Levealder blant mennesker med alvorlige psykiske lidelser eller rusmiddelproblem

23.03.26

Indikator for Resultatmål 7

i Opptrappingsplanen for psykisk helse 2023-2033

Gabriela Hjell

Anne Reneflot

Martin Tesli

i samarbeid med Helsedirektoratet

Solfrid Elisabeth Lilleeng, Marit Sitter, Vegard Testad Svendsen, Lars Rønningen

FHI

Folkehelseinstituttet, 2026

Innhold

Bakgrunn 3
Metode 4
Valg av metode 4
Metoden bak Indikator for resultatmål 7 5
Resultater 6
Baseline verdier for Indikator for resultatmål 7 6
Utvikling i forventet levealder fra 2012 frem til baseline 8
Diskusjon 8
Konklusjon 9
Referanser 10

Bakgrunn

Opptrappingsplanen for psykisk helse 2023-2033 har som mål at «flere skal oppleve god psykisk helse og livskvalitet, og at de som har behov for psykisk helsehjelp skal få god og lett tilgjengelig hjelp» (1). For å kunne følge utviklingen opp mot dette målet, er det definert åtte resultatmål. Resultatmål 7 setter som målsetting at «mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblem har økt levealder, og forskjellen i levealder mellom denne pasientgruppen og den øvrige befolkningen er redusert» (1).

Mange med alvorlige psykiske lidelser har god livskvalitet, samtidig kan det å ha en alvorlig psykisk lidelse føre til blant annet betydelige subjektive plager, sykefravær, uførhet, fysiske sykdommer og redusert forventet levealder (1, 2). Internasjonale tall tyder på betydelig overdødelighet og tapte leveår hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddellidelser (3-5). Kunnskapen om dødelighetsgapet hos mennesker med psykiske lidelser har de siste tiårene hovedsakelig vært basert på landsdekkende registerkoblinger fra andre nordiske land. I en studie publisert i 2011 som undersøkte pasientpopulasjonen fra døgnavdelinger i Sverige, Danmark og Finland ble det estimert at mennesker med psykiske lidelser har 15-20 år kortere forventet levealder enn den generelle befolkningen (6). I en senere studie fra 2019 basert på en dansk landsdekkende registerkobling fant forskerne at tapte leveår var omtrent 5-15 år (7), dvs. noe lavere sammenlignet med det man fant i den førstnevnte studien. Denne nedjusteringen i estimerte tapte leveår kan ha flere årsaker. Forskjellen kan skyldes 1) en reell nedgang, siden observasjonsperioden i den første studien var 1987-2006 og i den andre 1995-2015; 2) metodologiske fremskritt som tar hensyn til debutalder for den psykiske lidelsen; og 3) at man har i den sistnevnte studien inkludert både inneliggende og polikliniske pasienter. En studie basert på norske data for observasjonsperioden 2009-2015 viste, i likhet med ovennevnte studier, en betydelig overdødelighet hos mennesker med schizofreni og rusmiddellidelser (8). En dansk registerstudie fra 2020 undersøkte om tapte leveår blant mennesker med psykisk lidelse har gått ned over tid (9). I denne studien har forskerne undersøkt pasientpopulasjon i spesialisthelsetjenesten og fulgte utvikling i tapte leveår i perioden 1995-2015. For de mest alvorlige tilstandene schizofreni og rusmiddellidelser fant de ingen endring i tapte leveår i denne perioden. En nylig publisert dansk registerstudie som studerte utvikling av overdødeligheten i perioden 2010-2023 viste heller ingen endring for mennesker med schizofreni og rusmiddellidelser (10). En viktig begrensning er mangelen på norske estimater. Dette skyldes i stor grad at de norske pasientregistrene ble etablert senere enn tilsvarende registre i våre nordiske naboland. Det understreker behovet for å beregne tilsvarende estimater for den norske befolkning. Slike beregninger er nødvendige for å forbedre kunnskapen om dødelighetsgapet, for å kunne sammenligne med de øvrige nordiske landene, og for å muliggjøre oppfølging av tiltak rettet mot å heve levealderen hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer i Norge.

For å sikre lav rapporteringsbyrde skal resultatmåloppfølgingen av opptrappingsplanen så langt som mulig benytte allerede etablerte indikatorer og eksisterende datakilder. Indikatoren for resultatmål 7 er utviklet med utgangspunkt i eksisterende datakilder og skal belyse måloppnåelse for dette resultatmålet i opptrappingsplanen. I dette notatet presenterer vi baselineverdier for indikatoren, beskriver utviklingen i perioden frem mot baseline og setter indikatoren i sammenheng med andre relaterte indikatorer.

Metode

Valg av metode

Det finnes flere måter å belyse overdødelighet på i en populasjon. De mest brukte metodene er Standardisert mortalitetsrate (SMR), overlevelsesanalyser som f.eks. Cox-regresjon og en gruppe metoder som beregner tapte leveår.

SMR angir antall døde i en gitt populasjon justert for alder og kjønn per 100.000 innbyggere for en gitt tidsperiode. For å vurdere om denne raten er høyere i målgruppen sammenliknet med den generelle befolkningen, deler man SMR i målgruppen på SMR i hele befolkningen. Tallet man da får er en SMR-ratio, som er lik 1 hvis SMR er like stor i begge grupper. Ved overdødelighet hos målgruppen, blir tallet over 1. Både denne metoden og overlevelsesanalyser brukes ofte i epidemiologi, men resultatene er mindre intuitive å forstå siden metodene ikke beregner forskjeller i levealder, dvs. antall tapte leveår per individ.

For de fleste er det enklere å forholde seg til estimert forventet levealder og antall tapte leveår. Dette beregnes ved at man estimerer levealder i målgruppen og forventet levealder i den generelle befolkning og trekker det første tallet fra det andre. Det finnes forskjellige varianter av slike beregninger. Years of life lost metode måler tapte leveår på gruppenivå ved å sammenligne registrert levealder i målgruppen med forventet levealder i en referansebefolkning. Denne metoden brukes ofte i Global Burden of Disease studier og folkehelseanalyser. En annen metode, i dette notatet kalt Tapte leveår, baserer seg på en statistisk modell av et helt livsløp for en gruppe mennesker og måler forskjeller i forventet levealder for et gjennomsnittsindivid i målgruppen sammenlignet med et gjennomsnittsindivid i den generelle befolkningen. I de danske studiene som er omtalt innledningsvis i dette notatet er det utviklet en metode for beregning av tapte leveår som kalles Life-years lost (LYL). Denne metoden representerer forskningsfronten, og tar høyde for både alderssammensetning i målgruppen og konkurrerende risiko mellom forskjellige dødsårsaker. LYL-metoden er innovativ og avansert, og stiller dermed høyere krav til kompetanse hos analytikere når det gjelder anvendelse av metoden på tilgjengelige datakilder. I Tabell 1 viser vi et utvalg av forskjellige metoder med de viktigste fordelene og ulempene.

Metode	Forleder	Ulemper
Standardisert mortalitetsrate	Den mest kjente og brukte metoden	Beregner ikke tapte leveår
Overlevelsesanalyser (Cox)	Tar hensyn til tidsaspektet, kjent metode	Beregner ikke tapte leveår
Years of life lost (GBD)	Validert og velkjent	Tapte leveår beregnes ikke per individ
Life-years lost	Nøyaktig, i forskningsfronten	Komplisert å gjennomføre, sjeldent brukt
Tapte leveår	Beregner tapte leveår per individ, lett å forstå	Vanskelig å bryte ned på dødsårsaker

Tabell 1. Fordeler og ulemper med forskjellige metoder for utregning av overdødelighet. GBD – Global burden of disease. Kilde: Tesli et al., Tapte leveår og psykiske lidelser, Folkehelseinstituttet [30/01/2025], Område Folkehelse og forebygging.

Valget av metode for indikator for resultatmål 7 ble gjort med utgangspunkt i et ønske om en metodologisk solid tilnærming som gir en intuitiv forståelse av estimatene og besvarer målsettingen for resultatmål 7 om at målgruppen «har økt levealder, og forskjellen i levealder mellom denne pasientgruppen og den øvrige befolkningen er redusert» (1). Indikatoren baserer seg derfor på LYL-metoden.

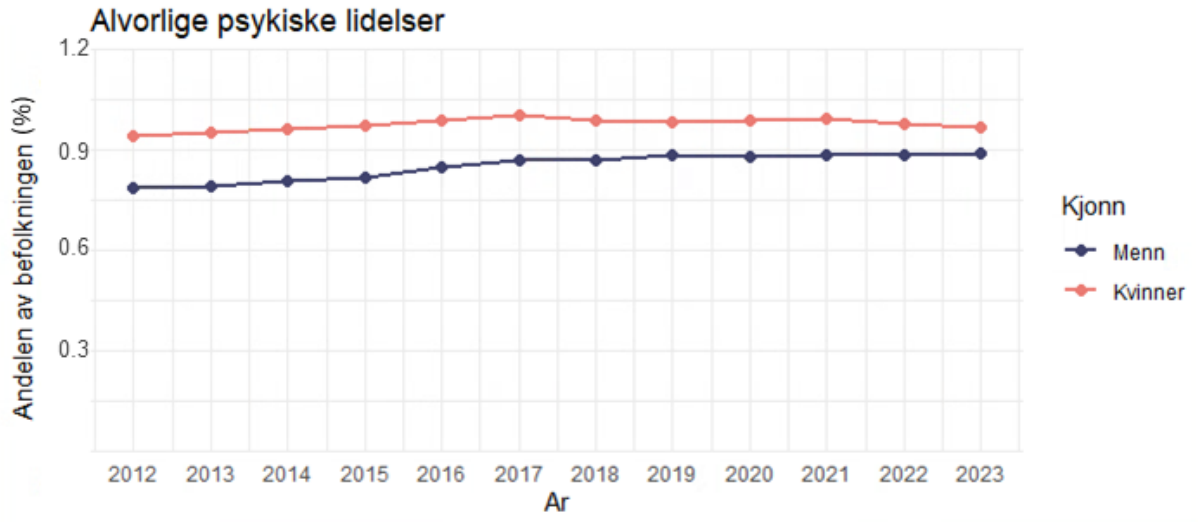
Metoden bak Indikator for resultatmål 7

Indikator for resultatmål 7 viser forventet levealder hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser eller rusmiddelproblem/rusmiddellidelse. Estimater for forventet levealder slik det kommer frem i indikatoren er basert på LYL-metoden som beregner forventet levealder ved 18 år og reflekterer en treårig observasjonsperiode (7, 11). Indikatoren bygger på en landsdekkende registerkobling bestående av Folkeregisteret, Norsk pasientregister (NPR), Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) og Dødsårsaksregisteret (DÅR). Alle individer med norsk personnummer i alderen 18-94 år gjennom observasjonsperioden er inkludert i datagrunnlaget. Forventet levealder er beregnet for individer i kategorien «alvorlige psykiske lidelser» definert som minst én registrering med schizofreni-spektrum lidelse, bipolar lidelse eller alvorlig depressiv lidelse og for individer i kategorien «rusmiddelproblem» definert som minst én registrering innen Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (Tabell 2). Andelen av befolkningen i kontakt med helsetjenesten på grunn av alvorlige psykiske lidelser og andelen i kontakt med tverrfaglig spesialisert rusbehandling er visualisert i Figur 1 og Figur 2.

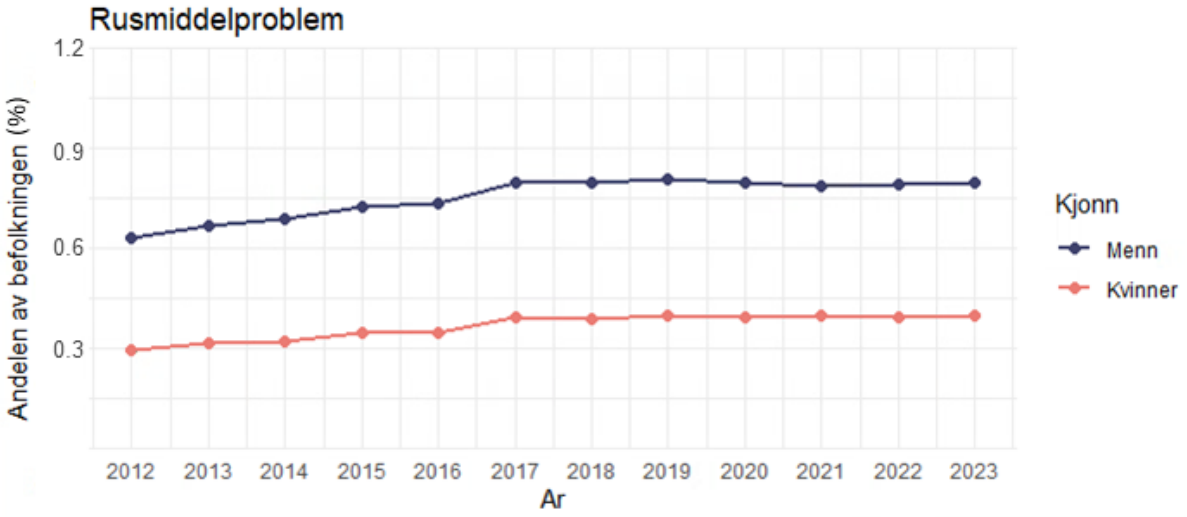
Diagnostisk kategori	Diagnosekode	Tjenestenivå
Alvorlig psykisk lidelse		
Schizofreni-spektrum lidelse	F20, F25 og P72	Døgnbehandling, poliklinikk og primær helsetjenesten
Bipolar lidelse	F30, F31 og P73	Døgnbehandling, poliklinikk og primær helsetjenesten
Depressiv lidelse	F32 og F33	Døgnbehandling
Rusmiddelproblem		
Samtlige diagnoser	Samtlige diagnosekoder	Døgnbehandling og poliklinikk i TSB sektor

Tabell 2. Definisjonen av rusmiddelproblem og alvorlig psykisk lidelse brukt i dette notatet, inkludert tjenestenivå, diagnostiske kategorier og tilhørende ICD-10/ICPC-2 koder. TSB - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Estimater for forventet levealder med 95% konfidensintervaller basert på bootstrap iterasjoner ble beregnet for baseline (observasjonsperiode 2021-2023) fordelt på kjønn og geografisk bo-region. I tillegg ble utvikling i forventet levealder frem til baseline beregnet for periodene 2012-2014, 2015-2017 og 2018-2020. Bo-region er brukt som et proxy-mål for Regionalt helseforetak, i dette notatet definert som siste registrerte bostedskommune geografisk tilhørende aktuelt helseforetak.



Figur 1. Andelen av befolkningen (18-95 år) i kontakt med helsetjenesten på grunn av alvorlige psykiske lidelser, datagrunnlaget for indikatoren for kvinner og menn med alvorlige psykiske lidelser i perioden 2012-2023.



Figur 2. Andelen av befolkningen (18-95 år) i kontakt med tverrfaglig spesialisert rusbehandling, datagrunnlaget for indikatoren for kvinner og menn med rusmiddelproblem i perioden 2012-2023.

Resultater

Baseline verdier for Indikator for resultatmål 7

Ved beregning av forventet levealder finner vi at risikoen for tidlig død er høyere både hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser og hos mennesker med rusmiddelproblemer enn i den generelle befolkningen (Tabell 3).

Indikator	År for baseline/ referanseår	Datagrunnlag	Verdi på indikator baseline år (95% konfidensintervall)
Forventet levealder for menn med alvorlig psykisk lidelse	2023	FHI	68,53 (67,93 – 68,83)
Forventet levealder for kvinner med alvorlig psykisk lidelse	2023	FHI	74,69 (74,41 – 75,19)
Forventet levealder for menn med rusmiddelproblem	2023	FHI	66,98 (66,69 – 68,65)
Forventet levealder for kvinner med rusmiddelproblem	2023	FHI	72,86 (72,09 – 76,70)
Forventet levealder for menn i den generelle befolkning	2023	FHI	81,47 (81,41 – 81,54)
Forventet levealder for kvinner i den generelle befolkning	2023	FHI	84,38 (84,31 – 84,41)

Tabell 3. Nasjonale baseline verdier for Indikator for resultatmål 7, inkludert forventet levealder for kvinner og menn med alvorlig psykisk lidelse, kvinner og menn med rusmiddelproblem og kvinner og menn i den generelle befolkningen.

For alle bo-regioner ligger forventet levealder hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser omtrent på 68,5 år for menn og omtrent 74,5 år for kvinner ved baseline. For mennesker med rusmiddelproblem er tilsvarende tall omtrent 67 år for menn og omtrent 73 år for kvinner (Tabell 4).

	Sørøst, baseline indikator (95% konfidensint.)	Vest, baseline indikator (95% konfidensint.)	Midt, baseline indikator (95% konfidensint.)	Nord, baseline indikator (95% konfidensint.)
Menn med alvorlig psykisk lidelse	68,50 (67,87 – 69,28)	68,70 (67,41 – 70,44)	69,51 (67,54 – 70,82)	67,04 (66,20 – 69,54)
Kvinner med alvorlig psykisk lidelse	74,54 (74,35 – 75,17)	75,22 (74,47 – 76,10)	74,44 (71,52 – 76,56)	74,76 (73,03 – 76,24)
Menn med rusmiddelproblem	67,52 (66,42 – 69,78)	66,21 (64,89 – 67,27)	69,43 (65,10 – 71,49)	65,64 (61,55 – 67,08)
Kvinner med rusmiddelproblem	74,07 (72,32 – 76,79)	73,36 (70,38 – 79,13)	75,85 (70,01 – 80,00)	67,7 (63,92 – 73,17)
Menn i den generelle befolkning	81,42 (81,33 – 81,51)	81,66 (81,58 – 81,77)	81,94 (81,79 – 81,95)	80,74 (80,55 – 80,83)
Kvinner i den generelle befolkning	84,25 (84,14 – 84,34)	84,82 (84,67 – 84,92)	84,59 (84,37 – 84,66)	83,97 (83,68 – 84,18)

Tabell 4. Regionale baseline verdier for Indikator for resultatmål 7, inkludert forventet levealder for kvinner og menn med alvorlig psykisk lidelse, kvinner og menn med rusmiddelproblem og kvinner og menn i den generelle befolkningen.

På grunn av inndeling i grupper bestående av færre individer har regionale estimater bredere konfidensintervaller. Disse bredere konfidensintervaller reflekterer større usikkerhet knyttet til estimatene. Eneste geografiske forskjeller i forventet levealder som kan fastslås er velkjente forskjeller i den generelle befolkningen, med lavest forventet levealder i Nord-Norge og høyest i Vest-Norge (12).

Utvikling i forventet levealder fra 2012 frem til baseline

Indikator for resultatmål 7 viser stabile forskjeller mellom estimert levealder for målgruppene (mennesker med alvorlig psykisk lidelse, mennesker med rusmiddelproblem) og den generelle befolkningen i perioden 2012-2023. Se Tabell 5 for forventet levealder for hver av observasjonsperiodene 2012-2014, 2015-2017, 2018-2020 og 2021-2023.

Observasjonsperiode	Forventet levealder for menn (95% konfidensintervall)	Forventet levealder for kvinner (95% konfidensintervall)
Alvorlige psykiske lidelser		
2012-2014	67,08 (66,62 – 67,60)	73,73 (72,96 – 74,41)
2015-2017	68,64 (68,02 – 69,09)	74,69 (74,44 – 75,22)
2018-2020	69,44 (68,65 – 69,79)	75,53 (74,69 – 76,19)
2021-2023	68,53 (67,93 – 68,83)	74,69 (74,41 – 75,19)
Rusmiddelproblem		
2012-2014	67,02 (65,63 – 68,59)	71,64 (70,37 – 77,10)
2015-2017	68,21 (67,86 – 70,23)	75,25 (74,62 – 79,53)
2018-2020	67,50 (65,20 – 68,09)	75,39 (73,30 – 76,94)
2021-2023	66,98 (66,69 – 68,65)	72,86 (72,09 – 76,70)
Den generelle befolkning		
2012-2014	79,89 (79,82 – 79,98)	83,63 (83,56 – 83,66)
2015-2017	80,81 (80,75 – 80,85)	84,04 (83,97 – 84,10)
2018-2020	81,34 (81,25 – 81,42)	84,43 (84,37 – 84,50)
2021-2023	81,47 (81,41 – 81,54)	84,38 (84,31 – 84,41)

Tabell 5. Forventet levealder blant kvinner og menn med alvorlig psykisk lidelse, med rusmiddelproblem og i den generelle befolkningen for hver av observasjonsperiodene 2012-2014, 2015-2017, 2018-2020 og 2021-2023.

Diskusjon

Det er flere faktorer som kan påvirke estimater for forventet levealder, og dette er viktig å ta med i betraktning når man tolker endringer i tapte leveår over tid. Blant annet kan sammensetning av målgruppene spille en rolle (andelen av befolkningen som får behandling, inklusjonen av pasientgrupper med mildere psykiske plager og dermed muligens med færre risikofaktorer for tidlig død). Videre kan valg av statistisk metode ha vesentlig betydning. Dette understreker viktigheten av å benytte en klart definert metode gjennom hele oppfølgingsperioden, slik det er gjort i dette notatet ved beregning av estimater frem til baseline.

Usikkerhet i estimatene, ofte uttrykt som konfidensintervall, er like viktig informasjon som selve estimatene. Når analysene baserer på et lavt antall individer, kan estimatene bli mer usikre og preget

av større tilfeldige variasjoner. For å redusere slike variasjoner er estimatene for indikator for resultatmål 7 basert på en treårig observasjonsperiode.

I forarbeidet til resultatmålet om tapte leveår (13) ble metoden kalt Tapte leveår benyttet (Tabell 1) med femårig observasjonsvindu for klassifisering av psykiske lidelser og målpopulasjon bestående av personer med alvorlig lidelse i kontakt med spesialisthelsetjenesten. Med utgangspunkt i senere metodeutvikling er indikator for resultatmål 7 i stedet basert på den mer robuste LYLs-metoden, et treårig observasjonsvindu og en målpopulasjon som også inkluderer personer med schizofreni-spektrum og bipolar lidelse behandlet i primærhelsetjenesten.

Overdødelighet hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblem er også tema for arbeidet med de nasjonale kvalitetsindikatorene (NKI) for overdødelighet hos personer med alvorlige psykiske lidelser i aldersgruppen 15 til 50 år (14) og for personer i aldersgruppen 15 til 50 år i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (15). Indikatoren for resultatmål 7 og disse NKI'ene har et overlappende fokus, men også komplementære egenskaper. Aldersavgrensningen i NKI'ene (15-50 år) vil sannsynligvis medføre høyere sensitivitet for å fange opp overdødeligheten knyttet til ulykker, overdoser og selvmord som forekommer oftere i yngre aldersgrupper. Samtidig innebærer avgrensingen at NKI'ene ikke kan ikke si noe om risikoen for tidlig død som skjer etter fylte 50 år, en aldersgruppe der overdødelighet i større grad skyldes fysiske sykdommer.

Konklusjon

Sammenligning av estimert levealder mellom mennesker med alvorlig psykisk lidelse og den generelle befolkningen viser en vedvarende betydelig forskjell på omtrent 13 år for menn og omtrent 10 år for kvinner. Sammenligning av estimatene mellom mennesker med rusmiddelproblem og den generelle befolkningen viser en lignende vedvarende forskjell på omtrent 14 år for menn og omtrent 11 år for kvinner. Disse estimatene er i samme størrelsesorden som nordiske og internasjonale estimater (4, 6, 9).

Jevnlig oppdatering av indikator for resultatmål 7 danner et godt grunnlag for evaluering av helsetilstanden blant mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblem. Den stabile utviklingen av forventet levealder i målgruppen i perioden 2012 frem til baseline og estimater som av metodologiske hensyn reflekterer en treårig observasjonsperiode taler for at rapportering annen hvert år er en velegnet oppdateringsfrekvens. Vi skisserer derfor følgende fremtidige oppdateringer av indikatoren:

Rapportering i 2027 (observasjonsperiode 2023-2025)
Rapportering i 2029 (observasjonsperiode 2025-2027)
Rapportering i 2031 (observasjonsperiode 2027-2029)
Rapportering i 2033 (observasjonsperiode 2029-2031)
Avsluttende rapport (observasjonsperiode 2031-2033 og oppsummering)

Den stabile forskjellen i levealderen mellom målgruppen og den generelle befolkningen gjennom hele perioden fra 2012 frem til baseline antyder også at en rask endring kan være krevende å oppnå og en oppfølging av levealder-forskjeller utover oppfølgingsplanens tidsramme kan være hensiktsmessig for å mer helhetlig fange opp effekten av tiltak. Videre vil indikator for resultatmål 7 kunne understøtte behovet for ny kunnskap om årsaksmekanismer og utvikling og evaluering av målrettede tiltak for å redusere dødelighetsgapet.

Referanser

1. Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033). Oslo, Norge: Helse- og omsorgsdepartementet; 2023.
2. Tesli M, Johansen R, Hauge LR, Reneflot A. Tapte leveår og psykiske lidelser. Oslo, Norge: Folkehelseinstituttet; 2025.
3. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. World Psychiatry. 2014;13(2):153-60.
4. Hjorthøj C, Stürup AE, McGrath JJ, Nordentoft M. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. Lancet Psychiatry. 2017;4(4):295-301.
5. Chan JKN, Correll CU, Wong CSM, Chu RST, Fung VSC, Wong GHS, et al. Life expectancy and years of potential life lost in people with mental disorders: a systematic review and meta-analysis. EClinicalMedicine. 2023;65:102294.
6. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. Br J Psychiatry. 2011;199(6):453-8.
7. Plana-Ripoll O, Pedersen CB, Agerbo E, Holtz Y, Erlangsen A, Canudas-Romo V, et al. A comprehensive analysis of mortality-related health metrics associated with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study. Lancet. 2019;394(10211):1827-35.
8. Heiberg IH, Jacobsen BK, Nesvåg R, Bramness JG, Reichborn-Kjennerud T, Næss Ø, et al. Total and cause-specific standardized mortality ratios in patients with schizophrenia and/or substance use disorder. PLoS One. 2018;13(8):e0202028.
9. Plana-Ripoll O, Weye N, Momen NC, Christensen MK, Iburg KM, Laursen TM, et al. Changes Over Time in the Differential Mortality Gap in Individuals With Mental Disorders. JAMA Psychiatry. 2020;77(6):648-50.
10. Plana-Ripoll O, Nordentoft M, Lousdal ML, Tarp MEK, Momen NC. Time Trends in the Mortality Gap for Individuals With Mental Disorders in Denmark: A Population-Based Cohort Study Over 2010-2023. Acta Psychiatr Scand. 2025.
11. Plana-Ripoll O, Canudas-Romo V, Weye N, Laursen TM, McGrath JJ, Andersen PK. lillies: An R package for the estimation of excess Life Years Lost among patients with a given disease or condition. PLoS One. 2020;15(3):e0228073.
12. Bævre K. Forventet levealder i Norge, Folkehelserapporten - Helsetilstanden i Norge. Oslo, Norge: Folkehelseinstituttet; [Available from: https://www.fhi.no/he/fr/folkehelserapporten/samfunn/levealder/#forskjeller-mellom-kommuner-bydeler-og-fylker.
13. Tesli M, Johansen R, Hauge LR, Reneflot A. Vurdering av tapte leveår som resultatmål i Opptrappingsplanen for psykisk helse Oslo, Norge: Folkehelseinstituttet; 2025.
14. Nasjonal kvalitetsindikator for overdødlighet hos personer med alvorlige psykiske lidelser i aldersgruppen 15 til 50 år [Available from: https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/psykisk-helse-for-voksne/overdodelighet-hos-personer-med-alvorlige-psykiske-lidelser.
15. Nasjonal kvalitetsindikator for overdødlighet for personer i aldersgruppen 15 til 50 år i tverrfaglig spesialisert rusbehandling [Available from: https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/rusbehandling/overdodelighet-hos-personer-i-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling.