

Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem: Kvalitetsindikatordefinisjon

Tapte leveår ved ulykke for personer i PHV/TSB	
1. Definisjon	Tapte leveår ved ulykke for personer som har hatt minst én kontakt i psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling de siste fem årene.
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	Ulykkesdødsfall omfatter dødsfall som skyldes utilsiktede hendelser som forgiftninger, fall, kvelning, trafikkuulykker, drukning og brann. I Norge omkommer rundt 2000 mennesker årlig som følge av ulykker, og forekomsten er høyere blant menn enn kvinner¹. Hvert dødsfall rammer mange, og etterlatte og nærstående kan sitte igjen med både sorg og ubesvarte spørsmål. Ulykkesdødsfall i gruppen som har vært i kontakt med psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) omfatter et bredt spekter av hendelser, men forskning viser at en betydelig andel kan være skjulte selvmord² eller ulykker der rusmiddelbruk har vært en sentral medvirkende faktor³. Blant pasienter som har vært i kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling, er risikoen for dødsfall knyttet til ulykker betydelig høyere enn i befolkningen for øvrig⁴. Dette skyldes både økt sårbarhet, høy forekomst av komorbide psykiske lidelser, rusmiddelbruk og utfordringer i hverdagsfungering. Flere internasjonale og norske studier indikerer at en del ulykker i disse populasjonene i realiteten er underkategoriserte selvmord, særlig drukning, fall, forgiftninger og trafikkhendelser²⁻⁶. I tillegg er rusmiddelrelaterte ulykker vanlige, hvor påvirkning av alkohol eller narkotiske stoffer svekker vurderingsevne, koordinasjon og reaksjonsevne, og øker risikoen for farlige situasjoner. Kombinasjonen av psykiske plager og rusmiddelbruk forsterker risiko ytterligere. Opptappingsplanen for psykisk helse⁷ har også selvmord som fokusområde der det beskrives mange tiltak til forebygging. Regjeringen har gjennom stortingsmeldingen for rusmiddelfeltet målsetninger om bedre forebygging, skadereduksjon og behandling⁸. Indikatoren kan brukes til å følge med på om tiltak rettet mot pasientpopulasjonen påvirker antall døde. Nasjonal faglig retningslinje for selvmordsforebygging i psykisk helsevern og TSB⁹ er utarbeidet for å forebygge selvmord, også disse skjulte selvmordene som indikatoren dekker. Integrert behandling av psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet, sammen med sterkere samarbeid mellom helsetjenester, NAV og kommunale tjenester, er avgjørende for å styrke sikkerheten og redusere risiko for både reelle og skjulte selvmord og rusrelaterte ulykker.
10. Målsetting	Det er et mål å redusere antall leveår tapt til ulykker, og å redusere antall ulykkesdødsfall.
11. Begrepsavklaringer	Tapte leveår: Et dødelighetsmål som sammenligner levealder i pasientpopulasjonen med forventet levealder for den øvrige befolkning. Jo flere tapte leveår jo fler pasienter dør som er yngre enn vanlig dødsforekomst og alder for befolkningen.
Beregning av indikator	
12. Hovedmåltall	Hovedmåltall: Tapte leveår ved ulykke for personer i PHV/TSB Utvalg i fokus Personer som har hatt minst én aktivitet eller kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling de siste fem årene fra dødstidspunktet. Sammenligningsgrunnlag Befolkningstetthet og død i det respektive RHF eller helsefelleskapet for hver aldersgruppe, for å estimere forventet levealder.

	Ulykkesdødsfall registrert med følgende koder i dødsårsaksregisteret (DÅR): ALLE_KODER: V00-99, W00-99, X00-09, X20-29, X40-59, Y85-Y86 Alle koder benyttes for å dekke tilfeller der det kan være overlappende tilfeller av selvmord, overdose og ulykke.
13. Andre måltall	Måltall 2: Antall døde av ulykker per 100 000 i PHV/TSB Utvalg: Samme avgrensning som for hovedmåltallet. Rate 1 – Antall døde av ulykke med minst én aktivitet i PHV/TSB delt på totalt antall personer med minst én aktivitet i PHV/TSB de siste fem årene før statistikkåret. Måltall 3: Antall døde av ulykker i PHV/TSB Antall døde av ulykke med minst én aktivitet i PHV/TSB. Kjønnsinndeling: Måltall 4: Antall døde menn som følge av ulykker per 100 000 i PHV/TSB Samme avgrensning som for måltall 2, bare med menn som pasientgruppe. Måltall 5: Antall døde kvinner som følge av ulykker per 100 000 i PHV/TSB Samme avgrensning som for måltall 2, bare med kvinner som pasientgruppe. Måltall 6: Antall døde menn som følge av ulykker i PHV/TSB Samme avgrensning som for måltall 2, bare med menn som pasientgruppe. Måltall 7: Antall døde kvinner som følge av ulykker i PHV/TSB Samme avgrensning som for måltall 2, bare med kvinner som pasientgruppe.
14. Klassifikasjoner og kodeverk	Aktivitetstabellene for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern (PHV) fra NPR, og dødsårsaksregisteret. Benytter kommuneinndeling per 2024 for gruppering av bostedskommuner til helsefellesskap
15. Presiseringer rundt utvalg	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 PHV/TSB.
17. Nivå for publisering	Helsefellesskap og regionalt helseforetak
Datainnsamling/datakilde	
18. Datakilde(r)	Dataene trekkes fra Helsedirektoratets egen databaseleveranse av NPR fra FHI, DÅR og SSB.
19. Publiseringsfrekvens	Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem: årlig
20. Lovhjemmel	Opplysninger er samlet inn i tråd med Nasjonal pasientregisterforskrift, forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Dødsårsaksregisteret (DÅR) 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 helsefellesskap med få døde kan tapte leveår se abnormalt høyt ut.
22. Feilkilder og usikkerhet	Døde som ikke har hatt kontakt med PHV/TSB ekskluderes.
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. Folkehelse rapporten: https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/skader/skader-og-ulykker-i-norge/ 2. Snowden J, Choi NG. Undercounting of suicides: Where suicide data lie hidden. Glob Public Health. 2020 Dec;15(12):1894-1901. doi: 10.1080/17441692.2020.1801789. Epub 2020 Aug 3. PMID: 32744898. 3. WHO 2024: Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders 4. Crump C, Sundquist K, Winkleby MA, Sundquist J. Mental disorders and risk of accidental death. <i>British Journal of Psychiatry</i>. 2013;203(4):297-302. doi:10.1192/bjp.bp.112.123992 5. Gravensteen IK, Ekeberg Ø, Thiblin I, Helweg-Larsen K, Hem E, Rogde S, Tøllefsen IM. Psychoactive substances in natural and unnatural deaths in Norway and Sweden - a study on victims of suicide and accidents compared with natural deaths in psychiatric patients. <i>BMC Psychiatry</i>. 2019 Jan 18;19(1):33. doi: 10.1186/s12888-019-2015-9. PMID: 30658618; PMCID: PMC6339417. 6. Prestmo A, Høyen K, Vaaler AE, Torgersen T, Drange OK. Mortality Among Patients Discharged From an Acute Psychiatric Department: A 5-Year Prospective Study. <i>Front Psychiatry</i>. 2020 Aug 18;11:816. doi: 10.3389/fpsy.2020.00816. PMID: 33013492; PMCID: PMC7461827. 7. Opptrappingsplanen for psykisk helse 2023- 2033 - Meld. St. 23 (2022–2023) 8. Meld. St. 5 (2024–2025) - regjeringen.no 9. Selvmordsforebygging i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Helsedirektoratet