 13   | 11   | 11   | 9         | 10   | 9    | 10   |
|                     | Nordland        | 36        | 28   | 35   | 38   | 13        | 11   | 14   | 11   | 9         | 13   | 10   | 9    | 8         | 10   | 9    | 8    | 10        | 8    | 9    | 8    |
|                     | Lovisenberg     | 30        | 34   | 36   | 36   | 10        | 9    | 9    | 10   | 8         | 8    | 9    | 9    | 8         | 9    | 9    | 9    | 7         | 8    | 9    | 8    |
|                     | Helgeland       | 32        | 27   | 34   | 33   | 10        | 10   | 14   | 14   | 7         | 10   | 11   | 8    | 10        | 8    | 10   | 14   | 10        | 8    | 13   | 11   |
|                     | Innlandet       | 32        | 30   | 31   | 28   | 13        | 10   | 11   | 11   | 13        | 9    | 10   | 9    | 11        | 10   | 11   | 10   | 12        | 11   | 11   | 9    |
|                     | Vestre Viken    | 29        | 32   | 31   | 24   | 14        | 13   | 14   | 13   | 12        | 12   | 11   | 10   | 13        | 11   | 11   | 13   | 13        | 12   | 12   | 10   |
|                     | Fonna           | 26        | 30   | 29   | 26   | 10        | 11   | 11   | 11   | 9         | 13   | 10   | 13   | 10        | 11   | 12   | 12   | 11        | 13   | 10   | 12   |
|                     | Bergen          | 26        | 29   | 28   | 27   | 9         | 9    | 11   | 9    | 8         | 9    | 9    | 10   | 8         | 9    | 10   | 9    | 8         | 9    | 9    | 9    |
|                     | Diakonhjemmet   | 25        | 29   | 27   | 29   | 13        | 11   | 9    | 11   | 8         | 8    | 8    | 8    | 8         | 8    | 8    | 8    | 8         | 8    | 7    | 7    |
|                     | OUS             | 26        | 28   | 28   | 28   | 14        | 13   | 13   | 14   | 10        | 9    | 9    | 8    | 9         | 8    | 9    | 8    | 8         | 8    | 9    | 8    |
|                     | Sørlandet       | 26        | 29   | 29   | 25   | 8         | 9    | 10   | 12   | 7         | 7    | 7    | 9    | 7         | 8    | 8    | 9    | 8         | 9    | 10   | 12   |
|                     | Telemark        | 28        | 28   | 27   | 26   | 11        | 11   | 11   | 9    | 8         | 11   | 10   | 9    | 8         | 8    | 9    | 9    | 8         | 11   | 9    | 8    |
|                     | Vestfold        | 22        | 24   | 25   | 20   | 7         | 7    | 7    | 7    | 8         | 7    | 7    | 7    | 7         | 8    | 8    | 8    | 8         | 8    | 8    | 7    |
|                     | Nord-Trøndelag  | 21        | 23   | 22   | 23   | 8         | 8    | 7    | 10   | 8         | 7    | 9    | 8    | 9         | 8    | 8    | 10   | 8         | 8    | 8    | 9    |
|                     | Østfold         | 21        | 20   | 23   | 21   | 8         | 8    | 10   | 9    | 8         | 8    | 9    | 10   | 8         | 8    | 9    | 10   | 8         | 8    | 9    | 11   |
|                     | Akershus        | 21        | 20   | 20   | 21   | 13        | 14   | 15   | 17   | 9         | 9    | 10   | 10   | 9         | 9    | 8    | 9    | 9         | 8    | 8    | 9    |
|                     | Førde           | 21        | 19   | 13   | 15   | 14        | 15   | 14   | 13   | 14        | 14   | 13   | 14   | 13        | 13   | 16   | 13   | 13        | 14   | 16   | 14   |
|                     | St. Olav        | 17        | 16   | 15   | 14   | 7         | 8    | 8    | 10   | 7         | 7    | 8    | 8    | 7         | 7    | 8    | 8    | 7         | 7    | 7    | 7    |
|                     | Stavanger       | 27        | 16   | 7    | 8    | 6         | 8    | 21   | 17   | 7         | 7    | 8    | 7    | 11        | 7    | 7    | 6    | 9         | 8    | 8    | 6    |
|                     | Møre og Romsdal | 7         | 6    | 7    | 20   | 13        | 13   | 10   | 12   | 9         | 12   | 9    | 11   | 9         | 8    | 8    | 8    | 8         | 8    | 12   | 9    |
|                     | Noreg           | 25        | 25   | 24   | 23   | 9         | 10   | 11   | 12   | 8         | 8    | 9    | 9    | 8         | 8    | 9    | 9    | 8         | 8    | 9    | 9    |

| Median dagar mellom | Opptaksområde   | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|---------------------|-----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
|                     | Finnmark        | 13   | 17   | 13   | 9    | 11   | 14   | 13   | 15   | 8    | 14   | 11   | 14   | 13   | 16   | 9    | 10   | 11   | 14   | 14   | 11   |
|                     | UNN             | 7    | 8    | 11   | 8    | 8    | 12   | 11   | 9    | 8    | 8    | 10   | 8    | 7    | 8    | 10   | 9    | 7    | 11   | 11   | 8    |
|                     | Lovisenberg     | 8    | 10   | 11   | 8    | 8    | 9    | 10   | 9    | 7    | 8    | 11   | 8    | 9    | 7    | 9    | 9    | 8    | 11   | 10   | 8    |
|                     | Nordland        | 8    | 8    | 9    | 9    | 8    | 8    | 9    | 9    | 8    | 9    | 8    | 8    | 8    | 7    | 8    | 8    | 7    | 7    | 8    | 9    |
|                     | Helgeland       | 8    | 8    | 13   | 10   | 9    | 12   | 10   | 11   | 11   | 9    | 11   | 8    | 13   | 8    | 13   | 9    | 12   | 9    | 10   | 10   |
|                     | Innlandet       | 12   | 12   | 12   | 10   | 11   | 11   | 10   | 10   | 11   | 11   | 12   | 8    | 11   | 10   | 12   | 8    | 13   | 12   | 11   | 9    |
|                     | Vestre Viken    | 10   | 10   | 11   | 11   | 11   | 10   | 12   | 10   | 11   | 12   | 11   | 11   | 9    | 9    | 10   | 10   | 9    | 11   | 12   | 11   |
|                     | Bergen          | 11   | 9    | 12   | 10   | 10   | 10   | 11   | 9    | 8    | 10   | 10   | 8    | 10   | 9    | 7    | 9    | 8    | 10   | 8    | 9    |
|                     | Diakonhjemmet   | 8    | 8    | 9    | 8    | 9    | 8    | 9    | 8    | 8    | 8    | 8    | 8    | 9    | 7    | 8    | 7    | 8    | 8    | 9    | 7    |
|                     | Fonna           | 7    | 7    | 7    | 8    | 7    | 7    | 7    | 8    | 8    | 7    | 7    | 8    | 7    | 7    | 7    | 9    | 7    | 8    | 7    | 8    |
|                     | OUS             | 8    | 8    | 8    | 8    | 7    | 8    | 8    | 8    | 7    | 8    | 8    | 7    | 7    | 8    | 8    | 8    | 8    | 8    | 10   | 7    |
|                     | Sørlandet       | 8    | 9    | 9    | 10   | 9    | 8    | 9    | 10   | 8    | 9    | 9    | 10   | 7    | 8    | 8    | 8    | 8    | 8    | 10   | 11   |
|                     | Telemark        | 8    | 10   | 9    | 9    | 8    | 12   | 9    | 8    | 9    | 8    | 8    | 8    | 7    | 9    | 11   | 7    | 8    | 10   | 10   | 9    |
|                     | Nord-Trøndelag  | 8    | 9    | 8    | 7    | 8    | 8    | 7    | 7    | 8    | 8    | 8    | 7    | 8    | 7    | 8    | 7    | 8    | 8    | 7    | 7    |
|                     | Vestfold        | 10   | 9    | 7    | 10   | 12   | 9    | 9    | 9    | 14   | 10   | 8    | 10   | 11   | 8    | 10   | 11   | 14   | 10   | 11   | 11   |
|                     | Østfold         | 8    | 8    | 9    | 10   | 7    | 9    | 9    | 10   | 7    | 8    | 10   | 10   | 7    | 7    | 11   | 10   | 7    | 8    | 9    | 11   |
|                     | Akershus        | 9    | 8    | 9    | 8    | 8    | 8    | 8    | 10   | 8    | 8    | 10   | 8    | 8    | 8    | 9    | 9    | 8    | 8    | 9    | 9    |
|                     | Førde           | 10   | 21   | 15   | 10   | 12   | 14   | 11   | 14   | 13   | 11   | 14   | 12   | 9    | 21   | 15   | 16   | 7    | 19   | 10   | 13   |
|                     | St. Olav        | 7    | 7    | 7    | 7    | 7    | 7    | 7    | 7    | 7    | 7    | 7    | 7    | 7    | 7    | 7    | 7    | 7    | 7    | 7    | 7    |
|                     | Stavanger       | 8    | 7    | 7    | 7    | 8    | 7    | 7    | 7    | 8    | 9    | 9    | 8    | 9    | 8    | 8    | 9    | 10   | 8    | 8    | 8    |
|                     | Møre og Romsdal | 8    | 8    | 8    | 8    | 7    | 7    | 8    | 7    | 8    | 7    | 7    | 7    | 10   | 8    | 7    | 7    | 8    | 8    | 9    | 7    |
|                     | Noreg           | 8    | 8    | 9    | 9    | 8    | 8    | 9    | 8    | 8    | 8    | 9    | 8    | 8    | 8    | 8    | 8    | 8    | 8    | 9    | 9    |

Mottatt henvisning til kontakt 1

6 dagar

42 dagar

21 dagar

Kontakt 1-2, 2-3 osv..

6 dagar

21 dagar

**Tabell 7. Forløpsintensitet i TSB og PHV**

| TSB og PHV          |                 | Kontakt 1 |      |      |      | Kontakt 2 |      |      |      | Kontakt 3 |      |      |      | Kontakt 4 |      |      |      | Kontakt 5 |      |      |      |
|---------------------|-----------------|-----------|------|------|------|-----------|------|------|------|-----------|------|------|------|-----------|------|------|------|-----------|------|------|------|
| Median dagar mellom | Opptaksområde   | 2021      | 2022 | 2023 | 2024 | 2021      | 2022 | 2023 | 2024 | 2021      | 2022 | 2023 | 2024 | 2021      | 2022 | 2023 | 2024 | 2021      | 2022 | 2023 | 2024 |
|                     | Finnmark        | 41        | 33   | 34   | 35   | 18        | 16   | 19   | 14   | 14        | 17   | 14   | 9    | 14        | 15   | 14   | 9    | 14        | 14   | 13   | 10   |
|                     | Nordland        | 36        | 29   | 34   | 39   | 12        | 10   | 12   | 11   | 9         | 11   | 10   | 9    | 8         | 9    | 9    | 8    | 9         | 8    | 9    | 8    |
|                     | UNN             | 33        | 36   | 34   | 33   | 11        | 13   | 11   | 13   | 12        | 11   | 10   | 11   | 10        | 11   | 11   | 10   | 9         | 10   | 9    | 9    |
|                     | Lovisenberg     | 28        | 32   | 35   | 34   | 9         | 9    | 9    | 9    | 8         | 8    | 9    | 9    | 8         | 8    | 9    | 9    | 7         | 8    | 8    | 8    |
|                     | Innlandet       | 29        | 29   | 29   | 26   | 12        | 10   | 10   | 11   | 12        | 9    | 10   | 9    | 11        | 9    | 10   | 10   | 11        | 10   | 11   | 9    |
|                     | Helgeland       | 28        | 24   | 29   | 29   | 8         | 10   | 12   | 14   | 8         | 9    | 7    | 10   | 8         | 8    | 8    | 13   | 8         | 8    | 12   | 11   |
|                     | Vestre Viken    | 28        | 30   | 29   | 22   | 12        | 13   | 13   | 12   | 11        | 11   | 10   | 10   | 11        | 11   | 11   | 11   | 10        | 11   | 11   | 10   |
|                     | Diakonhjemmet   | 24        | 28   | 27   | 29   | 11        | 10   | 9    | 10   | 8         | 8    | 8    | 8    | 8         | 8    | 8    | 7    | 8         | 8    | 7    | 7    |
|                     | Bergen          | 26        | 28   | 28   | 25   | 9         | 9    | 10   | 9    | 8         | 9    | 9    | 9    | 8         | 9    | 10   | 9    | 8         | 9    | 9    | 8    |
|                     | OUS             | 25        | 27   | 27   | 27   | 12        | 12   | 12   | 13   | 9         | 9    | 9    | 8    | 8         | 8    | 9    | 8    | 8         | 8    | 9    | 7    |
|                     | Sørlandet       | 25        | 28   | 28   | 24   | 8         | 9    | 10   | 11   | 7         | 7    | 8    | 9    | 7         | 8    | 8    | 9    | 7         | 8    | 10   | 11   |
|                     | Telemark        | 26        | 26   | 23   | 25   | 11        | 11   | 9    | 9    | 9         | 11   | 8    | 9    | 8         | 8    | 9    | 9    | 7         | 10   | 9    | 8    |
|                     | Fonna           | 21        | 26   | 23   | 20   | 9         | 11   | 10   | 10   | 9         | 12   | 9    | 12   | 11        | 11   | 11   | 12   | 10        | 12   | 10   | 13   |
|                     | Østfold         | 21        | 20   | 23   | 21   | 8         | 8    | 10   | 9    | 8         | 8    | 9    | 10   | 8         | 8    | 9    | 10   | 8         | 8    | 9    | 11   |
|                     | Nord-Trøndelag  | 20        | 21   | 20   | 22   | 8         | 9    | 8    | 10   | 8         | 7    | 9    | 9    | 9         | 8    | 8    | 9    | 9         | 9    | 8    | 10   |
|                     | Akershus        | 21        | 20   | 20   | 21   | 13        | 14   | 14   | 15   | 9         | 9    | 9    | 10   | 9         | 8    | 8    | 9    | 9         | 8    | 8    | 9    |
|                     | Vestfold        | 20        | 21   | 21   | 18   | 7         | 7    | 7    | 7    | 7         | 7    | 7    | 7    | 7         | 7    | 7    | 7    | 7         | 8    | 7    | 7    |
|                     | Førde           | 21        | 19   | 14   | 15   | 14        | 13   | 13   | 13   | 15        | 14   | 13   | 13   | 14        | 13   | 14   | 12   | 15        | 14   | 14   | 14   |
|                     | St. Olav        | 17        | 16   | 15   | 14   | 7         | 8    | 8    | 10   | 7         | 7    | 8    | 8    | 7         | 7    | 8    | 9    | 7         | 7    | 7    | 8    |
|                     | Stavanger       | 27        | 17   | 7    | 8    | 7         | 8    | 19   | 15   | 7         | 7    | 8    | 7    | 11        | 8    | 7    | 7    | 9         | 8    | 7    | 6    |
|                     | Møre og Romsdal | 10        | 7    | 10   | 21   | 12        | 13   | 10   | 12   | 9         | 11   | 9    | 11   | 10        | 9    | 9    | 8    | 9         | 8    | 10   | 9    |
|                     | Noreg           | 24        | 24   | 23   | 22   | 9         | 10   | 11   | 11   | 8         | 8    | 8    | 9    | 8         | 8    | 9    | 8    | 8         | 8    | 9    | 8    |

| Median dagar mellom | Opptaksområde   | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|---------------------|-----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
|                     | Finnmark        | 13   | 14   | 11   | 9    | 13   | 15   | 11   | 10   | 13   | 14   | 8    | 10   | 14   | 17   | 10   | 8    | 14   | 14   | 13   | 9    |
|                     | Nordland        | 9    | 10   | 10   | 8    | 8    | 9    | 8    | 8    | 7    | 8    | 8    | 8    | 8    | 7    | 9    | 8    | 8    | 11   | 9    | 8    |
|                     | UNN             | 7    | 8    | 11   | 7    | 8    | 9    | 12   | 9    | 8    | 8    | 10   | 8    | 7    | 8    | 11   | 9    | 7    | 10   | 10   | 7    |
|                     | Lovisenberg     | 8    | 8    | 9    | 9    | 8    | 8    | 9    | 9    | 8    | 8    | 8    | 7    | 8    | 7    | 8    | 8    | 7    | 7    | 8    | 8    |
|                     | Innlandet       | 11   | 9    | 12   | 10   | 10   | 10   | 9    | 9    | 11   | 10   | 10   | 9    | 10   | 9    | 12   | 9    | 12   | 11   | 10   | 9    |
|                     | Helgeland       | 10   | 9    | 11   | 10   | 11   | 10   | 8    | 11   | 11   | 10   | 11   | 9    | 9    | 9    | 12   | 10   | 8    | 9    | 10   | 10   |
|                     | Vestre Viken    | 9    | 10   | 10   | 10   | 10   | 10   | 12   | 9    | 10   | 11   | 12   | 9    | 9    | 11   | 9    | 9    | 9    | 10   | 10   | 10   |
|                     | Diakonhjemmet   | 7    | 7    | 7    | 8    | 7    | 8    | 7    | 8    | 7    | 7    | 7    | 8    | 7    | 7    | 7    | 8    | 7    | 8    | 7    | 8    |
|                     | Bergen          | 8    | 8    | 8    | 8    | 9    | 7    | 8    | 7    | 8    | 8    | 8    | 7    | 8    | 7    | 8    | 8    | 7    | 8    | 8    | 7    |
|                     | OUS             | 8    | 8    | 8    | 8    | 8    | 8    | 8    | 8    | 7    | 8    | 8    | 7    | 7    | 8    | 8    | 8    | 8    | 8    | 10   | 7    |
|                     | Sørlandet       | 7    | 8    | 8    | 10   | 8    | 8    | 9    | 10   | 7    | 8    | 9    | 9    | 7    | 8    | 8    | 8    | 7    | 8    | 9    | 11   |
|                     | Telemark        | 9    | 10   | 8    | 8    | 9    | 10   | 8    | 7    | 9    | 10   | 9    | 8    | 7    | 9    | 10   | 7    | 8    | 10   | 8    | 9    |
|                     | Fonna           | 10   | 9    | 10   | 10   | 9    | 9    | 11   | 9    | 8    | 9    | 8    | 9    | 10   | 8    | 7    | 9    | 8    | 8    | 8    | 9    |
|                     | Østfold         | 8    | 8    | 9    | 10   | 7    | 9    | 9    | 10   | 7    | 8    | 10   | 10   | 7    | 8    | 11   | 11   | 7    | 8    | 9    | 11   |
|                     | Nord-Trøndelag  | 10   | 9    | 9    | 10   | 12   | 9    | 9    | 11   | 14   | 10   | 8    | 10   | 11   | 9    | 10   | 10   | 14   | 11   | 11   | 12   |
|                     | Akershus        | 9    | 8    | 8    | 8    | 8    | 8    | 8    | 9    | 8    | 8    | 9    | 8    | 8    | 8    | 9    | 8    | 8    | 8    | 9    | 8    |
|                     | Vestfold        | 8    | 8    | 8    | 7    | 8    | 7    | 7    | 7    | 7    | 8    | 8    | 7    | 7    | 7    | 7    | 7    | 7    | 8    | 7    | 7    |
|                     | Førde           | 14   | 16   | 13   | 10   | 14   | 13   | 15   | 14   | 15   | 14   | 15   | 14   | 13   | 14   | 14   | 14   | 12   | 15   | 13   | 14   |
|                     | St. Olav        | 7    | 7    | 7    | 7    | 7    | 7    | 7    | 7    | 7    | 7    | 7    | 7    | 7    | 7    | 7    | 7    | 7    | 7    | 7    | 7    |
|                     | Stavanger       | 8    | 7    | 7    | 7    | 8    | 7    | 7    | 7    | 8    | 8    | 9    | 8    | 8    | 8    | 8    | 8    | 9    | 8    | 9    | 8    |
|                     | Møre og Romsdal | 9    | 8    | 8    | 9    | 10   | 8    | 8    | 8    | 9    | 8    | 8    | 7    | 11   | 8    | 8    | 7    | 10   | 8    | 8    | 8    |
|                     | Noreg           | 8    | 8    | 8    | 8    | 8    | 8    | 8    | 8    | 8    | 8    | 9    | 8    | 8    | 8    | 8    | 8    | 8    | 8    | 8    | 8    |

Mottatt henvisning til kontakt 1

7 dagar

Kontakt 1-2, 2-3 osv..

6 dagar

41 dagar

19 dagar