

Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem: Kvalitetsindikatordefinisjon

Overdødelighet hos personer i tverrfaglig spesialisert rusbehandling	
1. Definisjon	Overdødelighet hos personer i aldersgruppen 15 til 50 år som har hatt minst en aktivitet (konsultasjon/opphold/innleggelse) i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).
2. Sektor	Spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste
3. Fagområde	Psykisk helse og rus
4. Type	Resultat
5. Dimensjon av kvalitet	Virkningsfulle, Trygge og sikre
6. Måleområde	Overlevelse, Morbiditet, Pasientsikkerhet
Godkjenning	
7. Dato publisert første gang	4.12.2025
8. Revisjonshistorikk	Desember 2024: Etablert som kvalitetsindikator
Faglig begrunnelse/målsetting	
9. Begrunnelse for valg	Personer med rusmiddelproblemer lever i gjennomsnitt 15–20 år kortere enn resten av befolkningen, hovedsakelig på grunn av sykdommer, overdoser og ulykker,^{1,2,3} det er derfor behov for tettere oppfølging fra helsetjenestene for å redusere dødeligheten for denne sårbare gruppen. I stortingsmeldingen Meld. St. 5 (2024–2025) Trygghet, fellesskap og verdighet⁴ er et av resultatmålene at forskjellen i levealder mellom personer med alvorlige rusmiddelproblemer og den generelle befolkningen er redusert. Overdødeligheten blant mennesker med rusmiddelproblemer og kunnskapen om levekårsutfordringene for gruppen som helhet, tilsier at denne pasientgruppen av ulike grunner ikke får tilsvarende tilgang til de samme tjenestene eller til tjenester av samme kvalitet som andre grupper. I opptrappingsplan for psykisk helse⁵ som ble lansert 9 juni 2023, er det også satt som mål at mennesker med rusmiddelproblemer har økt levealder, og at forskjellen i levealder mellom denne pasientgruppen og den øvrige befolkningen er redusert. Rusmiddelproblematikk og høyere dødelighet henger tett sammen med levekår, sosial marginalisering og belastninger i oppveksten. Rusmidler påvirker kroppen på ulike måter, men både selve stoffene og inntaksmåten kan føre til alvorlige somatiske sykdommer som hjerte- og lungelidelser, infeksjoner, hepatitt og leverskader^{6,7}. Alkohol gir de mest omfattende organskadene. Mange med rusmiddelproblemer får ikke tilstrekkelig behandling for somatiske sykdommer^{6,7}, blant annet på grunn av stigma, ikke godt nok tilrettelagte tjenester og utfordringer med egenomsorg. Underbehandling fører ofte til unødvendig lidelse og forverret helse. For å bedre situasjonen må behandling av rusmiddelidelser og somatisk helse sees i sammenheng. Det er behov for helhetlige og tilgjengelige helsetjenester som ivaretar både somatisk, psykisk og sosial helse. Et styrket samarbeid mellom ulike deler av helse- og velferdstjenestene er avgjørende for å sikre kontinuitet i oppfølgingen. En indikator rettet mot denne pasientpopulasjonen er utviklet for å følge utviklingen og støtte arbeidet med å redusere overdødeligheten. Indikatoren er en av fem indikatorer som er utviklet med dette formålet, sammen skal de belyse utfordringen fra flere hold og kan brukes til å følge med på levealder i denne gruppen og forskjellen i levealder mellom denne gruppen og den øvrige befolkning. Det er etablert en handlingsplan mot overdoser⁷, samt handlingsplan for å heve levealder hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer".⁸ Handlingsplanen skisserer forslag til konkrete tiltak rettet mot denne pasientgruppen.
10. Målsetting	Det er et mål å øke levealderen i denne gruppen og redusere forskjellen i forventet levealder sammenlignet med resten av befolkningen. Lavere overdødelighet i denne indikatoren for denne avgrensede aldersgruppen mellom 15-50 år vil bety høyere levealder.
11. Begrepsavklaringer	Overdødelighet: En overdødelighet beregnes som en rate av antall døde og antall personer i en utvalgspopulasjon, delt på raten av antall døde og antall personer i den øvrige befolkning. På den måten gir den en indikasjon på om utvalgspopulasjonen har en høyere dødelighet enn den øvrige befolkning. Alle verdier over 1 er å regne som en overdødelighet. En overdødelighetsrate på for eksempel 2 tolkes som 2 ganger dødeligheten i den ene gruppen sammenlignet med den andre. Ettersom overdødelighet er et forholdstall så vil lavere overdødelighet ofte bety lavere dødelighet og høyere levealder i denne gitte pasientpopulasjonen, men kan også skyldes høyere dødelighet i den øvrige befolkningen. Derfor presenteres også dødelighetsratene i for utvalgspopulasjonen til sammenligning.

	Aktivitet i tverrfaglig spesialisert rusbehandling: Personer som blir henvist til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og får henvisningen rettighetsvurdert som rett til helsehjelp, vil ha en aktivitet i NPR. Terskelen for å henvise til TSB fra henvisningsinstans (fastleger/ legevakt / kommunale tjenester / spesialisthelsetjeneste) anses som tilstrekkelig høyt med tanke på alvorlighetsgrad at én aktivitet og innvilget rettighetsvurdering er nok for å beregnes som inkludert i pasientpopulasjonen med rusmiddelproblem. Se prioriteringsveileder for TSB - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Helsedirektoratet. Pasienter som ikke har møtt eller utsatt oppmøte vil inkluderes i denne avgrensningen.
Beregning av indikator	
12. Hovedmåltall	Hovedmåltall: Overdødelighet hos personer i tverrfaglig spesialisert rusbehandling Utvalg i fokus: Antall personer registrert med minst én aktivitet innenfor sektoren tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i aktivitetstabellene i NPR de siste fem årene før statistikkåret. En aktivitet her forutsetter at rett til helsehjelp er innvilget. Antall døde i statistikkåret i denne gruppen deles på totalt antall personer med minst én aktivitet i TSB siste fem årene for å gi Rate 1. Sammenligningsgrunnlag: Antall døde i statistikkåret i den øvrige befolkning delt på antall levende i den øvrige befolkning per 01.01. i statistikkåret i det respektive RHF eller helsefelleskap (Rate 2). Overdødelighet regnes som Rate 1 / Rate 2. Konfidensintervaller regnes med Katz Log metoden.
13. Andre måltall	Måltall 2: Rate døde per 100 000 personer i tverrfaglig spesialisert rusbehandling Utvalg: Samme avgrensning som for hovedmåltallet. Rate 1 – Antall døde med minst én aktivitet i TSB delt på totalt antall personer med minst én aktivitet i TSB de siste fem årene før statistikkåret. Måltall 3: Antall døde personer i tverrfaglig spesialisert rusbehandling Antall døde med minst én aktivitet i TSB. Kjønnsinndeling: Måltall 4: Overdødelighet hos menn i tverrfaglig spesialisert rusbehandling Samme avgrensning som for hovedmåltallet, bare med menn som pasientgruppe. Måltall 5: Overdødelighet hos kvinner i tverrfaglig spesialisert rusbehandling Samme avgrensning som for hovedmåltallet, bare med kvinner som pasientgruppe. Måltall 6: Rate døde per 100 000 menn i tverrfaglig spesialisert rusbehandling Samme avgrensning som for måltall 2, bare med menn som pasientgruppe. Måltall 7: Rate døde per 100 000 kvinner i tverrfaglig spesialisert rusbehandling Samme avgrensning som for måltall 2, bare med kvinner som pasientgruppe. Måltall 8: Antall døde menn i tverrfaglig spesialisert rusbehandling Samme avgrensning som for måltall 3, bare med menn som pasientgruppe. Måltall 9: Antall døde kvinner i tverrfaglig spesialisert rusbehandling Samme avgrensning som for måltall 3, bare med kvinner som pasientgruppe.
14. Klassifikasjoner og kodeverk	Aktivitetstabellene for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) fra NPR. Benytter kommuneinndeling per 2024 for gruppering av bostedskommuner til helsefelleskap
15. Presiseringer rundt utvalg	Aldersavgrensningen er satt til 15-50 år for å øke sensitiviteten til målet. Og avgrenset slik ettersom målet med indikatoren er å heve levealder for grupper som ellers ikke ville hatt høy dødelighet. Overdødeligheten er målt å være høyest frem til 50 års alder for denne pasientgruppen. Mer om metodikken bak målemetodene i eget dokument på indikatorens nettside.
16. Teknisk beregning og bearbeiding av datagrunnlag	Beregninger, kvalitetssikring og uttrekk utføres av Avdeling for kvalitetsindikatorer og brukerundersøkelser. Ved færre enn 5 pasienter, skjules antallet av hensyn til personvern. Data for enheter som har små tall vil bli med i aggregeringer hvor disse inngår (i tid/organisasjon). Personer uten folkeregistrert adresse i Norge ekskluderes. Personer uten gyldig personnummer eller d-nummer i perioden ekskluderes. Alder regnes som alder på tidspunktet personen hadde aktiviteten i TSB.

17. Nivå for publisering	Helsefelleskap og regionalt helseforetak
Datainnsamling/datakilde	
18. Datakilde(r)	Dataene trekkes fra Helsedirektoratets egen databaseleveranse av NPR fra FHI og SSB.
19. Publiseringsfrekvens	Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem: årlig
20. Lovhjemmel	Opplysninger er samlet inn i tråd med Nasjonal pasientregisterforskrift og lov om offisiell statistikk og Statistisk sentralbyrå (statistikkloven). Beregning av kvalitetsindikatoren er gjort under dispensasjon fra taushetsplikt og vedtak for behandling av personopplysninger gitt til Helsedirektoratets prosjekt Styringsinformasjon for helse- og omsorgstjenestene (STYR-HOM), gitt av Helsedataservice 12.06.24. Behandlingen har rettslig grunnlag etter personvernforordningen artikkel 6 og 9, og formålet til STYR-HOM ligger innenfor formålet i helseregisterloven § 1 og til de inkluderte registrene
Tolkning av tallene	
21. Sammenlignbarhet over tid og sted	Endringer rundt covid 19 kan ha medført lavere dødelighet for denne pasientgruppen av flere ulike årsaker. Tilfeldig variasjon av døde, og kort tidsserie gjør det utfordrende å tolke trender over lengre tid. I helsefelleskap med få døde kan overdødeligheten se abnormalt høy ut
22. Feilkilder og usikkerhet	Man fanger kun opp personer med rusproblematikk som har hatt aktivitet i TSB og det er nok store mørketall her.
23. Særskilt informasjon for tolkning av denne indikatoren	Pasienter som ikke har møtt eller utsatt oppmøte vil inkluderes i denne avgrensningen. Det kan vurderes om helsetjenestene har mulighet til å påvirke dødelighet dersom ikke pasienten møter opp, eller om det skal regnes som en ansvar å følge opp hvis pasienter ikke møter opp til timene.
Publisering	
24. Publiseringsarenaer	www.helsedirektoratet.no
Referanser	
25. Referanser	1. Vancampfort D, Hallgren M, Mugisha J, De Hert M, Probst M, Monsieur D, et al. The prevalence of metabolic syndrome in alcohol use disorders: a systematic review and meta-analysis. Alcohol and Alcoholism. 2016;51(5):515–21. 2. Fräsch K, Larsen JI, Cordes J, Jacobsen B, Wallenstein Jensen SO, Lauber C, et al. Physical illness in psychiatric inpatients: comparison of patients with and without substance use disorders. International Journal of Social Psychiatry. 2013;59(8):757–64. 3. Merikangas KR, McClair VL. Epidemiology of substance use disorders. Human Genetics. 2012;131(6):779–89. 4. Trygghet, fellesskap og verdighet - Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet Meld. St. 5 (2024–2025) - regjeringen.no 5. Opptrappingsplanen for psykisk helse 2023- 2033 - Meld. St. 23 (2022–2023) 6. Skarstein og Tanum - Personer med rus-avhengighet blir oftere syke og får dårligere behandling. 10.4220/Sykepleiens.2021.86370 7. Bedre helse og lengre liv - Legeforeningen 2023 8. Handlingsplan mot overdoser - Helsedirektoratet 9. Bedre helsehjelp – flere gode år (2025–2033) Handlingsplan for å heve levealderen hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer.