

RAPPORT

2025

Utredning av hvordan mørketall ved selvmord kan reduseres

Rapport

Utrekning av hvordan mørketall ved selvmord kan reduseres

Utgitt av Folkehelseinstituttet

Område for Helsedata og digitalisering

April 2025

Tittel:

Utredning av hvordan mørketall ved selvmord kan reduseres

Forfattere i alfabetisk rekkefølge:Ingvild Eide Graff (leder)¹Christian Lycke Ellingsen^{2,3}Ida Kathrine Gravensteen⁴Ingrid Hjulstad Johansen⁵Kari Kirkhorn⁶Hågen Vatshelle Lexander^{7,8}Martin Ø Myhre⁹Knut Einar Nandrup⁶Ingrid Haavik Nystad¹Kim Stene-Larsen¹Marianne Sørli Strøm¹¹Folkehelseinstituttet²Norsk rettsmedisinsk forening³Stavanger universitetssykehus⁴Avdeling for rettsmedisinske fag, Oslo universitetssykehus⁵Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre⁶Oslo politidistrikt⁷Den norske legeförening⁸Askøy kommune⁹Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, Universitetet i Oslo**Oppdragsgiver:**

Helse- og omsorgsdepartementet

Prosjektnummer:

FK20 i Tildelingsbrevet til FHI 2024

Publikasjonstype:

Rapport

Bestilling:Rapporten kan lastes ned som pdf på Folkehelseinstituttets nettsider: www.fhi.no**ISBN elektronisk utgave:**

978-82-8406-497-0

Emneord: Selvmord, mørketall, forebygging, tiltak, eldre, overdose, dødsårsaksregisteret, obduksjoner

Forord

Folkehelseinstituttet (FHI) ble i Tildelingsbrevet 2024 bedt om å lede arbeidet i en ekspertgruppe som skulle utrede hvordan mørketall ved selvmord kan reduseres. FHI henvendte seg til relevante institusjoner for å be dem oppnevne eksperter til gruppen. Følgende virksomheter mottok invitasjon: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Den norske legeforening, Oslo universitetssykehus (Seksjon for rettspatologi og klinisk rettsmedisin), Norsk Rettsmedisinsk Forening, Politidirektoratet, Riksadvokaten, Helsedirektoratet og Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging. Helsedirektoratet valgte å ikke oppnevne noen, og Riksadvokaten trakk seg ut av arbeidet fordi utjevning av antall obduksjoner ble flyttet over til en annen ekspertgruppe i regi av Justisdepartementet. Ekspertgruppen har samlet sett god kjennskap til hele forløpet fra et dødsfall blir gjort kjent for lokal myndighet og helt frem til innrapportering av endelige opplysninger om dødsfallet i Dødsårsaksregisteret. Dette dekker kunnskap om oppgavene til allmennleger, vakthavende leger i kommunene, leger i sykehus, patologer, rettsmedisinere, psykologer, forskere, politi og Dødsårsaksregisteret.

Takk til professor Jason Payne-James ved Norfolk & Norwich University Hospital for gjennomgang av medical examiner og coroner ordning i England, og til avdelingsdirektør i FHI Anne Gro Pedersen og forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NORCE) Anita Hunsager for innspill underveis i arbeidet.

Bergen, april 2025

Ingvild Eide Graff

Fagdirektør, Folkehelseinstituttet

Innhold

Forord	3
Innhold	4
Hovedbudskap	5
Key messages	7
1 Innledning	9
1.1 Mandat for arbeidet	9
1.2 Problemstilling og avgrensning	10
1.3 Del A Vurdering av dagens ordning	12
1.4 Del B Vurdering av en coroner- eller medical examiner-ordning i Norge	27
2 Metode	31
3 Forslag til tiltak og vurdering av disse	32
3.1 Vurdering av foreslåtte tiltak	32
3.2 Del A Vurdering av tiltak for å bedre dagens ordning	32
3.3 Del B Vurdering av innføring av en eventuell coroner eller medical examiner ordning i Norge	46
4 Diskusjon	48
4.1 De ti viktigste tiltakene i prioritert rekkefølge med det viktigste tiltaket øverst	48
4.2 Tiltak ekspertgruppen også anbefaler, i kronologisk rekkefølge:	50
4.3 Tiltak ekspertgruppen ikke anbefaler å prioritere, i kronologisk rekkefølge:	51
4.4 Utredning av coroner eller medical examiner ordning	53
5 Konklusjon	54
Referanser	55

Hovedbudskap

Ekspertgruppen har evaluert dagens praksis for hvordan informasjon om dødsårsak og døds måte blir formidlet til Dødsårsaksregisteret (DÅR) etter en persons død. Dette inkluderer opplysninger fra døds meldingen, dialog med lege, og fra obduksjonsrapport når det er aktuelt. Målet for ekspertgruppen har vært å identifisere og vurdere tiltak som kan bedre forekomsttallene for selvmord. Gruppens mandat har vært å foreslå endringer i dagens system slik at kvaliteten på informasjon om selvmord bedres, og at graden av mørketallene når det gjelder antall selvmord i Norge, kan reduseres. Dette er en del av arbeidet med å forebygge selvmord og er i tråd med regjeringens handlingsplan for 2020-2025.

Overgangen fra døds melding på papir til digital døds melding startet i 2018, og fra 01.01.2022 ble det obligatorisk for leger å melde inn dødsfall elektronisk. I løpet av 2022 kom 98 % av døds meldingene digitalt inn til DÅR. Dette ga raskere tilgang til opplysninger om dødsårsak, bedre lesbarhet og tryggere lagring av data. Det virker som om dette systemet fungerer godt, og det rapporteres ikke om tekniske vanskeligheter fra leger som benytter systemene. Døds meldingen sendes automatisk til relevante myndigheter. Det er likevel en utfordring at det for de fleste leger går lang tid mellom hver gang de fyller ut en døds melding, og at de svært sjeldent er i befatning med selvmord. Ved dødsfall utenfor institusjon har legen ofte lite informasjon tilgjengelig i vurderingen av dødsårsak og døds måte. Det er derfor en risiko for at dødsfallet kodes feil.

Hvert år publiseres statistikk over dødsårsaker, inkludert selvmord, fra året før. Det er flere feilkilder ved innmelding av et dødsfall som kan påvirke forekomsttallene av selvmord. Døds meldinger kan være dårlig eller mangelfullt utfylt, slik at det ikke kommer frem at det er et selvmord. Legen kan oppgi en feil, men plausibel dødsårsak på døds meldingen, eller det kan være oppgitt korrekt skadediagnose, men feil døds måte. Noen ganger benyttes koder for dødsårsak og døds måte som gir lite informasjon om den underliggende dødsårsaken. I Norge er omtrent 29 % av dødsfallene kodet med en slik lite informativ kode (såkalt skrotkode), og det er sannsynlig at en del av mørketallene for selvmord befinner seg blant disse skrotkodene. Ekspertgruppen har derfor foreslått tiltak som gruppen mener vil bedre kvaliteten på kodene for dødsårsak og døds måte i Norge, og dermed bidra til å ta ned mørketallene ved selvmord.

Ekspertgruppens ti foreslåtte tiltak for å ta ned mørketallene ved selvmord er:

- Automatisk involvering av fastlege når en døds melding er sendt inn til DÅR
- Elektronisk kommunikasjon mellom DÅR og fastlegen når DÅR skal innhente tilleggsopplysninger
- Inkludering av unaturlige dødsfall og rusrelaterte dødsfall i en lignende prosess som for dødsfall i veitrafikken (2020)
- Betydelig økning i kapasitet og kompetanse i de rettspatologiske fagmiljøene
- Gjennomføring av et forsknings- og utviklingsprosjekt for å undersøke andelen selvmord blant eldre
- Forbedring av det digitale skjemaet for døds meldingen
- Honorering for arbeid med døds melding, innhenting av tilleggsopplysninger, og rekvirering av obduksjon (HELFO sats)
- Arrangering av årlige møter mellom rettsmedisinere, andre leger og kodere i DÅR
- Påminnelse til rettspatologiavdelingene om å sette rettsmedisinsk kommisjon og DÅR som kopimottakere når de oppretter sak
- Revurdering av finansieringsordningen for obduksjoner

Ekspertgruppen har også anbefalt ytterligere syv tiltak, og har vurdert ni tiltak som er omtalt, men som gruppen ikke anbefaler. Ekspertgruppen anbefaler ikke at det igangsettes en utredning av coroner eller medical examiner ordning etter modell fra England i denne omgang.

Ekspertgruppen oppfordrer til at tiltakene iverksettes noenlunde samlet dersom det er mulig. Det vil lette evalueringen av om tiltakene samlet sett har virket.

Key messages

The Norwegian Institute of Public Health (NIPH) was asked by the Ministry of Health and Care Services in 2024 to lead the work of an expert group tasked with assessing how underreporting of suicides can be reduced. NIPH reached out to relevant institutions, requesting them to appoint experts with knowledge of the entire process—from the moment a death is reported to local authorities until the final information about the death is registered in the Cause of Death Registry.

The expert group has evaluated current practices for how information about cause and manner of death is conveyed to the Cause of Death Registry (DÅR) following a person's death. This includes information from the death certificate, communication with the physician, and autopsy reports when relevant.

The group's objective has been to identify and assess measures that can improve the accuracy and reduce possible underreporting of suicide statistics. The mandate has been to propose changes to the current system in order to enhance the quality of information regarding suicides, and to reduce the extent of underreporting of suicides in Norway. This work is part of the national suicide prevention efforts and aligns with the government's action plan for 2020–2025.

The transition from paper-based to digital death reporting began in 2018, and as of January 1, 2022, it became mandatory for physicians to report deaths electronically. By the end of 2022, 98% of death notifications were submitted digitally to the Cause of Death Registry. This has enabled faster access to information about causes of death, improved legibility, and more secure data storage. The system appears to function well, with no reported technical issues from physicians using the system. Death notifications are automatically sent to relevant authorities. However, most physicians only rarely fill out a death certificate and are seldom involved in cases of suicide. In deaths occurring outside of institutions, physicians often have limited information available when assessing the cause and manner of death, which increases the risk of misclassification.

Each year, statistics on causes of death, including suicides, are published for the previous year. Several sources of error in death reporting can impact suicide prevalence figures. Death notifications may be poorly or incompletely filled out, failing to indicate that the death was a suicide. A physician may provide an incorrect but plausible cause of death or may list the correct injury diagnosis but an incorrect manner of death. Sometimes, codes for cause and manner of death are used that provide little information about the underlying cause. In Norway, approximately 29% of deaths are coded with such low-information codes (known as "garbage codes"), and it is likely that some of the underreported suicides are found within this category. The expert group has proposed measures that may improve the quality of coding for cause and manner of death in Norway, and which may reduce the underreporting of suicides.

The expert group's ten proposed key measures to reduce underreporting of suicides are:

- Automatic information to the general practitioner the patient is enlisted with, when a death notification is submitted to DÅR
- Electronic communication between DÅR and the general practitioner when DÅR needs to obtain additional information
- Inclusion of unnatural deaths and substance-related deaths in a process similar to the one applied to traffic-related deaths (2020)
- Significant increase in capacity and expertise within forensic pathology units

- Implementation of a research and development project to examine the proportion of suicides among the elderly
- Improvement of the digital death notification form
- Ensuring that general practitioners receive compensation for work related to death reporting, obtaining additional information, and requesting autopsies (HELFO rates)
- Annual meetings between forensic pathologists, other physicians, and coders at DÅR
- Reminders to forensic pathology departments to include the forensic medical commission and DÅR as copy recipients when opening a case
- Reassessment of the funding scheme for autopsies

The expert group has also recommended seven additional measures and evaluated nine measures that are discussed but not recommended. Currently, the group recommends abstaining from initiating an investigation into adopting a coroner or medical examiner system based on the model used in England at this time.

The expert group encourages to implement the measures more or less collectively if possible. This would facilitate evaluation of whether the measures have had a collective effect.

1 Innledning

1.1 Mandat for arbeidet

Fra Helse- og omsorgsdepartementets mandat til ekspertgruppen: *«I regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025 inngår tiltak for å bedre forekomsttallene for selvmord. Det er mørketall når det gjelder antall selvmord i Norge, og hvor mange som faktisk tar sitt eget liv hvert år, er ikke kjent. Mørketallene antas å være størst utenfor sykehus og i gruppen av dødsfall som skyldes overdoser og hos eldre som dør hjemme. Et mest mulig korrekt tallgrunnlag er en forutsetning for å kunne iverksette effektive forebyggende tiltak. Registrering av dødsårsaker i Dødsårsaksregisteret (DÅR) ved FHI gjøres på bakgrunn av dødsmeldinger utfylt av leger og obduksjonsrapporter. DÅR mottar obduksjons-rapporter fra både sykehus og rettsmedisinske institutter. Det er flere feilkilder ved innmelding og registrering som kan påvirke forekomsttallene av selvmord. Dødsmeldinger kan være dårlig eller mangelfullt utfylt, slik at det ikke kommer frem at det er et selvmord. Legen kan oppgi en feil, men plausibel dødsårsak på dødsmeldingen, eller det kan være oppgitt korrekt skadediagnose (f.eks. forgiftning), men feil dødsårsak (ulykke).»*

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt ekspertgruppen i oppgave å *«foreta en helhetlig gjennomgang av dagens ordning og foreslå tiltak for hvordan denne kan bedres, herunder vurdere om en eventuell coroner- eller medical examiner-ordning kan bidra til å redusere mørketallene for selvmord.»* Ekspertgruppens oppgave er delt i to hoveddeler. Del A dreier seg om hvordan dagens ordning kan bedres, og denne delen har 10 underpunkter. Del B dreier seg om å vurdere hvorvidt en coroner eller medical examiner ordning kan være hensiktsmessig å innføre i Norge.

«A. Vurdere hvordan dagens ordning kan bedres

- 1. Med bakgrunn i en helhetlig gjennomgang av dagens ordning foreslå tiltak for å rette opp de svakheter og utfordringer ekspertgruppen identifiserer i dokumentasjonsforløpet.*
- 2. Gjennomgå og foreslå forbedringer i kommunikasjonen mellom alle berørte aktører knyttet til innhentning og utveksling av opplysninger ved dødsfall hvor det kan stilles spørsmål ved årsak.*
- 3. Gjennomgå og foreslå tiltak slik at legene får med alle relevante opplysninger på dødsmeldingen. Dette kan gjelde både dødsårsak, dødsårsak eller omstendigheter omkring dødsfallet, som kan være avgjørende for å sette riktig dødsårsak og dødsårsak.*
- 4. Vurdere om og evt. hvordan den elektroniske løsningen kan bedres slik at flere leger kan se dødsmeldinger for å bidra til at meldepliktige dødsfall blir meldt til de riktige myndighetene (politi, HTil, MSIS, RELIS etc). Vurdere mulighet for kontroll av om legen følger meldeplikten.*
- 5. Gjennomgå og foreslå tiltak for å sikre at FHI/Dødsårsaksregisteret mottar rett informasjon om innmeldte dødsfall og at informasjonsutvekslingen mellom politi og FHI fører til at FHI får informasjon om utfallet av politietterforskninger.*
- 6. Gjennomgå og fremme forslag som kan redusere variasjonen mellom politidistriktene i hvor stor andel av de meldepliktige dødsfallene, inkludert selvmord, som blir besluttet obdusert.*
- 7. Gjennomgå og foreslå tiltak slik at alle obduksjonsrapporter blir sendt inn til FHI. Det er ingen systematiske kontrollrutiner for dette. Det er estimert at dette kan dreie seg om opptil 5 % av de*

rettsmedisinske obduksjonsrapportene. Ekspertgruppen skal også foreslå tiltak for å sikre at obduksjonsrapportene inneholder nødvendig og rett informasjon.

8. Vurdere muligheten og behovet for å obdusere flere eldre for å få mer kunnskap om dødsfallene, herunder dødsårsak, i denne gruppen.

9. Vurdere muligheten for å utvide plikten til å utføre rettsmedisinsk obduksjon ved mistenkt selvmord og rusrelaterte dødsfall.

10. Eventuelt andre tiltak som kan føre til en reduksjon i usikkerheten knyttet til forekomsttallene

B. Vurdere en coroner- eller medical examiner-ordning i Norge

Ekspertgruppen skal vurdere om en coroner- eller medical examiner-ordning i Norge vil kunne gi bedre kvalitet på dødsårsaksstatistikken. Vurderingen bør inneholde forhold som både taler for og imot en slik ordning, hvordan det er hensiktsmessig at en eventuell ordning i Norge bør organiseres, hvilke dødsfall den bør omfatte, hvilke oppgaver en coroner/medical examiner bør ha, hvor ansvaret for ordningen bør ligge og hvilke ressurser den vil kreve. Hovedfokus bør være på selvmord, men også andre dødsårsaksgrupper kan inkluderes i vurderingen.»

1.2 Problemstilling og avgrensning

1.2.1 Problemstilling

Selv mord er et betydelig folkehelseproblem både i Norge og internasjonalt(1). I Norge ble det registrert at 710 personer tok livet sitt i 2023, 503 menn og 207 kvinner(2). Hengning/kvelning er den vanligste metoden (365) etterfulgt av forgiftninger (103) og skyting (80). Halvparten av alle som tar livet sitt er under 47 år, noe som gir mange tapte leveår. Det har vært betydelige svingninger i selvmordsraten i Norge i løpet av de siste 70 årene, men de siste 20 årene har raten vært relativt stabil. Årsakene til selvmord er sammensatte(3). Både individuelle sårbarhetsfaktorer som temperament og mestringsevne samt sosiale, økonomiske, relasjonelle og kulturelle faktorer spiller en rolle(3). Psykiske lidelser, særlig alvorlig depresjon, bipolar lidelse, psykoselidelser, enkelte personlighetsforstyrrelser samt alkohol og ruslidelsene gir en betydelig økt risiko for selvmord(1). I mange tilfeller vil det også være en konkret hendelse som for eksempel en tapsopplevelse, en krenkelse, en relasjonskonflikt eller debut av en alvorlig somatisk sykdom som utløser den akutte selvmordskrisen(4).

Selv mord er definert som resultatet av en skade individet har påført seg selv der intensjonen har vært å avslutte livet(5;6). Intensjonen bak handlingen er sentral. Å vurdere intensjon bak en handling som har ført til døden kan være utfordrende særlig i de tilfellene der det ikke foreligger avskjedsbrev eller der de selvpåførte skadene ikke gir et entydig bilde av den bakenforliggende intensjonen. Grad av intensjon om å avslutte livet vil også kunne variere fra lav til høy, mellom individer, og innad i samme individ helt frem til dødstidspunktet. Det er laget skalaer for å vurdere grad av intensjon bak selvmordsforsøk. Typisk vurderes faktorer som metodevalg (dødelig versus mindre dødelig metode) og gjennomføringsevne (sikre at man ikke blir oppdaget versus kontakte noen før eller rett etter selvmordsforsøket). Mindre dødelig metode og kontakt indikerer lavere grad av intensjon eller høyere grad av ambivalens(7). Selv om disse skalaene er laget for selvmordsforsøk vil prinsippet for å vurdere grad av intensjon være likt der handlingen resulterer i død.

En gråsone i forhold til intensjon om å ta sitt eget liv er atferd som innebærer betydelig risiko for å miste livet. Risikoatferden er ikke nødvendigvis et direkte selvmordsforsøk, men personen er fullt klar over at man kan miste livet ved denne atferden. Fra litteraturen vet vi at de som dør av andre voldsomme ytre årsaker har flere likhetstrekk med de som mister livet til selvmord enn normalbefolkningen når det kommer til faktorer som psykisk helse og sosiodemografiske forhold(8).

En sentral utfordring når man skal avgjøre om et dødsfall skal klassifiseres som selvmord, er at den som best kunne bidratt med informasjon, er død. Det finnes med andre ord dødsfall der det er tilnærmet umulig å sikkert fastslå intensjonen til handlingen som førte til død. En annen utfordring er at informasjon som finnes, ikke er tilgjengelig. Forskere har funnet indikasjoner på at manglende kjennskap til psykiatrisk historikk fører til en underkoding av selvmord med illegale rusmidler(9). Dette peker på betydningen av at tilstrekkelig informasjonen er tilgjengelig for å kunne avgjøre intensjonen bak et dødsfall. Med andre ord kan mangel på informasjon være en kilde til mørketall.

Hvor man setter grensen for hvilke dødsfall som skal anses som selvmord og hvilke som skal anses som ulykker, vil påvirke selvmordsstatistikken og mørketallene. Hvis intensjonen bak et dødsfall er uklar, finnes det ICD-10 koder som kan benyttes (Y10-Y34 og Y872), men disse benyttes i liten grad i Norge i dag, og de fleste dødsfall med usikker intensjon vil derfor være registrert som ulykker(10). I andre land, som England og Sverige, der ukjent intensjon i større grad benyttes, inkluderes ofte disse sammen med selvmordene siden det sannsynligvis befinner seg flere selvmord i den kategorien(11). I Norge inkluderes ikke dødsfall med usikker intensjon i den offisielle statistikken. Dette gjøres likevel i enkelte fagmiljøer når tallene brukes i forskning med begrunnelsen at disse med stor sannsynlighet inneholder mørketall for selvmord. Hvor mange av dødsfallene med usikker intensjon som er selvmord og hvor mange som egentlig er ulykker, er uvisst og trolig svært vanskelig å finne ut av, om det i det hele tatt er mulig.

Også dødsfall som tilsynelatende ikke skyldes villet egenskade, kan skjule selvmord. Dette gjelder særlig dødsfall hos eldre, ved rusmisbruk og ved flere typer dødsulykker som fallulykker, drukninger, forgiftninger og trafikkdødsfall. I 2023 var det registrert 911 fallulykker, 439 forgiftninger, 69 drukninger og 159 trafikkdødsfall i Norge(2). I alle disse gruppene kan det være skjulte selvmord, men det er usikkert hvor stor andel det er snakk om. I tillegg manglet det i 2023 dødsårsak for 601 dødsfall hos nordmenn. En stor andel av disse er nordmenn som døde i utlandet. I denne gruppen er gjennomsnittsalderen lavere enn for nordmenn som dør i Norge og man må anta at flere av disse dødsfallene var uventet (ikke kjent sykdom). Sannsynligheten for at det er noen selvmord blant disse dødsfallene må derfor antas å være høy. Det er også en del dødsfall som blir registrert med en lite informativ diagnose, slik som "plutselig død", også her kan det være enkelte selvmord. I et globalt perspektiv er kvaliteten på selvmordsstatistikken i Norge ansett som god og sammenlignbar med andre vestlige land(6). Dette betyr dog ikke at kvaliteten er like god for alle kategorier av dødsfall. Som redegjort for tidligere, vil det være kategorier av ulykker der det potensielt kan være store mørketall for selvmord.

I DÅR skilles det mellom underliggende dødsårsak og medvirkende dødsårsaker. Alle dødsfall skal kodes med en underliggende dødsårsak. Dette er den dødsårsaken som startet den rekken av hendelser (sykdommer) som til slutt førte til døden. Med andre ord kan man si at det er den dødsårsaken som har betydd mest for dødsfallet og som sier mest om mulighet for forebygging. For dødsfall som skyldes skade eller forgiftning (ytre årsak), skal den underliggende dødsårsaken være omstendighetene rundt dette, f.eks. fall eller påkjørsel. For selvmord vil dette alltid bli den

underliggende dødsårsaken, og det totale antall selvmord vil derfor alltid vises samlet i offisiell statistikk.

En indikator på kvaliteten på data i DÅR er hvor omfattende bruken av koder som gir lite informasjon om den underliggende dødsårsaken er, såkalte skrotkoder(10). I Norge er omtrent 29 % av alle dødsfall kodet med en slik kode. Skrotkoder er mest brukt ved dødsfall blant eldre og dødsfall utenfor helseinstitusjon. Kodene brukes i mindre grad der det er gjort obduksjon. Forekomsten av skrotkoder i det norske DÅR er på nivå med det man finner i Sverige og Danmark, men høyere enn det man finner i Finland og Storbritannia(10).

1.2.2 Avgrensning

Ekspertgruppen har vurdert det som hensiktsmessig å beskrive dagens ordning knyttet til del A, punkt 1-10 ved å redegjøre for følgende: Hvordan gjøres dette i dag? Hva fungerer godt? Hva fungerer dårlig? Hva bør vi spesifikt se på i det videre arbeidet? Hvilke tiltak kan vi foreslå? Del B er beskrevet i et eget kapittel fordi dette er en ordning som ikke finnes i Norge i dag.

1.3 Del A Vurdering av dagens ordning

1.3.1 Helhetlig gjennomgang av dagens ordning

FHI skriver på sine nettsider at «Alle dødsfall i Norge og hos nordmenn døde i utlandet blir registrert i Dødsårsaksregisteret (12). Formålet er å overvåke dødsårsaker i befolkningen, samt gi grunnlag for forskning og planlegging av helsetjenester.» Det er Dødsårsaksregisteret (DÅR) som mottar melding om dødsårsak for alle dødsfall og som koder dem slik at de kan brukes til disse formålene og til offisiell statistikk over dødsårsaker i Norge. Det er derfor viktig at opplysningene som når frem til DÅR er korrekte og fullstendige. I denne rapporten begrenser vi oss til dødsfall ved selvmord, men behovet for korrekt og fullstendig informasjon er selvsagt også gyldig for registrering av andre dødsfall.

Dødsfall deles inn i følgende kategorier:

- *Naturlige dødsfall* er en betegnelse på dødsfall som ikke er forårsaket av ulykker, selvmord eller drap. Disse dødsfallene berører vi ikke nærmere i denne rapporten.
- *Dødsfall av ytre årsak* er dødsfall som ikke utelukkende skyldes sykdom, det vil si dødsfall på grunn av skader og forgiftninger. I disse dødsfallene skal DÅR registrere både skadediagnose og omstendighetene rundt dødsfallet. Skadediagnosen beskriver den anatomiske skaden eller det stoffet som forårsaket forgiftningen (rusmidlet, legemidlet osv). Omstendighetene beskriver hvordan skaden eller forgiftningen oppstod, for eksempel fall i trapp eller forgiftning med intensjon om villet egenskade. Ved dødsfall på grunn av ytre årsaker er det omstendighetene som blir den underliggende dødsårsaken. Dødsfall på grunn av ytre årsak er (sammen med enkelte andre dødsfall) meldepliktige til politiet som mulig unaturlig dødsfall (Helsepersonelloven §36)(13). Ulike land kan ha ulike definisjoner på hvilke dødsfall som er meldepliktige.
- Begrepet *unaturlig dødsfall* benyttes i Norge som betegnelse på ett av følgende: Drap eller annen legemskrenkelse, selvmord eller selvvoldt skade, ulykke som forlis, brann, skred, lynnedslag, drukning, fall, trafikkulykke o.l., yrkesulykke eller yrkesskade, feil, forsømmelse eller uhell ved undersøkelse eller behandling av sykdom eller skade, misbruk av narkotika og ukjent årsak når døden har inntrådt plutselig og uventet. Som

unaturlig meldes også: Dødsfall i fengsel eller under sivil eller militær arrest og funn av ukjent lik (Forskrift om leges melding til politiet om unaturlige dødsfall §2). Det er stor overlapp mellom dødsfall av ytre årsak og unaturlige dødsfall, men mange dødsfall som i utgangspunktet er meldepliktige som mulig unaturlige, kan senere vise seg å ha en naturlig dødsårsak. Et eksempel kan være en person som finnes død i fengsel, men som etter obduksjon viser seg å ha dødd av et hjerteinfarkt.

Det er kategoriene “misbruk av narkotika” og “ukjent årsak når døden har inntrådt plutselig og uventet” som er mest aktuelle for å avdekke mørketall ved selvmord. Det samme gjelder enkelte dødsfall som (feilaktig) er klassifisert som ulykker, for eksempel selvmord i trafikken og enkelte drukninger. I tillegg kan det være enkelte dødsfall som feilaktig er antatt å skyldes sykdom, men som i realiteten har en ytre årsak.

1.3.1.1 Ulike roller i dokumentasjonsforløpet

- *Legen:* Legen som syner liket, sender døds melding til Folkeregisteret og DÅR. Dersom dødsfallet kan være unaturlig, skal legen melde det til politiet som vurderer om det skal opprettes sak, inkludert om det skal foretas en rettsmedisinsk obduksjon. Legen som meldte dødsfallet eller lege som hadde et behandlingsforhold til avdøde, har gjennom obduksjonsloven adgang til å rekvirere medisinsk obduksjon. Legen må før en slik obduksjon rekvireres, forsikre seg om at politiet ved et unaturlig dødsfall ikke vil rekvirere en rettsmedisinsk obduksjon. Dersom politiet ikke ber om rettsmedisinsk obduksjon, kan legen be om medisinsk obduksjon. En medisinsk obduksjon krever samtykke fra pårørende, og legen må forsikre seg om at det ikke er grunn til å tro at avdøde ville motsatt seg obduksjon (obduksjons- og likavgjevings-forskriften)(14). Pårørende har ikke rett til å rekvirere obduksjon på egen hånd, men kan ta opp et obduksjonsønske med lege, eller med politiet dersom de har mistanke om unaturlig dødsfall.

Formålet med en *medisinsk obduksjon* er å finne årsaken til dødsfallet. Obduksjonen kan gi informasjon om sykdom eller misdannelse som kan ha forårsaket døden. Obduksjonen vil i mange tilfeller være helt nødvendig for å kunne stille en sikker diagnose, og vil også kunne gi ny kunnskap om selve sykdomsprosessen eller andre forhold knyttet til dødsfallet(15).

Dersom det ikke blir utført obduksjon, er døds meldingen fra legen eneste kilde til informasjon for DÅR (92 % av dødsfallene). Leger som fyller ut døds melding har svært forskjellig utgangspunkt (fastlege, sykehuslege, legevaktlege osv). Mer enn 80 % av selvmordene skjer utenfor helseinstitusjon. I slike tilfeller vil meldende lege ofte ikke ha kjennskap til avdøde fra tidligere, og tilstrekkelig informasjon til å skrive en adekvat døds melding er ikke alltid tilgjengelig. Det kan være uklart hvilken informasjon som mangler og hvordan legen kan få tak i denne dersom den finnes. De fleste leger håndterer svært få dødsfall i løpet av et år og legen kan mangle nødvendige kunnskaper til å fylle ut døds meldingen korrekt.

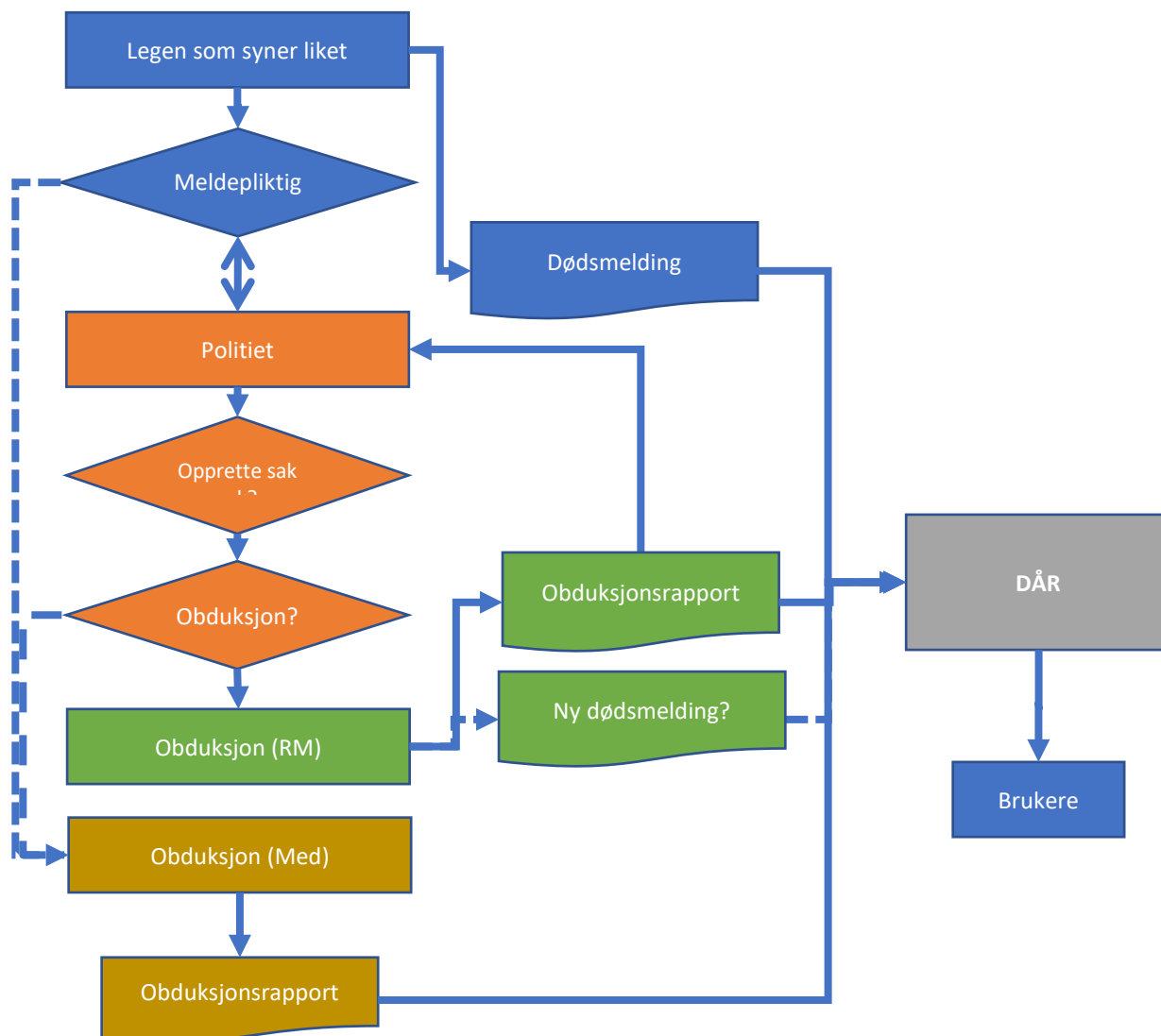
- *Politiet:* Politiet mottar melding om unaturlige dødsfall (inkludert mistenkte selvmord) fra legen som syner liket. Det finnes ingen sentral oversikt over hvor mange dødsfall som meldes til politiet, men et usikkert anslag kan være at det dreier seg om ca. 10%. Politiet kan da opprette sak og be om rettsmedisinsk obduksjon. Politiet kan også opprette sak uten å be om obduksjon. For meldepliktige dødsfall er det kun i de tilfellene det blir

utført en rettsmedisinsk obduksjon, eller at lege ber om en medisinsk obduksjon, at DÅR mottar informasjon om dødsårsaken utover det som står i dødsmeldingen.

Formålet med en *rettsmedisinsk obduksjon* er både å påvise dødsårsaken og å fastslå dødstidspunktet, samt å si noe om døds måte og omstendigheter rundt dødsfallet med sikte på å kunne vurdere om døden er forårsaket ved en straffbar handling(16). Ved ukjent lik, vil obduksjonen også forsøke å fastslå likets identitet.

- *Obdusenten*: Ca. 85 % av dødsfall registrert som selvmord, blir rettsmedisinsk obdusert, mens 1 % blir medisinsk obdusert. Det er varierende hvor mye informasjon obdusenten får av bakgrunnsopplysninger fra politiet og fra pasientjournalen. Obdusenten har blant annet ikke automatisk tilgang til pasientjournal ved rettsmedisinske obduksjoner. Som ved alle andre undersøkelser har også obduksjoner sine svakheter, og obdusenter kan fortsatt være i tvil om de har funnet korrekt dødsårsak og døds måte etter obduksjonen. Dersom obdusenten ikke er konklusiv i sin rapport, overlates usikkerheten til DÅR som hverken har synet liket, utført obduksjonen eller har tilgang til øvrige opplysninger. Obduksjon, rettsmedisinsk eller medisinsk, foretas ved ca. 8-10 % av alle dødsfall(12).
- *Koderne og overlege i DÅR*: Koderne i DÅR koder hver dødsårsak basert på informasjonen legen gir i dødsmeldingen. Registrering og koding skjer automatisk for en andel av meldingene. I tilfeller der det er tvil, og i alle tilfeller der det er meldt en ytre dødsårsak, der det er flere meldinger på ett dødsfall og der det er en obduksjon, blir dødsmeldingen manuelt saksbehandlet. Det vil gjelde for alle selvmord. Dersom det ikke blir gjort obduksjon, er dødsmeldingen fra legen eneste kilde for DÅR. I tilfeller der dødsmelding er mangelfullt utfyllt, kan DÅR kontakte meldende eller behandlende lege for utfyllende informasjon om dødsårsak. Den elektroniske løsningen er tilrettelagt for elektronisk kontakt med meldende lege, men denne legen har ofte ikke tilstrekkelig informasjon. Fastlege har ofte tilgang til flere helseopplysninger om avdøde, og det er mer hensiktsmessig for DÅR å kontakte pasientens fastlege. DÅR har opplysninger om hvem som er pasientens fastlege, men det er ingen tilrettelagt kommunikasjon mellom DÅR og fastlege. Dette krever derfor saksbehandling på papir og normal postgang begge veier som er svært ressurskrevende, og det må gjøres prioriteringer for hvilke dødsfall man skal innhente ekstra informasjon om.

Dersom vi samler disse rollene i et flytskjema, kan dagens system i Norge forenklet forklares slik (fig 1): Legen som syner liket sender dødsmelding til DÅR der dødsmeldingen kodes og blir en del av den aggregerte anonyme statistikken. Dersom dødsfallet kan være unaturlig, skal legen melde det til politiet som vurderer om det skal opprettes sak og om det skal foretas en rettsmedisinsk obduksjon. I tilfeller der politiet ikke begjærer rettsmedisinsk obduksjon, skal legen ta stilling til om det er grunnlag for å be om medisinsk obduksjon. I utgangspunktet sendes alle obduksjonsrapporter til DÅR når de er ferdige, og de rettsmedisinske obduksjonene sendes også til politiet som har bestilt dem. Obduksjonsrapportene brukes til å oppdatere informasjon om dødsårsaker i registeret. Noen ganger får DÅR også en ny dødsmelding fra obdusent.



Figur 1.3.1.1 Forenklet flytskjema for dagens system for dødsmeldinger i Norge (RM = rettsmedisinsk, Med = medisinsk)

1.3.1.2 Oppsummering av dagens situasjon

Oftest er både skadediagnose og døds måte korrekt og fullstendig oppgitt i dødsmelding og obduksjonsrapport. Det er imidlertid noen svake punkter og utfordringer i dokumentasjonsforløpet:

- Informasjonen i dødsmeldingen eller obduksjonsrapporten kan inneholde feil eller uklarheter. Noen ganger oppgis uspesifikk diagnose («plutselig død»), eller korrekt skadediagnose, men døds måte mangler. Da er det mulig å etterspørre mer informasjon, men kommunikasjonskanalene er ofte tungvinte og ressurskrevende. I andre tilfeller er det vanskelig for DÅR å oppdage feil eller mangler, som for eksempel når en

dødsmelding eller obduksjonsrapport angir korrekt skadediagnose, og feil, men plausibel dødsårsak, eller når det er oppgitt helt feil, men plausibel dødsårsak.

- DÅR får ikke vite resultatet av politiets etterforskning. Det betyr at dersom politiet endrer dødsårsak til eller fra selvmord, blir den opprinnelige dødsårsaken meldt av legen stående i DÅR.
- I Norge har vi liten tradisjon for å angi ukjent dødsårsak, og praksis er å velge ulykke dersom ikke annet er oppgitt. Dette er oftest riktig, fordi det er flere ulykker enn selvmord og drap, men det fører sannsynligvis til en underregistrering av selvmord. Unntak er hengning og kvelning der dødsfallet registreres som selvmord med mindre annet er oppgitt. Følgelig vil underregistrering av selvmord befinne seg ved andre skader enn hengning og kvelning (X70), sannsynligvis hyppigst forgiftning.
- DÅR får sjelden opplysninger om dødsårsak ved dødsfall i utlandet. Ekspertgruppen antar at det finnes en del underregistrering av selvmord blant nordmenn som dør i utlandet.

1.3.2 Gjennomgang av kommunikasjonen mellom berørte aktører knyttet til innhenting og utveksling av opplysninger om dødsfall hvor det kan stilles spørsmål om årsak

1.3.2.1 Kommunikasjon fra meldende lege til DÅR

På sykehus eller annen institusjon som har lege tilknyttet, vil det oftest være lege ved institusjonen som erklærer dødsfall og sender dødsmelding. Ved dødsfall på sykehjem og lignende utenfor vanlig dagarbeidstid er det gjerne en legevaktlege som syner liket og skriver dødsmelding.

Dødsfall ved institusjon utgjør 82 % av det totale antall dødsfall i Norge. Ved dødsfall utenfor institusjon vil legen motta melding enten som en uavklart melding om funn av livløs person, eller som en melding om dødsfall. Helsetjenesten er en 24/7/365 tjeneste der levende personer har prioritet. Ved funn av livløs person vil den vakthavende legen i kommunen eller nødetatene rykke ut for livreddende behandling dersom tilstand er uavklart. Dersom det er åpenbart at døden har inntruffet, reiser vakthavende lege, fastlege eller sykehjemslege ut for å erklære dødsfall (helsepersonelloven §36)(13). Akuttkjeden er hensiktsmessig, og rutinemessig syning av liket med konstatering av død følger i hovedsak lovpålagte krav.

Når det gjelder dødsmeldinger utfylt av en fastlege, må vi ta med i betraktningen at ca. 15 % av dødsfallene skjer i hjemmet og at 75 % av uken er utenfor kontortid (kveld, natt og helg). Dersom det er uklare omstendigheter rundt dødsfallet, rykker legen ut i arbeidstiden. Dersom det er et forventet dødsfall, syner legen liket etter at dagens timeliste med pasienter er gjennomført. Dersom en fastlege har 1500 innbyggere på listen sin, er det statistisk ca. 1-2 dødsfall i hjemmet blant disse i året, og for fastlegen betyr det at kun 25 % av disse dør innenfor arbeidstiden hvert år. Ergo kan man estimere at en fastlege i gjennomsnitt fyller ut dødsmelding for ca. 0,5 listeinnbyggere per år.

Det er også viktig å merke seg, spesielt ved dødsfall utenfor institusjon, at det ofte er en tilfeldig lege, og ikke personens fastlege eller behandlende lege, som kalles ut for å konstatere dødsfall. Denne legen kjenner sjelden avdøde fra før, og har i begrenset grad tilgang til helseopplysninger om avdøde. Av det totale antallet dødsfall (43 685) i Norge i 2023 var det 710 registrerte selvmord(2). Dersom vi ser bort fra mørketallene, er det altså mindre enn 2 % av dødsfallene

hvert år som er selvmord. En studie har vist at legevakter kontaktes om ca. 0,03 selvmord per 1000 kontakter per år(17). Leger utenfor institusjon er dermed svært sjelden involvert i dødsfall, og enda sjeldnere i dødsfall forårsaket av selvmord.

Etter retningslinjer fra WHO brukes ICD-10 som kodeverk når det skal meldes dødsårsak, og dette kodeverket er ikke i vanlig bruk i allmennpraksis. Det er stor sannsynlighet for at meldende lege både er uerfaren med å skrive dødsmeldinger, og har begrenset eller ingen kjennskap til den avdøde. For en lege som syner et lik, skal dødsårsaksvurderingen dermed ofte gjøres på basis av manglende informasjon, erfaring og kjennskap til verktøyet. Dette øker faren for at opplysningene som sendes til DÅR inneholder feil.

Fra 1.1.2022 er det obligatorisk å bruke elektronisk dødsmelding gjennom portal på Norsk helsenett. Legen fyller ut dødsmeldingen med antatte dødsårsaker, og melding om dødsfallet går direkte til Folkeregisteret og til DÅR. Elektronisk melding av dødsfall fungerer så lenge legen har tilgang til helsenettet. Flere journalsystemer har direkte kobling til dødsmeldingsportalen. Løsning med digital dødsmelding er godt etablert og mer enn 99 % av dødsmeldingene kommer nå inn digitalt.

1.3.2.2 Kommunikasjon fra meldende lege til politi

Helsepersonellovens §36(13), tredje punktum angir at lege skal underrette politiet ved grunn til å tro at dødsfallet er unaturlig, og en egen forskrift angir i hvilke tilfeller det er grunn til å melde(18) (Forskrift om leges melding til politiet om unaturlig dødsfall o.l.). Ekspertgruppen har ikke kjennskap til i hvor stor grad dette gjennomføres i tråd med lovpålagte krav. En mulighet for feil i rapporteringen er misforståelser i kommunikasjon mellom lege som rykker ut og AMK. AMK informerer ofte politiet rutinemessig ved mistanke om unaturlige dødsfall, men det er meldende leges ansvar å forsikre seg om at meldingen om unaturlig dødsfall er gitt.

Det er en forutsetning for melding til politiet at legen som melder dødsfallet, fanger opp at det dreier seg om et unaturlig dødsfall. Et unaturlig dødsfall er blant annet et dødsfall med ukjent årsak når døden har inntrådt plutselig og uventet(18). Imidlertid er det ikke uvanlig at eldre mennesker dør plutselig. Det er ikke sikkert en lege vil melde fra dersom en person i høy alder dør plutselig i hjemmet. Det kan være fornuftig å se på om legenes melderutiner til politiet er forståelige, hensiktsmessige og tilgjengelige i de aktuelle situasjonene.

1.3.2.3 Kommunikasjon fra meldende lege til fastlege

Fastlege blir i dag ikke automatisk informert om dødsfall og dødsårsak blant pasienter på sin liste. Informasjon om en listeinnbyggers dødsfall kommer vanligvis når legen månedlig mottar oppdatert liste over sine pasienter fra HELFO, og pasienten meldes som fragått listen på grunn av dødsfall. Informasjon kan også komme i form av epikrise for behandling dersom pasienten har vært på sykehus eller annen institusjon med døgnopphold. Legevakt har ikke plikt til å sende epikrise for behandling. En epikrise inneholder heller ikke nødvendigvis den samme informasjonen som er gitt i dødsmeldingen.

Fastlegen er ofte den som har best kjennskap til pasienten, mulige bakenforliggende årsaker til dødsfallet og mulig intensjon bak handlinger som kan medføre død. Dersom fastlegen automatisk hadde blitt informert, kunne vedkommende i større grad kvalitetssikret det meldende lege har oppgitt som dødsårsaker. Det ville også bidratt til kvalitetssikring om leger ved tjenstlig behov kunne se hverandres dødsmeldinger.

1.3.2.4 Kommunikasjon fra DÅR til meldende lege/fastlege

Dersom DÅR oppdager at opplysningene på dødsmeldingen er mangelfulle, kan DÅR kontakte meldende lege. Det ville forbedret kommunikasjonen med legen(e) om DÅR kunne benyttet et elektronisk format til dette (se også 1.3.1.1).

1.3.2.5 Kommunikasjon fra politi til DÅR

Det er ingen kommunikasjon mellom politiet og DÅR slik systemet er i dag. Dersom et dødsfall som i utgangspunktet ble kodet som ulykke, blir omgjort til selvmord eller drap (eller omvendt), får DÅR ikke vite om det. Dette kan for eksempel gjelde for enkelte singelulykker (der kun én person er involvert) i trafikken. Her er det altså en risiko for både under- og overregistrering av selvmord. Ekspertgruppen antar at omfanget av disse tallene er svært lave, men har ikke undersøkt det. Antagelsene baserer seg på tall fra Oslo politidistrikt som har en høy obduksjonsandel. Det kan likevel være hensiktsmessig å sikre at den informasjonen politiet sitter på, når frem til DÅR i de tilfellene det er relevant.

1.3.3 Gjennomgang av prosessen for å få med alle relevante opplysninger på dødsmeldingen. Dette kan gjelde både dødsårsak, døds måte eller omstendigheter omkring dødsfallet.

DÅR mottar informasjon om dødsårsak for 98,7 % av alle dødsfall hos nordmenn som dør i Norge(2). Noen ganger er dødsmeldingene eller obduksjonsrapportene mangelfulle eller divergerende, og da kan DÅR henvende seg til meldende lege, fastlege eller obdusent for å be om tilleggsopplysninger (fig 1.3.3.1).

For at et dødsfall skal klassifiseres som et selvmord, må det foreligge en skade- eller forgiftningsdiagnose. I tillegg må oppgitt døds måte beskrive en intensjon om villet egenskade. De ulike ICD-10-kodene som benyttes for selvmord, er oppgitt i tabell 1.3.3.1. Som tidligere beskrevet er det omstendighetene rundt skaden (intensjonen) som avgjør om dødsfallet blir klassifisert som et selvmord eller en ulykke.

	Dødsmeldinger	Obduksjonsrapporter	Tilleggsforespørsler til lege
HVEM	Lege som syner liket (f.eks. legevaktslege) Behandlende lege (fastlege, sykehjemslege, sykehuslege) Patolog/rettsmedisiner (før- eller etter obduksjon)	Patolog Rettsmedisiner	Meldende lege Fastlege (Obdusent)
HVA	ICD-10 kode Dødsårsak fritekst Omstendigheter rundt skaden Avkrysning klassifisering	Utdrag/hele rapporten Konklusjon ICD-10 diagnoser Tekst diagnoser NORPAT koder	Fritekst Telefonsamtale

Figur 1.3.3.1: Dødsårsaksregisterets informasjonskilder og -formater

Tabell 1.3.3.1: Koding av døds måte i ICD-10 når selvmord kan være underliggende dødsårsak

Døds måte	ICD-10 koder
Forgiftning	X60-X66
Hengning og kvelning	X70
Drukning	X71
Skyting og eksplosive stoffer	X72-X75
Skjærende eller stikkende redskaper	X78
Sprang fra høyt sted	X80
Plassere seg foran objekt i bevegelse	X81
Med intensjon krasje med annet kjøretøy	X82
Annen eller uoppgitt måte	X83, X84, Y87.0

ICD-10 brukes i spesialisthelsetjenesten, mens primærhelsetjenesten bruker kodeverket ICPC-2 som har en betydelig grovere klassifisering av selvmord og selvmordsforsøk. Relevante ICPC-2 koder er A80 skade/traume eller P77 Selvmord/selvmondsforsøk. En mer fingranulert inndeling av selvmord finnes ikke i dette kodeverket. ICPC-2 kan for eksempel ikke brukes til å angi selvmords måte, for eksempel om et selvmord er forgiftning eller hengning.

Det er generelt en utfordring for leger som vanligvis benytter ICPC-2, å melde dødsårsak ved et annet kodeverk enn det de bruker til vanlig. For selvmord er kanskje den største utfordringen likevel at det er vanskelig å vite og å angi intensjonen med det som skjedde. Var det en ren ulykke eller var hendelsen skapt for å oppnå død?

Dersom den avdøde blir obdusert, blir det opp til patologen eller rettsmedisineren å fastsette underliggende dødsårsak. Obdusentene har sitt eget kodeverk der de relevante kodene for døds måte i tilknytning til selvmord er presentert i tabell 1.3.3.2. Vi får dermed en lignende utfordring som i primærhelsetjenesten i og med at obdusentene eller koderne i DÅR også må omgjøre NORPAT-koder til ICD-10 koder i rapporteringen til DÅR.

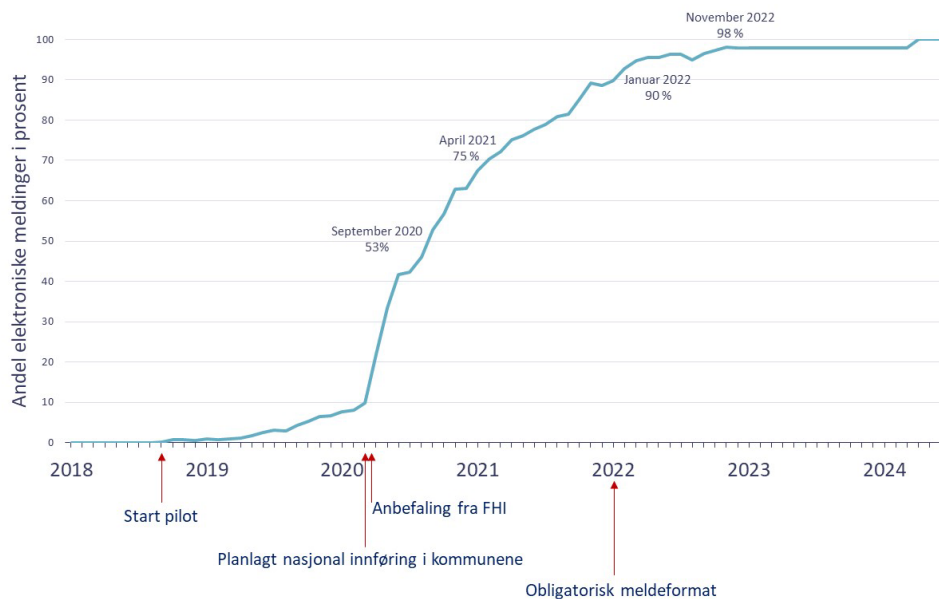
Tabell 1.3.3.2: Koding av døds måte i NORPAT når selvmord kan være underliggende dødsårsak

Beskrivelse	NORPAT koder
Selv mord	FY3300
Mulig selvmord	FY3030
Døds måte uviss, sannsynlig selvmord	FY3550
Suicidal forgiftning	FY0030
Døds måte uviss, naturlig/unaturlig	FY3500

Når DÅR mottar døds meldinger og obduksjonsrapporter eller innhenter tillegg sin informasjon om dødsfallene, benyttes følgende retningslinjer dersom mottatt informasjon ikke er konklusiv:

- Sist innkomne døds melding antas å være mest korrekt.
- Dersom det foreligger et obduksjonsresultat, veier dette tungt.
- Dersom det ikke er angitt døds måte for et dødsfall av ytre årsak, blir ulykke som utgangspunkt valgt som døds måte. Unntaket er hengning, der dødsfallet blir klassifisert som selvmord.

Det kan være vanskelig for de medisinske koderne i DÅR å avgjøre om et dødsfall skal kodes som selvmord eller ikke. Det kan skyldes mangelfulle opplysninger, spesielt om dødsårsak. Det kan være at opplysningene fra de ulike kildene divergerer, for eksempel at DÅR har mottatt to dødsmeldinger med to ulike konklusjoner. God informasjon i fritekstfelt i dødsmeldingen og obduksjonsrapportene er til stor hjelp for koderne når den underliggende dødsårsaken skal fastsettes.



Figur 1.3.3.2: Utviklingen i andel elektroniske dødsmeldinger i forhold til papirmeldinger

Fra 1. januar 2022 ble det obligatorisk for leger å melde inn dødsfall elektronisk. Løsningen er laget som en webløsning, men Norsk helsenett (NHN) har laget et API som støtter integrasjon i journalsystemer. Ingen journalleverandører har foreløpig tatt dette i bruk. I løpet av 2022 kom 98 % av dødsmeldingene til DÅR digitalt. Det virker som om dette fungerer godt, og det rapporteres ikke om tekniske vanskeligheter fra leger som benytter systemene. Dødsmeldingen sendes automatisk til relevante myndigheter. Som tidligere beskrevet er det en stor utfordring at de fleste leger fyller ut dødsmeldinger sjelden, og at dødsfallet enda sjeldnere er et selvmord. Det kan derfor være hensiktsmessig å se på om den elektroniske løsningen kan bedres for å kompensere noe for dette. Kursing kan også være bra, men på grunn av sjelden bruk av skjemaet, kan kursing ha liten varig effekt fordi nyervervet kunnskap sannsynligvis vil være gammel/glemt når legen har behov for den neste gang.

Det er utarbeidet kurs i regi av Den norske legeforening (DNLF) som skal lære leger å fylle ut dødsmeldingen riktig. Kurset er i dag tellende til flere spesialiteter i medisin, men det er ikke obligatorisk å gjennomføre kurset. Man må betale for å delta på kurset. Ved gjennomført kurs kan man senere bruke kurset som oppslagsverk.

1.3.4 *Vurdering av hvordan dagens elektroniske løsning for dødsmeldinger bidrar til at meldepliktige dødsfall blir meldt til de riktige myndighetene (politi, HTil, MSIS, RELIS osv). Vurdering av kontroll av om legen følger meldeplikten*

En svakhet i det nåværende digitale systemet som er beskrevet i 1.3.3, er bortfallet av kvalitetskontroll hos kommuneoverlegene da ny forskrift trådte i kraft. Involvering av kommunelegen skulle bidra til at dødsmeldingene var komplette og korrekte. Vi vet ikke hvor stor betydning denne kontrollen hadde, og det var stor forskjell mellom kommunene på hvor mye tid som ble brukt til dette. En tilsvarende kvalitetskontroll bør vurderes gjeninnført gjennom fastlegene, da informasjon fra pasientens behandler/fastlege er utnyttet slik utfyllingen og informasjonsflyten av dødsmeldingene er nå.

Det er også en svakhet i den elektroniske løsningen at leger kun kan se de dødsmeldingene man selv har sendt inn. Dette vanskeliggjør etterarbeid, kvalitetskontroll og læring, og gjør i mange tilfeller administrative rutiner utfordrende. Dette fører også til økt antall henvendelser og økt ressursbruk i DÅR/FHI. Det bør derfor vurderes en forskriftsendring og en tilrettelegging av den elektroniske løsningen hvor leger kan få tilgang til hverandres dødsmeldinger ved tjenstlig behov.

For mange leger, for eksempel legevaktlegene, er det en ulempe at dødsmeldingen er en tjeneste som står utenfor de elektroniske journalsystemene. NHN har laget et API som tilrettelegger for integrasjon i journalsystemene, men ingen journalleverandører har så langt tatt i bruk dette. Manglende integrering av de ulike løsningene skaper merarbeid for legene.

Helsepersonellovens § 36(13) angir at lege skal erklære dødsfall, og at legen skal underrette politiet ved grunn til å tro at dødsfallet er unaturlig. Ekspertgruppen oppfatter at meldeplikten til Folkeregisteret og DÅR overholdes i svært stor grad, og at en kontroll av dette gir liten gevinst. Det er usikkert om meldeplikten til politiet alltid overholdes, og det bør vurderes om det bør gjennomføres et prosjekt for å få bedre oversikt over dette.

1.3.5 *Gjennomgang av om FHI/Dødsårsaksregisteret mottar rett informasjon om innmeldte dødsfall og om informasjonsutvekslingen mellom politi og FHI fører til at FHI får informasjon om utfallet av politietterforskninger*

Det er fire ulike lover som berører politiets arbeid med mistenkelige dødsfall og selvmord, og som er relevante i denne sammenhengen. Det er lov om helsepersonell § 36(13), straffeprosessloven § 224, § 227 og § 228(19), lov om skifte § 12a(20) og straffelovens § 163(21). I straffelovens § 163(21) («Brudd på meldeplikt ved dødsfall») står det «Den som finner et lik og unnlater straks å underrette den avdøde nærmeste eller politiet, straffes med bot. Er det grunn til mistanke om at døden er voldt ved en straffbar handling, skal politiet straks underrettes. Den som ikke underretter politiet, straffes med bot.» Leger har spesiell meldeplikt i henhold til helsepersonellovens § 36(13) og forskrift om leges melding til politiet ved unaturlig dødsfall osv. Etter at politiet har fått melding om unaturlig dødsfall, er hovedfokuset til politiet hvorvidt det er begått en straffbar handling eller ikke. Altså om vedkommende er drept, om det har funnet sted en klanderverdig handling eller om vedkommende har avgått ved døden av andre grunner. I denne vurderingen skiller politiet i mindre grad mellom sykdom, ulykke eller selvmord så lenge de kan utelukke at det er begått en kriminell handling. Saksgangen for denne avgjørelsen starter med at politiet får en melding om unaturlig dødsfall. Dersom politiet beslutter at avdøde skal obduseres, opprettes det en politisak, og liket sendes til rettsmedisinsk obduksjon. Formålet med den rettsmedisinske obduksjonen er først og fremst å bringe dødsårsaken på det rene. I tillegg skal den kartlegge ytre påvirkning og sykkelige forandringer samt kaste lys over

hendelsesforløpet og dermed døds måten. En slik obduksjon er nødvendig for å avklare om det har skjedd noe straffbart, og å avklare identiteten til avdøde, dersom dette ikke er sikkert. Ansvarshavende etterforskningsleder går gjennom saken, og jurist går gjennom saken. Oslo politidistrikt går gjennom ca. 350-400 saker i året, og av disse konkluderer man med selvmord i 20-25 % av tilfellene. Man antar at forholdet er noenlunde likt i andre deler av landet. Politiet oppretter kontakt med pårørende, det lages en foreløpig obduksjonsrapport, og avdøde og åsted frigis. Den endelige obduksjonsrapporten mottas etter 3-6 måneder og sendes til jurist for endelig avgjørelse. Dersom politiet ikke oppretter politisak, blir det ikke gjort rettsmedisinsk obduksjon. I en del tilfeller der politiet oppretter sak, anser de det unødvendig med obduksjon. Etter at liket er frigitt av politiet, overtar pårørende ansvaret for den videre prosessen med begravelse og lignende.

I henhold til straffeprosessloven § 228(21) om sakkyndig likundersøkelse skal det foretas en slik undersøkelse når det er mistanke om at noens død er voldt ved en straffbar handling. Påtalemyndigheten kan også ellers beslutte at det skal foretas sakkyndig likundersøkelse når dødsårsaken er uviss og særlige forhold krever slik undersøkelse. I henhold til påtaleinstruksen kapittel 13, § 13-2(22) bør politiet i alminnelighet sørge for at sakkyndig likundersøkelse også gjennomføres i andre tilfeller når årsaken er uviss og antas å kunne skyldes for eksempel selvmord eller selvoldt skade, eller noen av følgende årsaker; ulykke, yrkesskade, medisinsk undersøkelse eller behandling. Den bør også i alminnelighet gjennomføres dersom årsaken er uviss, døden inntraff plutselig og særlig dersom avdøde antas å ha vært alene i dødsøyeblikket, og noen andre grunner.

Politiet har følgende fokus for gjennomføringen av obduksjonen: straffelovens(21) § 275 Drap, § 277 Medvirkning til selvdrap, § 278 Medlidenhetsdrap, § 287 Forsømmelse av hjelpeplikt, § 288 Hensettelse i hjelpeløs tilstand, § 67 og Helsepersonelloven §4 Forsvarlighet(13).

Politiet har gode rutiner for å informere i egne rekker om resultatet av obduksjonen og å følge opp det videre etterforskningsarbeidet. Det er derimot ikke en rutine for å varsle DÅR/FHI om etterforskningsresultatet, slik at DÅR kan oppdatere dødsårsaken hvis etterforskningen kommer til en annen konklusjon enn den årsaken som er meldt til DÅR i forkant. Siden DÅR registrerer dødsfallet på bakgrunn av melding fra lege om dødsårsak og døds måte, kan det vurderes om politiet burde sende relevant informasjon til obdusenten som igjen kan oppdatere DÅR. Det finnes også saker der politiet mistenker selvmord, men ikke er 100 % sikker. Under kapittelet om mulig coroner-ordning kommer ekspertgruppen nærmere inn på dette.

1.3.6 Gjennomgang av variasjonen mellom politidistriktene når det gjelder hvor stor andel av de meldepliktige dødsfallene, inkludert selvmord, som blir besluttet obdusert

Politidirektoratet har mottatt en bestilling på et tilsvarende oppdrag fra Justisdepartementet. Ekspertgruppen kommenterer derfor ikke dette punktet i det videre arbeidet.

1.3.7 Gjennomgang av om alle obduksjonsrapporter blir sendt inn til FHI, og om obduksjonsrapportene inneholder nødvendig og rett informasjon

Lovgivningen for obduksjoner sier følgende:

DÅR-forskriften § 2-4(23) «Lege som obduserer avdøde, skal melde resultatet av obduksjonen, obduksjonsnummer og laboratorienummer til DÅR innen to måneder etter at obduksjonsrapporten er ferdig.»

DÅR-forskriften § 2-2(23) gjelder tilsvarende for obduksjonsmeldinger. «(...) Dødsmeldingen skal utformes i en form som er i samsvar med anbefalinger av Verdens helseorganisasjon (...)»

Det er ingen systematiske kontrollrutiner for at dette gjennomføres. Ulike kilder har noe ulikt antall for hvor mange rettsmedisinske obduksjoner som blir gjennomført i Norge per år. Dette kan blant annet skyldes at DÅR, Den norske patologforening (DNP) og Den rettsmedisinske kommisjon (DRK) teller litt forskjellig. Uansett viser denne diskrepansen at ingen har fasiten på hvor mange obduksjoner som faktisk er gjennomført. I lys av mandatet for denne rapporten blir det viktig å få klarhet i hvor mange av selvmordene som IKKE er nevnt på dødsmeldingen, men kun i obduksjonsrapporten. Obduksjonsavdelingene har allerede en forpliktelse til å sende kopi av alle obduksjonsrapportene til DÅR, og det gjennomføres i svært stor grad, men ikke helt komplett. Det blir nå sendt ut påminnelse til alle obduksjonsavdelingene flere ganger per år, og vi ser at det har en effekt, men det er litt uklart hvor stor den er.

I dødsmeldingen er det mulig å krysse av for hvorvidt det vil bli gjennomført en obduksjon eller ikke, men alternativene er “ja”, “nei”, og “vet ikke”. Legen vet ikke alltid hva f.eks. politiet konkluderer med, og andelen “vet ikke” er relativt høy. Det er derfor ikke mulig for DÅR å etterlyse obduksjonsrapporter ut fra informasjonen i dødsmeldingen. Slik systemet er i dag, vet derfor ikke DÅR hvor mange obduksjonsrapporter de skal forvente å få.

Det er tidligere estimert at DÅR kan mangle opptil 5 % av de rettsmedisinske obduksjonsrapportene(10). Hvor mange som mangler av de medisinske obduksjonene er uvisst. Siden det er stor arbeidsbelastning og lang svartid hos rettsmedisinerne, tar det lang tid før DÅR har alle obduksjonsrapportene, og det vil derfor alltid mangle noen obduksjonssvar i den nyeste årgangen hos DÅR. Det bedres noe til året etter. Ekspertgruppen har gjort et nytt estimat over antallet rettsmedisinske obduksjonsrapporter som ikke er sendt til DÅR de seneste årene, og finner at andelen manglende rapporter nå er i størrelsesorden 1-2 %. Problemet har altså blitt mindre, og det synes lite hensiktsmessig å iverksette ytterligere tiltak.

Selv om obduksjonsrapportene skulle nå frem til DÅR, er det ikke sikkert at de inneholder nok opplysninger til at dødsårsakene er fastslått entydig. For eksempel kan det mangle opplysninger om dødsårsak, som er spesielt viktig med tanke på selvmord. Kodepraksisen i Norge i dag er slik at ved dødsfall på grunn av ytre årsak, kodes dette som ulykke med mindre annet er oppgitt. Unntaket er hengning som kodes som selvmord dersom ikke annet er oppgitt. Sannsynligvis betyr dette at en del selvmord feilaktig blir kodet som ulykker, både i dødsmelding og obduksjonsrapporter. Det kan skyldes at legene ikke kjenner reglene, at de ikke har nok opplysninger om omstendighetene, at de ikke ønsker å ta endelig stilling til dødsårsaken eller at opplysningene finnes mindre synlige steder i obduksjonsrapporten. Sammenlignet med andre land er det i Norge svært få dødsfall som blir kodet med “uviss dødsårsak”. Det kan også være at legene har manglende kjennskap til bruken av opplysningene fra DÅR og dermed også for betydningen av å kode riktig. Spørsmålet er om det er verdt arbeidet å gjøre flere etterspøringer til obduksjonene.

Per i dag kommer obduksjonsresultatene inn til DÅR i mange forskjellige formater, og informasjonsmengden varierer også betraktelig. En nasjonal mal for obduksjonsrapporter er nå vedtatt og tatt i bruk flere steder. Forhåpentligvis vil en mer enhetlig rapportering av obduksjonsresultater kunne bidra til bedre datakvalitet.

1.3.8 Vurdering av muligheten til og behovet for å obdukere flere eldre for å få mer kunnskap om dødsfallene, herunder dødsårsak, i denne gruppen

Det er lite trolig at det er store mørketall for eldre personer med kjent suicidal atferd som benytter seg av svært åpenbare metoder slik som hengning eller skyting (overvekt av menn). For årene 2019-23 er det totalt registrert 466 selvmord hos personer over 70 år i DÅR. Av de 710 selvmordene i 2023 var 117 (16 %) hos personer over 70 år. De vanligste metodene i denne aldersgruppen var i 2023 hengning/kvelning (25 %) og skyting (22 %), fulgt av forgiftning (18 %), sprang fra høyt sted (12 %), drukning (9 %), annet/uoppgitt (9 %) og skjærende/stikkende redskap (4 %).

Det finnes få norske studier som undersøker selvmordsratene hos eldre. Hos kvinner er den registrerte selvmordsraten i 2023 i aldersgruppen 60-79 år og over 80 år omtrent 8 per 100 000 innbyggere(24). Hos menn er selvmordsraten mellom 60-79 år omtrent 20 per 100 000, mens raten de siste årene har vært på rundt 35 per 100 000 innbyggere hos menn over 80 år. Med unntak av de over 80 år ligger selvmordsratene på omtrent samme nivå som øvrige aldersgrupper bortsett fra for menn under 19 år som har en lavere rate. Det er ingen signifikante endringer i selvmordsraten hos personer mellom 65 og 79 år fra perioden 2000-2004 sammenliknet med perioden 2015-2018 (25).

Forventet levealder har økt siden 60-tallet og steget jevnt frem til de siste årene(26). Forventet levealder var i 2022 84,4 år for kvinner og 80,9 år for menn i Norge. I 2023 var det totalt 43 685 dødsfall i Norge hvorav 35 230 (80 %) var hos personer over 70 år(27). Av dødsfallene var 117 selvmord og 1 401 ulykker, hvor sistnevnte er den dødsårsaken der mørketall er mest sannsynlig hos eldre. I tillegg kommer en stor gruppe med ukjent eller uspesifisert dødsårsak, slik som «plutselig død» og «død av ukjent årsak», til sammen rundt 1000 dødsfall i året. De fleste personer over 70 år dør av sykdommer. Også her kan det potensielt befinne seg mørketall ved at selvmord oppfattes og klassifiseres som naturlige dødsfall hvis det avstås fra videre undersøkelser, som f.eks. medisinsk obduksjon. Det store omfanget av dødsfall hos eldre gjør at en økning av antallet obduksjoner kan utgjøre en utfordring i forhold til både obduksjonskapasiteten og ressursbruk.

I vurderingen av om det er for få obduksjoner av eldre som dør, støter vi raskt på et definisjonsproblem: Hva er et plutselig og uventet dødsfall hos eldre? Det kan være flere alvorlige sykdommer i bunn, og vedkommende kan ha en komplisert medikamenthistorikk. Kombinert med høy alder øker dette sjansen for plutselig død.

Det kan også være utfordrende å vurdere graden av intensjon bak et dødsfall hos eldre. Mørketallene blant selvmord er etter ekspertgruppens oppfatning sannsynligvis mest knyttet til ulykkelignende hendelser som trafikkulykker, forgiftningsulykker eller fall, hvor forgiftninger kanskje er viktigste blant dem som ikke blir obduert. Et forgiftningsdødsfall som ikke blir obduert, har stor risiko for å bli feilregistrert som et naturlig dødsfall, siden det sjelden er noen synlige utvendige tegn på forgiftning.

Dette er hendelser som også godt kan være utløst av uhell eller illebefinnende, og det kan derfor være svært vanskelig å avgjøre graden av intensjon. Noen eldre mister også interessen for egenomsorg i livets siste fase. Skyldes dette en forverring av eksisterende sykdom, er det forvirring, eller er det en intensjon om å avslutte livet? Mange eldre har også tilgang på medisiner i betydelig omfang, og dersom avdøde har tatt en overdose, skyldtes det da et uhell, en forvirring, eller var intensjon om å dø til stede? Dersom det delvis ligger en intensjon bak dødsfallet, hvordan og hvem skal i så fall vurdere graden av intensjon?

Det kan også være viktig å ta årsaken til selvmord hos eldre med i betraktningen: Noen lider av psykisk sykdom eller depresjon, mens hos andre skyldes ønske om å avslutte livet at de har lidd et alvorlig tap, enten i form av tapt fysisk eller mental funksjon eller tap av livsledsager. Det forekommer selvmord hos personer med fremskreden alvorlig sykdom (typisk kreft), og vi ser noen dødsfall som skyldes fall fra høyde hos demente personer. Da kan det være svært vanskelig å angi dødsårsak: er det selvmord fordi de har et bevisst forhold til sykdommen sin eller er det en ulykke fordi de er forvirret? Tap av relasjoner eller helse i denne alderen er gjerne uopprettelige og vanskelig å leve med. Enkelte eldre lever også under trange levekår og med dårlig økonomi.

Eldre som har tatt livet sitt er en sammensatt gruppe der de mest fremtredende risikofaktorene for selvmord skiller seg fra den øvrige befolkningen(28). For eksempel er psykiske lidelser, suicidal atferd og stressorer mindre viktige, mens fysisk skrantende helse og det å være etterlatt er av større betydning. Viktige risikofaktorer for selvmord som for eksempel affektive lidelser, blir i mindre grad avdekket hos eldre(29). De nevnte forskjellene kombinert med en lavere andel obduerte tilsier at det trolig er en del mørketall på selvmord hos eldre. Det er også en omfattende bruk av skrotkoder som underliggende dødsårsak hos eldre i DÅR(10).

Et tiltak som innebærer betydelig økt andel obduksjoner blant eldre, reiser altså en god del etiske, praktiske og økonomiske dilemma. For denne gruppen gir det kanskje mer mening å snakke om større eller mindre sannsynlighet for at dødsfallet skyldtes selvmord heller enn å klassifisere hvert enkelt dødsfall som selvmord eller ikke. Per i dag mangler vi kunnskap om kilder til mørketall på selvmord hos eldre. På grunn av det store omfanget av dødsfall ved ulykker og sykdom er det viktig at en eventuell økning av obduksjoner hos eldre innrettes på en presis og målrettet måte for å unngå en overveldende økning i obduksjoner som kan bli utfordrende å gjennomføre og med uklar gevinst. En økning i andel obduksjoner av eldre vil gi mer kunnskap om dødsårsaker i denne gruppen og vil dermed trolig redusere bruken av skrotkoder i DÅR og dermed gi bedre kvalitet(10). Dette vil i seg selv være positivt, men det er uklart hvor stor andel av disse dødsfallene som skyldes selvmord, og den potensielle gevinsten for å redusere andelen mørketall ved selvmord i statistikken er derfor uklar. Ekspertgruppens vurdering er derfor at det i første omgang er behov for mer kunnskap før en eventuell anbefaling om å øke andel obduksjoner blant eldre kan gis.

1.3.9 Vurdering av muligheten for å utvide plikten til å utføre rettsmedisinsk obduksjon ved mistenkt selvmord og rusrelaterte dødsfall

En rettsmedisinsk obduksjon er i dag obligatorisk ved mistanke om at døden er forvoldt ved en straffbar handling, dersom identiteten til avdøde ikke kan fastslås på stedet, ved uventete dødsfall av ukjent årsak hos barn som dør utenfor helseinstitusjon og ved dødsfall i veitrafikken. Politiet bør i alminnelighet også sørge for rettsmedisinsk obduksjon når dødsårsaken er uvisst og antas å kunne skyldes 1) selvmord/selvvaldt skade, 2) ulykkestilfelle, 3) yrkesskade eller yrkessykdom, 4) feil, forsømmelse eller uhell ved medisinsk undersøkelse eller behandling av sykdom eller skade, 5) når dødsårsaken er uvisst og døden er inntrådt plutselig og uventet og 6) når dødsårsaken er uvisst og dødsfallet har skjedd i fengsel, arrestlokale eller under administrativ frihetsberøvelse. Antall rettsmedisinske obduksjoner i Norge nådde en topp på 1980-tallet, men etter at den sentrale finansieringen opphørte i 1991 og hvert politidistrikt selv måtte dekke kostnadene ved rettsmedisinske obduksjoner, sank obduksjonsandelen. Fra 2012 og spesielt etter politireformen i 2015 har antallet obduksjoner økt gradvis igjen, men er fortsatt ikke på nivå med 1980-tallet hvis vi tar høyde for befolkningsveksten. Det er også diskutert hva som er beste måte å angi obduksjonshyppighet på: er det antall, prosentandel av alle dødsfall eller rate

(obduksjoner per 100.000). Alle har sine fordeler og ulemper. Andelen dødsfall som oppfyller kriteriene til legers meldeplikt for unaturlige dødsfall er i realiteten ukjent, men anslås ofte til omtrent 10 %, og omtrent 5 % av dødsfallene gjennomgår en rettsmedisinsk obduksjon. Det er grunn til å tro at det fortsatt er en viss variasjon mellom de ulike politidistriktene i hvor stor andel av dødsfallene som obduseres, og dette er uheldig med tanke på rettssikkerheten og likebehandling av distriktene, men dette vil nok besvares gjennom Justisdepartementets bestilling til politidirektoratet. Tall fra 2013 viser at Oslo gjennomførte syv ganger flere obduksjoner per 100 000 innbygger enn Agder. Det kan se ut som om det har skjedd en utjevning frem mot 2023, men det er fremdeles usikkert om det er de riktige sakene som sendes til obduksjon ettersom politiet ikke begrunner begjæringene i henhold til påtaleinstruksen.

Blant de unaturlige dødsfallene som sendes til rettsmedisinske obduksjonene ved Oslo universitetssykehus, blir konklusjonen i de fleste av tilfellene «naturlige årsaker», «ulykker» og «selvmord» som dødsårsak. Det er en økning i alle disse tre kategoriene, og i 2023 var fordelingen mellom disse henholdsvis 922 (40 %), 748 (33 %) og 578 (25 %) av dødsfallene(2). Til sammenligning utgjorde trafikkulykker, drap og dødsfall med ukjent dødsårsak i sum 119 dødsfall det samme året.

En hovedgrunn til at det i alminnelighet bør gjennomføres en rettsmedisinsk obduksjon ved unaturlige dødsfall er å påvise skjulte skader, påvise og måle konsentrasjonen av giftstoffer, og foreta en grundigere gjennomgang av omstendighetene med formål om å fastsette dødsårsaken. Noen ganger fører rettsmedisinsk obduksjon til at dødsårsaken endres fra naturlig dødsårsak til selvmord, eller omvendt selv om det er sjeldnere.

Basert på statistikk fra DÅR, har Norge hatt en økende rettsmedisinsk obduksjonsandel fra 2015 (4.5 %) til 2023 (5.3 %), og dette er en ønsket utvikling. For dødsfall ved selvmord som var registrert i DÅR i 2022, var det en høy andel som ble obdusert på landsbasis (88 %). Fra 2020 ble det obligatorisk å obdusere drepte i trafikken. De rettsmedisinske obduksjonene har gode rutiner på plass: det tas rutinemessig toksikologiske prøver for å analysere og kvantifisere giftstoffer, det gjøres computertomografi (CT) ved alle rettsmedisinske obduksjoner i Oslo, og det er etablert en felles mal for obduksjonsrapporter som nå er vedtatt. En vitenskapelig studie som reklassifiserte selvmord og ulykker etter obduksjon viste liten grad av underrapportering av selvmord(30;31). Disse studiene innhentet ingen ny informasjon, men gjorde en evaluering av kodepraksisen i DÅR. Studiene viste at opplysningene som kom inn førte til riktige koder i DÅR, men evaluerte ikke om opplysningene i seg selv var tilstrekkelige for å fastsette dødsårsaken.

Selv om utviklingen i andel obduksjoner har økt de siste årene, er det antakelig fremdeles en for lav obduksjonsandel nasjonalt og regionalt noen steder. Vi kan også sette spørsmålsteget ved om kvaliteten på de rettsmedisinske obduksjonene er god nok. Blant annet mangler vi nasjonale standarder for opplæring, kompetansekrav, organisering og gjennomføring av rettsmedisinske obduksjoner. En kan derfor spørre om klassifiseringen av selvmord er konsekvent og konsistent innad i og mellom regionene. Det er også usikkert om rettsmedisinerne alltid mottar tilstrekkelig informasjon i forkant av obduksjonen til å kunne trekke en riktig konklusjon om dødsårsaken. Blant annet innhentes det ikke rutinemessig pasientjournal i disse sakene. Informasjon om omstendigheter i mottatte politidokumenter kan også variere med henblikk på funn på stedet som avskjedsbrev, samtaler med pårørende og innhenting av helseopplysninger. I tilfeller der politiet mottar ny informasjon i etterkant av obduksjonen, blir ikke denne oversendt til obdusenten. Et økende dilemma er også mangelen på kompetent personell til å gjennomføre de rettsmedisinske obduksjonene. Spesielt Oslo og Bergen har store utfordringer med at køen for rettsmedisinsk obduksjon hopper seg opp, og lange svartider for den endelige

obduksjonsrapporten. Det rettsmedisinske miljøet er svært sårbart, både bemanningsmessig og faglig(32;33).

En døds måte som kan inneholde mørketall på selvmord er rusrelaterte dødsfall. Dødsfall med forgiftning ved selvmord og rusrelaterte dødsfall har overlappende risikofaktorer(34). Det som skiller et selvmord og et rusrelatert dødsfall eller overdose er om noen grad av intensjon om å dø var til stede. Siden intensjoner er variable og uklare, kan dette være svært vanskelig å skille mellom. Det er indikasjoner for at det er mørketall ved selvmord i de rusrelaterte dødsfallene(35). Informasjon om psykiatrisk sykehistorie er også pekt på som viktig for å kunne skille mellom selvmord og ulykker ved rusrelaterte dødsfall(9). Obduksjon kan være nødvendig ved de rusrelaterte dødsfallene for å kunne fastslå om intensjon var til stede eller ikke. Slik sett er det grunnlag for å tro at å øke obduksjonsgraden ved rusrelaterte dødsfall kunne bidratt til å redusere forekomst av mørketall på selvmord. Det ville også bedre kvaliteten på overdosestatistikken.

1.3.10 Drøfting av eventuelt andre utfordringer som gir usikkerhet knyttet til forekomsttallene for selvmord

Flertallet av fastleger og legevaktleger arbeider som selvstendig næringsdrivende og lønnes av oppgaver som utløser takst. I normaltariffen er det ikke fastsatt særskilte honorar for utfylling av døds melding etter Dødsårsaksregisterforskriften(23) § 2-1, eller vurdering av dødsårsak i etterkant etter § 2-6. Arbeid etter en pasients død honoreres ikke etter vanlige behandlingstakster fra HELFO. Når arbeidet kun er et lovkrav og ikke honorert, kan det bety at omfanget av arbeid med utfylling av døds melding ikke blir særlig høyt prioritert av meldende lege.

Ekspertgruppen mener det vil være hensiktsmessig å gjennomføre en studie som undersøker eventuelle endringer i selvmordsstatistikken som følge av tiltakene. Dersom deler av tiltakene blir gjennomført, er det viktig å evaluere effekten av dem og skaffe kunnskap om hvordan tiltakene påvirker tallene.

1.4 Del B Vurdering av en coroner- eller medical examiner-ordning i Norge

1.4.1 Problemstillinger som drøftes innenfor dette området

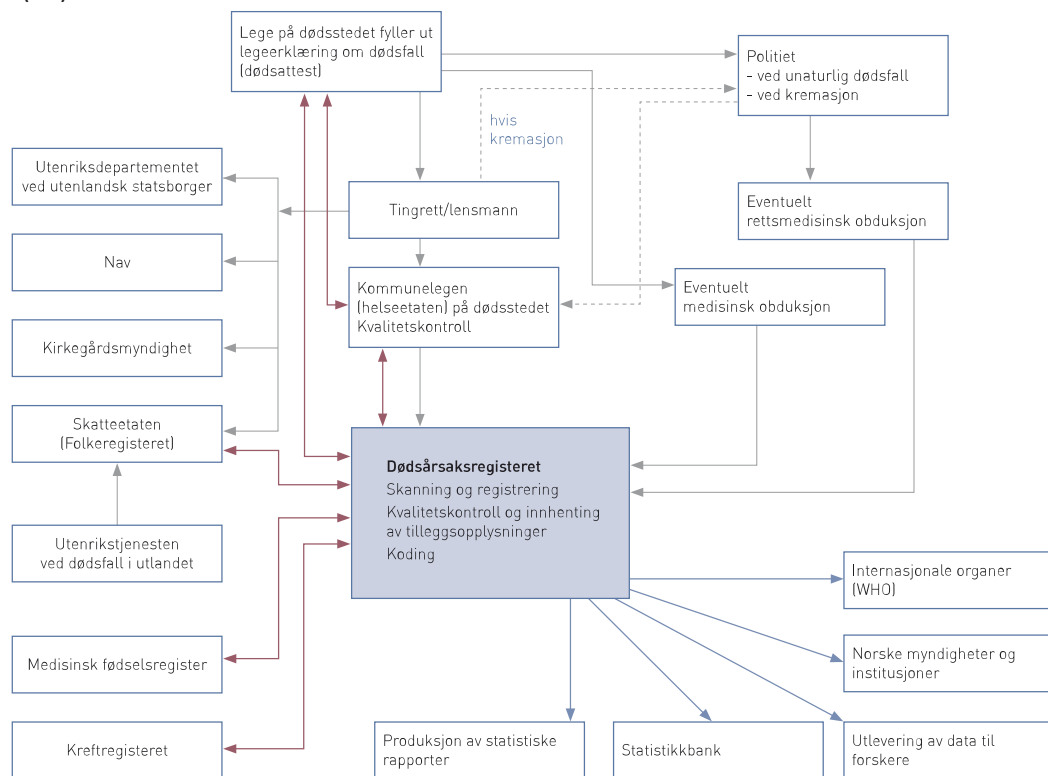
- **Kvalitetskontroll av diagnosene på døds meldingene**
Sikre at legen som fyller ut døds meldingene får med så mye relevant informasjon som mulig, inkludert opplysninger om omstendighetene ved dødsfall på grunn av ytre årsak og om mulig en vurdering av døds måte (ulykke, selvmord, drap, kan ikke fastslås)
- **Sikre at meldepliktige dødsfall blir meldt til politiet (og Helsetilsynet)**
- **Offisiell bedømmelse av døds måte**
- **Oppfølging av dødsfall som er av offentlig, men ikke strafferettslig interesse**

1.4.2 Kommunelegens oppgave inntil 2019

Inntil 2019 lød § 2-3 i Dødsårsaksregisterforskriften(23):

Kommunelegen skal kontrollere at skjema, jf. § 2-2, er nøyaktig og fullstendig utfylt, og videresende skjema til Dødsårsaksregisteret senest to måneder etter at det er mottatt. Dersom det er nødvendig, skal kommunelegen innhente tilleggsopplysninger fra lege som har gitt helsehjelp til den person meldingen gjelder, før vedkommende døde.

Paragrafen ble opphevet i forbindelse med innføring av elektronisk dødsmelding. Vurderingen da var at det var forhold ved kvalitetskontrollen som ikke fungerte optimalt alle steder, og at det ville være teknisk vanskelig å videreføre rutinen sammen med elektronisk dødsmelding. I forskriften var det ikke angitt noe om *hvordan* kontrollen skulle foregå. Forståelsen av oppgaven var i stor grad overlatt til den enkelte kommunelege. I enkelte kommuner var det nok en fungerende god kontroll, mens den andre steder var svært rudimentær. I noen kommuner var det også en forsinkelse på mange måneder før dødsmeldingene ble videresendt til DÅR, og noen ganger forsvant de helt. For enkelte små kommuner kunne det bety at dekningsgraden ble så lav, at dødsårsaksstatistikken på kommunenivå var ubrukelig. Det var også et teknisk problem ved innføring av elektronisk dødsmelding, fordi det ikke var noen kode i helsepersonellregisteret eller kontaktregisteret som var knyttet til funksjonen som kommune(over)lege, slik at det ikke var mulig å vite hvem som eventuelt skulle få tilsendt de elektroniske dødsmeldingene for kvalitetskontroll. Noen kommuneleger ga uttrykk for at gjennomgangen av dødsmeldinger ga dem en form for epidemiologisk oversikt. For å beholde denne muligheten ble det tatt inn en ny § 3-3 i Dødsårsaksregisterforskriften som gjorde det mulig for kommunelegene å få utlevert identifiserbare data om dødsfall i deres kommune i den hensikt at de kunne oppfylle sine plikter(23).



Figur 1.4.2 Meldingsgangen for dødsmeldinger før innføringen av elektronisk dødsmelding(36).

1.4.3 Om bedømming av døds måte

Døds måte (eng. manner of death) er den overordnede klassifiseringen av dødsfall. Et naturlig dødsfall er et dødsfall som utelukkende skyldes sykdom. Dersom døden skyldes en skade eller forgiftning (en ytre årsak), så kan det være en ulykke, selvmord, drap eller ikke mulig å avgjøre. (I enkelte jurisdiksjoner brukes også noen flere undergrupper.) For eksempel kan en forgiftning med heroin være en ulykke i forbindelse med rusbruk (det man ofte kaller et «overdosedødsfall»), en handling der personen ønsket å ende sitt eget liv (selvmord) eller en villet handling av annen person (drap). Ved dødsfall på grunn av ytre årsak registreres både den anatomiske skaden eller den kjemiske substansen som er involvert (skadediagnosen) og omstendighetene og intensjonen omkring dødsfallet. For at et dødsfall skal kunne registreres som et selvmord (eller ulykke eller drap) må noen gjøre en vurdering av døds måten. I mange land er det en offisiell juridisk instans (f.eks. coroner) som gjør denne vurderingen. I Norge gjøres registreringen i stor grad på bakgrunn av vurderingen til den enkelte lege som utsteder døds meldingen (eller obdusenten, der det er gjort obduksjon). Dersom dødsfallet kan være unaturlig, skal det meldes til politiet(37). Dersom politiet velger ikke å starte etterforskning, så eksisterer ikke noen annen vurdering av døds måte enn den som er gjort av legen som utstedte døds meldingen. Det finnes ingen retningslinjer eller kriterier for hvordan legen skal gjøre denne vurderingen, og det blir opp til den enkeltes skjønn. Dersom politiet velger å etterforske dødsfallet nærmere, er det ingen mekanisme for å overføre politiets vurdering til DÅR (og dermed til offisiell statistikk). Det betyr at legen kan ha vurdert et dødsfall som en sannsynlig ulykke, mens politiet mener at det er selvmord; registreringen i DÅR blir likevel ulykke. Det er også eksempler på at dersom politiet mener at det ikke er grunn til å tro at dødsfallet skyldes en straffbar handling, så gjøres det ingen ytterligere vurdering om det var en ulykke eller selvmord.

Det forekommer også at DÅR får inn to eller flere døds meldinger om samme dødsfall, og da er det mulig at de som har fylt ut døds meldingene har ulik oppfatning om døds måten; det blir da opp til DÅR å avgjøre hvordan dødsfallet skal registreres. Hvis døds måten ikke er angitt på døds meldingen, er det en dårlig dokumentert praksis i Norge at dødsfallet kodes som ulykke. Unntaket er hengning, som kodes som selvmord, med mindre annet er angitt. Kategorien uviss døds måte brukes lite i Norge, kun dersom legen som utsteder døds meldingen (eller skriver obduksjonsrapporten) eksplisitt angir det. Kategorien brukes langt hyppigere i våre naboland. For eksempel var ca. 0,5 % av dødsfallene på grunn av ytre årsak i Norge i 2021 i denne kategorien, mens det var 5,8 % i Sverige(38). Samlet fører dette med stor sannsynlighet til at en del dødsfall i Norge blir registrert som ulykker, selv om de burde være registrert som selvmord eller hendelser med uviss døds måte.

1.4.4 Coroner (i England)

Coronerordningen har sin opprinnelse i England på 1100-tallet(39). Crowner (senere coroner) var en lokal representant som skulle ivareta kongens (statens) interesser, særlig de økonomiske. Etter hvert har funksjonen i all hovedsak blitt å undersøke og registrere mulig unaturlige dødsfall. De senere årene har det vært en viss endring i organiseringen av arbeidet. En coroner i England er en juridisk tjenestemann. Omfanget av dødsfall som skal rapporteres til coroner er bredere enn det som er meldepliktige dødsfall i Norge og omfatter bl.a. også alle dødsfall med ukjent årsak. Meldingen kan komme fra lege, medical examiner, legfolk, begravelsesbyrå eller politi. I 2023 ble 34 % av dødsfallene i England meldt til coroner. I Norge antar man at det er i størrelsesorden 10 % som skal meldes til politiet. Coroner (med medhjelpere av ulike slag) undersøker dødsfallet nærmere, kan innhente ytterligere informasjon og vitnemål og avgjør om det skal gjøres en rettsmedisinsk obduksjon. I 2023 ble det bedt om rettsmedisinsk obduksjon i 44 % av dødsfallene som ble meldt til coroner, altså ca. 15 % av alle dødsfall. Til sammenligning er andelen i Norge litt over 5 %. På bakgrunn av dette gjøres en vurdering av døds årsak og

døds måte, men ikke om skyld- eller ansvarsforhold. De fleste saker kan håndteres rent administrativt, men i enkelte tilfeller gjøres en formell høring (inquest)(40).

Fra 2018 ble beviskravet for klassifisering av dødsfall i England endret fra «utover rimelig tvil» til enkel sannsynlighetsovervekt. Dette førte til en økning i andelen dødsfall som ble klassifisert som selvmord og en nedgang i andelen med uviss intensjon. Dette førte likevel ikke til noen vesentlig endring i selvmordsstatistikken, fordi dødsfallene med uviss intensjon likevel ble tatt med som sannsynlige selvmord. Mange andre land har varianter av coronerordning. Det er ulike regler for hvilken myndighet embetet har, hvilke kvalifikasjoner som kreves, hvilke dødsfall som skal meldes osv.

Coronerordning er en av flere måter å organisere håndteringen av unaturlige dødsfall på. Eksempler på andre måter er politistyrte systemer (slik som i Norge og resten av Norden) og systemer som ledes av en offisiell rettsmedisinsk instans (slik som medical examiner-systemet i en del stater i USA.)

1.4.5 Medical examiner (i England)

Betydningen av medical examiner er svært ulik i England og f.eks. USA. Her beskrives kun funksjonen i England(41). Medical examiner-ordningen ble introdusert i 2019, og en av grunnene til at den ble opprettet var etterspillet etter Shipman-saken, der en lege i 2000 ble dømt for å ha drept 15 pasienter, men der det var mistanke om at han over en 30-årsperiode kunne ha drept over 280. Medical examiner-ordningen består av offentlig ansatte leger, uavhengige av behandlingsskjeden og med ekstra utdanning, som skal granske alle dødsmeldinger, sikre at dødsfall blir meldt til coroner, ta imot spørsmål fra pårørende og gi tilbakemelding om mulig kvalitetsfremmende tiltak(42). Medical examiner kan være rådgiver for coroner. I arbeidet kan medical examiner ta kontakt med legen som utstedte dødsmeldingen, ha tilgang til pasientjournal og ha kontakt med pårørende. Det er estimert at funksjonen krever en fulltids medical examiner og tre assistenter/undersøkere per 3000 dødsfall. Mens medical examiner er leger, ofte på deltid, kan assistentene være sykepleiere eller ha annen relevant bakgrunn. Medical examiners er ikke rettsmedisinere og utfører ikke obduksjoner.

Ekspertgruppen fikk inntrykk av at erfaringene med medical examiner i England og Wales var gode. Både klinikere og pårørende var fornøyd med ordningen, og en undersøkelse tydet på at innføringen hadde ført til færre (unødvendige) meldinger til coroner. Ordningen er fremdeles så ny at det er uvisst om den vil avdekke flere tilfeller av behandlingssvikt eller straffbare handlinger.

1.4.6 Danmark – retslægeligt ligsyn

I Danmark er reglene for hvilke dødsfall som skal meldes til politiet svært like som i Norge(43). Når et dødsfall er meldt til politiet, skal det i alminnelighet gjøres retslægeligt ligsyn av politi sammen med en lege fra Styrelsen for Patientsikkerhed(44). Ved liksynet tas det stilling til dødsårsak og døds måte, og døds melding utstedes først etter at liksynet er avholdt. I forbindelse med liksynet avgjør politiet om det skal gjøres en rettsmedisinsk obduksjon(45). I 2023 ble det gjort 4203 rettsmedisinske liksyn, noe som tilsvarer i overkant av 7 % av dødsfallene i Danmark(46). Mange saker avsluttes etter liksynet, slik at andelen dødsfall som sendes til rettsmedisinsk obduksjon er lavere enn i Norge.

2 Metode

Ekspertgruppen har gjennom 2024 og 2025 hatt totalt seks møter, hvorav tre fysiske og tre digitale. De to første møtene ble benyttet til å bli kjent med hverandres fagområder og til å kartlegge dagens ordning for rapportering av dødsfall generelt og selvmord spesielt. Denne kunnskapen er beskrevet i kapittel én i rapporten.

I møte nummer tre foreslo alle gruppens medlemmer mulige tiltak for å bedre dagens ordning uten å begrense seg med tanke på gjennomførbarhet, juridiske begrensninger, kapasitet, kostnader eller lignende. Dersom tiltaket kunne bidra til å ta ned mørketallene ved selvmord, ble det tatt med i det videre arbeidet. Totalt ble det formulert 28 ulike, mulige tiltak.

I møte nummer fire formulerte gruppen en kort beskrivelse av tiltaket, hvilke fordeler innføring av tiltaket kunne ha sett opp mot mandatet, og hvilke ulemper gruppen mente kunne være knyttet til tiltaket. Ekspertgruppen gjorde også en erfaringsbasert vurdering av nivået på kostnadene knyttet til tiltakene. Til slutt ble en totalvurdering av hvert tiltak formulert. Disse er beskrevet i kapittel tre.

I møte nummer fem fikk vi presentert coroner- og medical examiner-ordningen av professor Jason Payne-James (Norfolk & Norwich University Hospital) slik den fungerer i England. I møte nummer fem gikk gruppen også gjennom alle tiltakene i kapittel tre. Hvert av de ti tilstedeværende medlemmene av ekspertgruppen valgte sine åtte høyest prioriterte tiltak. Resultatet av disse prioriteringene dannet grunnlaget for en diskusjon i møtet av hvilke tiltak gruppen samlet sett mente var de meste aktuelle for å ta ned mørketallene ved selvmord. Noen av tiltakene dreide seg om kvalitetssikring av selve dødsmeldingene, noen var kvalitetssikring av den rettsmedisinske undersøkelsen, noen var tiltak for å innhente ny informasjon til DÅR, og noen var økt bruk av rettsmedisinsk undersøkelse.

I møte nummer seks ble tiltakene bearbeidet ytterligere, og ekspertgruppen gikk gjennom rapporten og godkjente utkastet til tekst som ble sendt til HOD for innspill i desember 2024. Rapporten ble gjennomgått i et møte mellom HOD og deler av ekspertgruppen i januar 2025. Basert på rapportutkastet og dialogen i møtet ba HOD om at ekspertgruppen trakk frem de ti viktigste tiltakene i prioritert rekkefølge. Disse ti er beskrevet i kapittel fire.

I kapittel fire beskriver ekspertgruppen ytterligere syv anbefalte tiltak, men som gruppen mener har mindre betydning for mørketallene enn de første ti. Til slutt følger ni tiltak ekspertgruppen mener ikke bør prioriteres.

Ekspertgruppen har skrevet rapporten sammen, og alle medlemmene av ekspertgruppen har bidratt med tekst til utkastene og revisjonene av rapporten. Skrivearbeidet har i stor grad foregått mellom møtene.

Endelig rapport ble oversendt HOD i april 2025.

3 Forslag til tiltak og vurdering av disse

3.1 Vurdering av foreslåtte tiltak

For hvert foreslåtte tiltak har ekspertgruppen valgt følgende oppsett:

- En kort beskrivelse av tiltaket
- Fordeler ved tiltaket
- Ulemper ved tiltaket
- Et anslag på administrative/økonomiske kostnader ved tiltaket
- En oppsummering av i hvor stor grad ekspertgruppen mener tiltaket er egnet til å redusere mørketallene

3.2 Del A Vurdering av tiltak for å bedre dagens ordning

a) Forslag til forbedring i kommunikasjonen

Tiltak 1. Automatisk involvering av fastlege når en døds melding er sendt inn til DÅR

- **Beskrivelse:** Når en lege skriver en døds melding, bør det gå automatisk kopi til avdødes fastlege. Døds melding bør ha format som epikrise, og det bør være mulighet for fastlegen å kommentere på denne. Alternativt bør det i epikrisen ligge standardisert informasjon om hva fastlegen kan gjøre dersom vedkommende mener at noen av opplysningene i døds meldingen ikke er korrekte.
- **Fordeler:** Fastlegen kan på denne måten fungere som kvalitetskontroll slik kommuneoverlegene gjorde før ny forskrift trådte i kraft. Det er viktig at denne kontrollen ligger hos noen som kjente avdøde, og som har tilgang til tidligere journalopplysninger. Det kan bidra til at flere selvmord oppdages, men også med stor sannsynlighet økt kvalitet på dataene i DÅR for andre dødsårsaker. I tillegg vil kopi av døds meldingen ha en generell effekt som kvalitetssikring av fastlegens arbeid, læring i hvordan døds meldinger skal fylles ut, samt viktig informasjon til fastlegen som kanskje skal ivareta pårørende av den avdøde. I forlengelsen av at slik informasjon tilkommer fastlegen, kan fastleger få informasjon om plikten til å gi nødvendige opplysninger om dødsfallet og dødsårsaken. Videre kan fastlegen informeres om prosedyren for å gi slike opplysninger, både til DÅR og til politiet. Automatisert utsending av epikrise til fastlege finnes som en teknisk løsning i de elektroniske pasientjournalene på sykehus, men foreløpig ikke i produksjonssystemet til DÅR.
- **Ulemper:** Krever forskriftsendring og en endret teknisk løsning. Informasjonen i døds meldingen er sensitiv.
- **Kostnader:** Må vurdere lovligheten av å sende epikriseformat til fastlege. Kostnadene på endringene vil være avhengige av hvorvidt det kun skal være en epikrise med informasjon, eller om det også skal være mulig for fastlegen å legge inn kommentarer.
- **Totalvurdering:** Dette tiltaket har sannsynligvis svært stor gevinst for reduksjon av mørketall. Kostnadene vil avhenge av hvor avansert man lager løsningen.

Tiltak 2. Elektronisk kommunikasjon mellom DÅR og fastlegen når DÅR skal innhente tilleggsopplysninger

- **Beskrivelse:** DÅR får mulighet til å sende elektroniske meldinger til fastlegen, på samme måte som de nå gjør til meldende lege. Fastlegen vil tilsvarende ha mulighet til å sende elektroniske meldinger til DÅR direkte fra journal.
- **Fordeler:** En elektronisk kommunikasjon vil lette dialogen betydelig, både kvalitetsmessig, arbeidsmessig og transportmessig. I dag går denne dialogen per brev, og postgangen i store deler av landet er treg og ustabil. Norsk helsenett er utviklet for å sende sensitiv informasjon sikkert mellom helseaktører, og adresseregister for helseaktører oppdateres kontinuerlig.
- **Ulemper:** Dialogen må krypteres siden dette er særlige kategorier av personopplysninger. Deling av opplysninger fra døds melding krever endring i Dødsårsaksregisterforskriften.
- **Kostnader:** Teknisk og juridisk avklaring og forskriftsendring i DÅR.
- **Totalvurdering:** Elektronisk meldingsutveksling mellom helseaktører i Norsk helsenett er nå standard. Muligheten til å sende og motta slike meldinger er det lagt til rette for i infrastruktur, i og med at døds meldinger allerede sendes inn via helsenettet. Mulighet til dialogmeldinger til og fra DÅR vil lette arbeid for både fastleger og registeret betydelig.

Tiltak 3. Kommunikasjon fra politi til behandlende lege eller obdusent som informerer DÅR

- **Beskrivelse:** I dag er det forskriftsfestet at leger som skriver døds melding, skal informere politiet ved unaturlige dødsfall. Informasjon fra politiet om vurderinger som er gjort, går ikke automatisk tilbake til legen som skriver døds melding eller som obduserer, og heller ikke direkte til DÅR. Dersom informasjonen går direkte til DÅR, vil det være vanskelig for registeret å konkludere med hvilken informasjon som gir grunnlag for å sette dødsårsak. En mulig løsning er at lege som har sendt inn døds melding eller obdusert får informasjon fra politiet og dermed har anledning til å korrigere dødsårsaker sendt til DÅR. Se også drøfting vedrørende coroner-ordningen.
- **Fordeler:** I politiets utredning finnes informasjon i dag som ikke deles med DÅR. Tilbakemelding med konklusjon av etterforskning er relativt enkelt å dele.
- **Ulemper:** Å få delt informasjonen fra utredning med lege krever en endring i politiets instruks.
- **Kostnader:** Krever antakelig forskriftsendring og endring i politiets instruks.
- **Totalvurdering:** Dette tiltaket dekkes under tiltak 15.

Tiltak 4. Innhente informasjon om dødsfall med dødsårsak og døds måte for nordmenn som dør i utlandet

- **Beskrivelse:** Når nordmenn dør i utlandet, får DÅR ikke informasjon om dødsårsak. Det er sannsynlig at ambassader får tilgang til informasjon, spesielt når avdøde transporteres til Norge. Tilgang til denne informasjonen vil styrke kunnskapen om dødsårsaker og selvmord som begås i utlandet og styrke registeret. Det er nødvendig å

få klarhet i om ambassader og utenriksdepartementet får denne informasjonen, og om den kan deles med DÅR.

- **Fordeler:** Fordelen med å få denne kunnskapen er betydelig sammenlignet med dagens situasjon. Vi har på grunn av DÅRs manglende informasjon om dødsfall i utlandet veldig lite kunnskap om dødsårsaker i denne gruppen.
- **Ulemper:** Det er uklart om disse opplysningene finnes, og i så fall hvor. Et samarbeid med utenriksstasjoner og utenriksdepartementet er nødvendig for å innhente opplysningene. Det må også avklares om det er informasjon som kan deles, og hvordan opplysningene er kvalitetssikret.
- **Kostnader:** Det er usikkert hvor store kostnader som er forbundet med dette arbeidet, men det antas at det vil være arbeidskrevende både å opprette kanaler for å innhente informasjonen og å kvalitetssikre opplysninger som innkommer.
- **Totalvurdering:** Det er sannsynlig at de fleste dødsfall som meldes inn uten dødsårsak, er dødsfall som skjer i utlandet. Personer som dør i utlandet er gjerne yngre enn personer som dør i Norge, og det er en større andel plutselige og uventede dødsfall i denne gruppen. Det er derfor sannsynlig at insidensen av selvmord kan være høyere blant personer som dør i utlandet enn ved dødsfall i Norge. Tilgang til dødsårsak for personer som dør i utlandet vil kunne avdekke mørketall for selvmord i DÅR.

b) Forslag til tiltak slik at legene får med alle relevante opplysninger på dødsmeldingen.

Tiltak 5. Forbedring av det digitale skjemaet for dødsmeldingen

- **Beskrivelse:** Et skjema som skal fylles ut av mange med forskjellig bakgrunn og varierende erfaring med utfylling av dødsmeldinger, bør være selvforklarende. Nødvendig tilleggsinformasjon, avklaringer og eventuelle utdypninger bør være tilgjengelig i selve skjemaet, slik at man ikke må søke andre kilder når man er i tvil om hva man skal gjøre. Digitaliseringen av dødsmeldingen åpnet for interaktivitet slik at man kan ha informasjonsfelt og mulighet for direkte tilgang til forklaringer. Et eksempel på en slik funksjon kan være oppslag i kodeverket ICPC-2 med forslag til korresponderende koder i ICD-10. Det finnes en slik funksjon i dag, men ICPC-2 er symptomorientert og lite presist for dødsårsak og dødsårsak. Den korresponderende ICD-10 koden blir dermed svært generell og foreløpig ikke så mye til hjelp. Muligheten for interaktivitet bør utnyttes bedre. Et annet eksempel kan være å tilrettelegge for utvidet rapportering av omstendigheter rundt dødsfall, ytre årsak og tilleggsopplysninger. I tillegg kan mindre grep som for eksempel å endre rekkefølgen på momentene i dødsmeldingen for å be legen klassifisere dødsfallet først og så oppgi dødsårsak etterpå, bidra til økt registrering av selvmord som årsak til dødsfall.
- **Fordeler:** Tiltaket vil være til god hjelp for alle leger som fyller ut dødsmeldingen, uavhengig av hvor ofte de gjør det. Tiltakene vil kunne føre til høyere kvalitet på innholdet i rapporteringen av alle dødsfall og dermed økt kvalitet på dataene i DÅR.
- **Ulemper:** Tiltaket forutsetter en analyse av hva som er de dårligst utfylte feltene i dag, samt utprøving av andre oppsett. Videreutvikling av skjemaet vil medføre kostnader.

- **Kostnader:** Tiltaket er avhengig av eksterne aktører som Norsk helsenett. Det vil påløpe en god del kostnader knyttet til analyse, brukertesting og videreutvikling avhengig av hvor store endringer som er ønskelig.
- **Totalvurdering:** Dette er ett av de viktigste punktene for å bedre rapporteringen av dødsårsaker. Det er usikkert om dette tiltaket vil ha spesifikk virkning på rapportering av selvmord. Det vil likevel sannsynligvis lønne seg å legge inn ressurser her, istedenfor å bruke midler på andre tiltak som skal kompensere for et suboptimalt skjema.

Tiltak 6. Iverksette en gjennomgang av hvordan legene kan rapportere selvmord

- **Beskrivelse:** Selvmord rapporteres gjennom klassifisering av dødsfall i dødsmeldingen og gjennom rapportering av diagnosekoder. Det finnes tre ulike kodeverk i bruk i dag: ICD-10 (som brukes av DÅR og spesialisthelsetjenesten), NORPAT koder (som brukes av patologer) og ICPC-2 (som brukes av leger i primærhelsetjenesten). Kodeverkene har forskjellig egnethet ved rapportering av selvmord. Generelt er det en utfordring at DÅR ønsker rapportering i et kodeverk som er lite brukt av mange av legene som fyller ut dødsmeldinger i tillegg til at det forutsetter en detaljert kunnskap om pasienten, dødsfallet og forløpet frem til dødsfallet som man ikke nødvendigvis besitter. Det er også mulig å rapportere dødsårsak i ren fritekst. Per i dag klassifiseres selvmord som "selvmord/sannsynlig selvmord", som gir rom for rapportering også ved usikkerhet. Det kan være at det vil gjøre det lettere å kryse av på dette feltet dersom man får mulighet til å gi ekstra informasjon om hva man har observert i et fritekstfelt direkte knyttet til dette punktet.
- **Fordeler:** Tilrettelegging for å rapportere om mulige selvmord vil øke sannsynligheten for at man rapporterer selvmord også når det er større usikkerhet involvert.
- **Ulemper:** Usikre opplysninger vil forskyve usikkerheten over på kodere i DÅR. De har mindre forutsetninger for skjønnbaserte vurderinger, enn den som har synet liket. Et eventuelt fritekstfelt må utformes slik at det ikke øker rapporteringsbyrden og at det ikke stopper flyten på dødsmeldinger som ellers ville kunne håndteres automatisk.
- **Kostnader:** Det vil være noe kostnader involvert ved endring av det elektroniske meldingsskjemaet.
- **Totalvurdering:** Tiltaket vil sannsynligvis gi økt rapportering av selvmord og reduksjon av mørketall.

Tiltak 7. Oppfordre til økt bruk av «uviss» som døds måte, eventuelt legge inn andre muligheter for å markere usikkerhet i opplysningene

- **Beskrivelse:** Det er mulig å oppfordre til å utvide bruken av begrepet uviss døds måte dersom legen er usikker. Per i dag er normen at uviss døds måte kun brukes når det er gjort en grundig undersøkelse av dødsårsak og døds måte, som ved en obduksjon.
- **Fordeler:** Indikerer usikkerhet bedre. Gir indikasjon på behov for innhenting av tilleggsinformasjon.
- **Ulemper:** Gjeldende normer for bruk må endres. Både begrepet uviss døds måte og ulykke maskerer selvmord. Det gir fare for at uviss døds måte blir brukt som en lettvin løsning når legen er i tvil om hva som skal fylles ut, slik at total kvalitet på dødsmeldingene reduseres. Dessuten vil ansvaret for riktige opplysninger flyttes fra

dem som er nærmest situasjonen og dermed har best grunnlag for å vurdere situasjonen, til dem som er lengre unna situasjonen. Det vil være utfordrende å vite hvor man skal hente inn nødvendig tilleggsinformasjon.

- **Kostnader:** Kan medføre utviklingskostnader.
- **Totalvurdering:** Dette vil forskyve ansvaret for avklaring av usikkerhet lengre vekk i systemet til personer som har mindre forutsetning for å gjøre gode skjønnsmessige vurderinger. Det er dermed neppe et tiltak som får ned mørketall for selvmord.

Tiltak 8. Tydeliggjøre meldende leges angremulighet i dødsmeldingen

- **Beskrivelse:** Det eksisterer i dag en mulighet til å endre på opplysninger man har gitt i dødsmeldingen, men den er kanskje lite kjent. Det er mulig at bedre kjennskap til denne muligheten vil føre til at flere faktisk reviderer dødsmeldingen dersom de blir kjent med nye opplysninger om dødsfallet.
- **Fordeler:** Det kan gi økt rapportering av tilfeller der døds måte eller dødsårsak bør korrigeres fordi man på et senere tidspunkt har mottatt ny informasjon.
- **Ulemper:** Det kan være en fare for at flere førstegangsmeldinger blir mindre komplett fordi man tenker å revidere informasjonen senere.
- **Kostnader:** Små.
- **Totalvurdering:** Dette kan redusere mørketallene for selvmord noe. Kostnadene involvert er sannsynligvis relativt begrenset, og tiltaket vil kunne heve den generelle kvaliteten av DÅR.

Tiltak 9. Oppdatere DÅRs hjemmesider og oppdatere mye brukte prosedyreverk som Legevakthåndboken (lvh.no) og Norsk elektronisk legehåndbok (NEL)

- **Beskrivelse:** Leger som trenger støtte i utfylling av dødsmeldingen, må finne oppdatert og relevant informasjon når de har behov for det. Siden mange av legene bruker prosedyreverk, er det nødvendig at ansvarlige i DÅR bidrar til at informasjonen i prosedyreverkene er korrekt og oppdatert.
- **Fordeler:** Leger som søker informasjon finner til enhver tid oppdaterte og koordinerte informasjonssider.
- **Ulemper:** Krever jevnlig oppdatering og kontinuerlig vedlikehold. Forutsetter samarbeid med andre instanser som ikke har kvalitetssikring av DÅR som en av sine kjerneoppgaver.
- **Kostnader:** Oppdatering av nettsidene er forholdsvis enkelt, men det må avsettes tid og kapasitet til å gjennomføre det.
- **Totalvurdering:** Riktig informasjon på egne nettsider er en forutsetning for å være en troverdig aktør, og bidrag til å sikre andre prosedyreverk vil ha god avkastning. Tiltaket vil definitivt bidra til bedring av utfylling av dødsmeldinger. Det er litt mer usikkert om det spesifikt vil redusere mørketall på selvmord.

Tiltak 10. Kursing av leger i utfylling av dødsmelding

- **Beskrivelse:** Det er utarbeidet kurs som skal lære leger å fylle ut dødsmeldingen riktig. Kurset er i dag tellende til flere spesialiteter i medisin, men det er ikke obligatorisk å gjennomføre kurset. Man må betale for å delta på kurset. Ved gjennomført kurs kan man senere bruke kurset som oppslagsverk. For å nå ut til flere, kan det være at det er mer effektivt å få inkorporert informasjonen i andre obligatoriske kurs, samt at kunnskap om utfylling av dødsmelding blir spesifisert som ett læringsmål under grunn- og videreutdanningen av leger.
- **Fordeler:** Kurset øker kunnskapen om dødsmelding blant leger.
- **Ulemper:** I andre læringsfelt ser man at for å ha effekt over tid, må kurs gjentas eller repeteres. Fordi de fleste leger skriver dødsmelding relativt sjeldent, kan det gå lang tid fra man har tatt kurset til man faktisk skal fylle ut en dødsmelding. Deltakeravgift på kurset gir barriere for deltakelse, noe som er lite heldig når man ønsker å bredde kunnskap.
- **Kostnader:** Dersom man skal tilby kursinnholdet gratis for å bygge ned barrierer mot å ta det, må vedlikehold og oppdatering av kurset dekkes inn på andre måter.
- **Totalvurdering:** Det er svært verdifullt med kurs for interesserte leger. Det kan imidlertid være at kostnader involvert i utvikling og vedlikehold av kurs heller bør benyttes på utbedring av den digitale meldingsløsningen og kvalitetssikring av informasjon på de offisielle nettsidene.

Tiltak 11. Nasjonal mal for obduksjonsrapporter og standardisert innsending elektronisk til DÅR

- **Beskrivelse:** En nasjonal mal for obduksjonsrapporter kan bidra til en mer enhetlig informasjonsformidling fra obduksjonslaboratoriene til Dødsårsaksregisteret. En slik mal er utarbeidet og tatt i bruk flere steder.

Elektronisk innsending kan sikre at alle obduksjonsrapportene blir sendt til DÅR, og til en viss grad effektivisere arbeidet i registeret.

- **Fordeler:** Resultatet av obduksjoner vil rapporteres mer ensartet, og obligatoriske felt kan sikre at all relevant informasjon rapporteres.
- **Ulempe:** Det er usikkert om alle avdelinger vil ønske å følge en nasjonal mal, og dersom den skal bidra til å redusere mørketall ved selvmord må den være utformet slik at man sikrer at obdusenten tar stilling til dødsårsak (slik det er diskutert andre steder). Elektronisk innsending vil kreve etablering av en løsning for dette, og avhengig av hva slags løsning som velges, vil det også være behov for utforming av digitalt skjema.
- **Kostnader:** Eventuelle kostnader knyttet til utvikling av digitalt skjema.
- **Totalvurdering:** En felles nasjonal mal for obduksjonsrapporter er et tiltak som kan gi generell kvalitetsheving, men verdien for reduksjon av mørketall er usikker og vil avhenge av hvordan malen er utformet. Slik malen ser ut i dag vil den neppe i seg selv bidra til reduksjon av mørketall. Elektronisk innsending av obduksjonsrapporter vil neppe ha noen innvirkning på mørketall ved selvmord.

c) Vurdere om den elektroniske løsningen kan bedres slik at flere leger kan se dødsmeldinger for å bidra til at meldepliktige dødsfall blir meldt til de riktige myndighetene (politi, HTil, MSIS, RELIS etc). Vurdere mulighet for kontroll av om legen følger meldeplikten

Tiltak 12. Leger bør få tilgang til å se andre legers dødsmeldinger

- **Beskrivelse av tiltaket:** Ofte er flere leger involvert i forløpet frem til en pasient dør. De kan ha kunnskap om forskjellige faktorer av betydning for vurdering av riktig dødsårsak. Ved å gi leger tilgang til å lese og endre døds melding som andre leger har sendt inn, gir man flere muligheten til å sikre opplysningene i døds meldingen.
- **Fordeler:** Leger med mer erfaring kan på en mer effektiv måte kvalitetssikre døds meldinger til mindre erfarne kolleger. Det blir også lettere for den mindre erfarne kollegaen å se og lære av mer erfaren kollega. Tilgang vil sikre kontinuitet og mulighet for oppdatering av opplysninger dersom den legen som sendte inn meldingen, ikke er tilgjengelig lenger på grunn av ferie, permisjon eller avsluttet arbeidsforhold. Det kan også gjøre det enklere for legen som synet den døde, å be kolleger om å kvalitetssikre opplysningene. Døds meldingen blir også tilgjengelig for alle leger med tjenstlig behov til andre formål, f.eks. samtale med pårørende, sending av lik ut av landet osv.
- **Ulemper:** Vil kreve endring av den digitale løsningen, blant annet ved at man ved pålogging må oppgi hvorfor man skal åpne aktuell døds melding. Vil også kreve logging av endringer i meldingen.
- **Kostnader:** Krever forskriftsendring og endret teknisk løsning.
- **Totalvurdering:** Kan ha stor verdi for kvalitetssikring av opplysninger generelt, men også for reduksjon av mørketall ved selvmord. Tiltaket kan også lette administrative gjøremål og føre til færre innsynsforespørsler til DÅR.

Tiltak 13. Døds meldingen bør være automatisk integrert i alle elektroniske journalsystemer

- **Beskrivelse:** Integrering av døds meldingen i journalsystemet gjør det lettere å fylle ut skjemaet.
- **Fordeler:** Leger kan skrive døds meldingen i det systemet de er vant til og jobber i til vanlig. Døds meldingen vil ligge tilgjengelig som en del av pasientens journal.
- **Ulemper:** Det er kun døds meldinger som er skrevet i det aktuelle journalsystemet som blir liggende i journalen. Eventuelle rettelser eller nye døds meldinger skrevet via andre journalsystemer eller webløsningen vil ikke utveksles mellom systemene. Videre integrering forutsetter arbeid hos journalleverandørene både for innlemming av løsningen og oppdatering av løsningen i fremtiden. Fordi det kreves samhandling mellom og ressursbruk hos flere aktører, vil det være mer utfordrende å sikre at den elektroniske døds meldingen til enhver tid er oppdatert.
- **Kostnader:** Det er utviklet en løsning (API), men ingen journalleverandører har så langt utviklet en ferdig integrasjonsløsning. Kostnadene vil derfor ligge hos journalleverandør, bortsett fra vedlikehold av API-et.
- **Totalvurdering:** Dette tiltaket vil sannsynligvis ikke påvirke mørketall ved selvmord.

Tiltak 14. Kontroll av om leger følger meldeplikten

- **Beskrivelse:** Leger har en rekke meldeplikter ved dødsfall. Det har derfor vært foreslått at man bør se på muligheten av kontroll av om legen følger meldeplikten. Tall fra blant annet DÅR tyder på at det er sjelden at meldeplikten til DÅR svikter. Det er mer usikkerhet rundt om meldeplikten til politiet overholdes.
- **Fordeler:** Flere meldinger til politiet vil kunne bidra til flere obduksjoner som kan avdekke korrekt dødsårsak.
- **Ulemper:** Politiet får økt ressursbruk. Kontroll kan oppfattes som overvåkning og straff. Ut fra rapporter om lite mangler i meldingene, er det sannsynlig at et kontrollsystem vil gi høye kostnader per avdekte avvik.
- **Kostnader:** Vil avhenge av hva som skal kontrolleres og måten det skal gjøres på.
- **Totalvurdering:** Kontroll kan medføre flere ulemper enn fordeler. Det vil sannsynligvis være mer verdifullt og effektivt at informasjon om meldeplikt ligger inkorporert i meldeskjemaet slik at man får støtte til å tenke gjennom behov for melding, samt å gjennomføre de nødvendige meldingene. Det kan være aktuelt å gjennomføre et begrenset prosjekt for å få mer informasjon om i hvilken grad meldeplikten overholdes.

d) Forslag til tiltak for å sikre at FHI/Dødsårsaksregisteret mottar rett informasjon om innmeldte dødsfall og at informasjonsutvekslingen mellom politi og FHI fører til at FHI får informasjon om utfallet av politietterforskninger

Tiltak 15. DÅR bør motta informasjon fra politiet om registrerte selvmord

- **Beskrivelse:** DÅR mottar i all hovedsak sin informasjon om dødsfall via opplysningene i «Melding om dødsfall» som fylles ut av en lege. I saker hvor det for eksempel er mistanke om selvmord (eller dødsfallet fremstår som unaturlig) skal politiet varsles og det skal i utgangspunktet gjennomføres en rettsmedisinsk obduksjon. Dette gjøres imidlertid ikke alltid, og i disse tilfellene er det kun «Melding om dødsfall» som gir DÅR informasjon om dødsårsak. I de tilfellene hvor det gjennomføres obduksjon, skal resultatet av obduksjonen sendes DÅR. Dette gjøres av obduksjonsavdelingene.

Det er pr i dag ingen direkte kontakt mellom politiet og DÅR. Informasjonen DÅR mottar om dødsfall som etterforskes av politiet, kommer som nevnt fra obduksjonsavdelingene via obduksjonsrapporter. I de fleste sakene politiet etterforsker, gjør omstendighetene rundt dødsfallene at det sjelden er tvil om når det dreier seg om et selvmord. I enkelte saker derimot, som forgiftningssaker, er politiet helt avhengig av den endelige obduksjonsrapporten for å kunne fastslå dødsårsak og klassifisere saken som et selvmord. Ekspertgruppen foreslår at resultatet av politiets etterforskning tilfaller DÅR, enten direkte til DÅR eller via obdusent. Ekspertgruppen foreslår også en ordning der politiet deler sine selvmordstall med DÅR for å avdekke omfanget av tilfeller der dødsfallet klassifiseres ulikt.

- **Fordeler:** DÅR og politiet har i stor grad tilgang til de samme obduksjonsrapportene. Siden det er disse rapportene som danner grunnlaget for klassifiseringen, er det liten grunn til å tro at det er store forskjeller når det gjelder klassifisering av hvilke dødsfall som skyldes selvmord så lenge det foreligger obduksjonsrapport. Men siden politiet i tillegg har tilgang til annen informasjon, for eksempel vitneforklaringer og

åstedsrapporter, vil tiltaket avdekke i hvilke enkeltsaker det konkluderes ulikt. Tiltaket trenger neppe forskriftsendring. Utleveringen kan trolig hjemles i politiregisterloven § 30(47).

- **Ulemper:** Det foreligger ingen rutine hvor politiet varsler obduksjonsavdelingene dersom etterforskningen skulle avdekke at et dødsfall mest sannsynlig skyldes selvmord og dette ikke fremkommer i obduksjonsrapporten. I hovedsak vil dette være saker hvor omstendighetene forut for dødsfallet vil være av betydning for å kunne si noe om den avdødes motivasjon/ønsker, eksempelvis i enkelte trafikkulykker, fallulykker eller drukningsulykker.
- **Kostnader:** Utveksling av data mellom DÅR og politiet vil etter ekspertgruppens syn ikke medføre noe særlig ekstraarbeid eller kostnader hos politiet, men det vil kunne medføre noe ekstraarbeid hos DÅR i forbindelse med gjennomgang av tallmaterialet.
- **Totalvurdering:** Ekspertgruppen foreslår at det først gjennomføres et prosjekt hvor man avdekker om det er forskjell på antallet selvmord politiet har registrert sett opp mot tallene som finnes i DÅR. Skulle dette arbeidet avdekke at det er for store forskjeller, bør man se på tiltak for å avhjelpe dette. En løsning kan være å innføre en rutine hvor politiet sender en oversikt over selvmord til DÅR på årlig basis.

Når det gjelder saker hvor etterforskningen kommer til en annen konklusjon enn obduksjonsrapporten, vil nok antallet være lavt, men man bør etterstrebe at flest mulig dødsfall blir registrert med riktig dødsårsak. Antallet selvmord i Norge per år er relativt lavt. Det betyr at selv et lite antall saker som endres, kan gi utslag på statistikken.

Se også drøftingen vedrørende coroner-ordningen.

Tiltak 16. Finansieringsordningen for obduksjoner bør revurderes

- **Beskrivelse:** Frem til 1990 var det en sentral finansiering av de rettsmedisinske obduksjonene. I 1991 ble denne kostnaden overført til de enkelte politidistriktene. Det var da en markant nedgang i antallet rettsmedisinske obduksjoner som ble rekvirert. På slutten av 80-tallet ble det gjort i underkant av 3000 rettsmedisinske obduksjoner i året, i overkant av 6 % av dødsfallene. Rundt 1991 var det et fall, ned til ca. 1800 i 1993 (ca. 4 % av dødsfallene). De siste ti årene har vi sett en svak stigning til ca. 2300 rettsmedisinske obduksjoner (i overkant av 5 %)(2;32). Fallet i antallet obduksjoner og variasjonen i obduksjonsandel mellom ulike politidistrikt, gir grunn til å tro at dagens finansiering over politibudsjettet har negativ innvirkning på antallet rettsmedisinske obduksjoner som rekvireres.
- **Fordeler:** Ved å flytte finansieringen bort fra politiet må man kunne anta at antallet obduksjoner vil øke. Dette vil kunne avdekke flere selvmord som igjen vil kunne gi en bedre oversikt og redusere mørketallene.
- **Ulemper:** Totalt sett vil denne endringen kunne medføre større kostnader og gi en økt belastning på obduksjonsavdelingene. Det bør derfor foretas en vurdering av kost/nytte.
- **Kostnader:** En rettsmedisinsk obduksjon ved Oslo universitetssykehus faktureres i 2024 med i underkant av kr 18 000. De reelle kostnadene er trolig betydelig høyere. Dersom antall obduksjoner øker, vil det koste betydelige beløp.

- **Totalvurdering:** Ekspertgruppen mener at å gå tilbake til en sentralisert finansiering av kostnadene til rettsmedisinsk obduksjoner vil kunne bidra til å avdekke flere selvmord, særlig forgiftningsdødsfall, som i dag ikke fanges opp grunnet blant annet økonomiske prioriteringer i politiet.

e) Forslag til tiltak slik at alle obduksjonsrapporter blir sendt inn til FHI. Ekspertgruppen skal også foreslå tiltak for å sikre at obduksjonsrapportene inneholder nødvendig og rett informasjon

Tiltak 17. Generell påminnelse til rettsmedisinerne om å sende obduksjonsrapporter til DÅR

- **Beskrivelse:** Dette gjøres i dag, og det virker. Det blir sendt påminnelse til alle patologiske avdelinger to ganger i året.
- **Fordeler:** Det øker andelen obduksjonsrapporter som sendes til DÅR.
- **Ulemper:** Det er innsendingsplikt i dag, alle får påminnelse, men det er likevel en andel som ikke sender inn.
- **Kostnader:** Lave.
- **Totalvurdering:** Dette virker, selv om det ikke fører til 100 % etterlevelse.

Tiltak 18. Registrere løpenumre på obduksjonsmeldingene

- **Beskrivelse:** Dersom man oppretter løpenummer for obduksjonsmeldingene for hver obduksjonsavdeling, vil man kunne identifisere manglende løpenummer og på bakgrunn av dette etterlyse spesifikke rapporter. Alle obduksjonsrapporter har et obduksjonsnummer, løpenummer, og DÅR kan søke opp en spesifikk avdeling og se hvor det er hull i rekken, men det er ikke dermed sagt at det mangler en obduksjonsrapport hos DÅR.
- **Fordeler:** Løpenumre vil kunne bidra til kunnskap om akkurat hvilke og hvor mange som mangler og gjøre det mulig å etterlyse spesifikt.
- **Ulempe:** Det kan være at obduksjonsrapporten er sendt til Medisinsk fødselsregister eller at det ble generert et obduksjonsnummer, men at det likevel ikke ble utført en obduksjon. Det kan også hende at det kun ble utført en vevsprøve og at det likevel ble generert et obduksjonsnummer. Derfor skyldes ikke alltid slike hull i rekken en reelt manglende obduksjonsrapport. Mørketallene som skyldes manglende obduksjonsmeldinger ved selvmord, er antakelig 2-3 per år. Tiltaket er antakelig svært arbeidskrevende med lite potensiale for forbedring av tallgrunnlaget.
- **Kostnader:** Omfattende registreringsarbeid, og det er allerede innsendingsplikt i dag.
- **Totalvurdering:** Antakelig ikke verdt arbeidsmengden.

Tiltak 19. Minne obduksjonsavdelingene om å sette rettsmedisinsk kommisjon og DÅR som kopimottakere når de oppretter sak

- **Beskrivelse:** Enkelte obduksjonsavdelinger har allerede innarbeidet i sine prosedyrer at den rettsmedisinske kommisjon og DÅR settes i kopi når det opprettes sak.

Ekspertgruppen mener at dette må inn i prosedyrene ved alle obduksjonsstedene, dersom det ikke allerede er implementert. Politidistriktet er primærmottaker.

- **Fordeler:** DÅR vil motta obduksjonsrapporten automatisk når saken er konkludert.
- **Ulempe:** Litt arbeid å få det inn i prosedyrer nasjonalt.
- **Kostnader:** Vil kreve omlegging av registreringssystemet ved enkelte helseforetak.
- **Totalvurdering:** Anbefales også med tanke på mer nasjonal standardisering.

f) Vurdering av muligheten til og behovet for å obdusere flere eldre for å få mer kunnskap om dødsfallene, herunder dødsårsak, i denne gruppen

Tiltak 20. Gjennomføre et forsknings- og utviklingsprosjekt for å undersøke andelen selvmord blant eldre

- **Beskrivelse:** Vi mangler kunnskap om kilder til mørketall hos eldre som kan bistå i å effektivt innrette tiltak for å redusere mørketall på selvmord hos eldre. I første omgang bør det derfor gjennomføres et forsknings- og utviklingsprosjekt som kan gi mer kunnskap om dette. Prosjektet kan for eksempel rette seg mot personer over 80 år som døde med skrotkoder som dødsårsak. Studien bør innhente supplerende informasjon rundt dødsfallet fra eventuell rettsmedisiner/ patolog, etterlatte og helsepersonell som hadde kontakt med avdøde med formål om å undersøke andelen selvmord som skjuler seg i skrotkodene. Prosjektet bør skille på hvorvidt dødsfallet fant sted på sykehus, andre institusjoner eller utenfor institusjon.
- **Fordeler:** En studie vil gi ny kunnskap om kilder til mørketall hos eldre som kan bistå i å utvikle tiltak for å redusere mørketallene på selvmord.
- **Ulempe:** Forskningsprosjektet krever etisk godkjenning i forbindelse med innhenting av supplerende informasjon fra etterlatte og helsepersonell.
- **Kostnader:** Prosjektet vil kreve finansiering.
- **Totalvurdering:** Et slik prosjekt kan skaffe kunnskap som på sikt kan gi mer målrettede tiltak for å redusere mørketall.

Tiltak 21. Heve aldersgrensen for ikke å etterspørre ytterligere dødsårsak til forventet levealder

- **Beskrivelse:** I dag etterspør generelt ikke DÅR meldende lege om ytterligere informasjon om dødsårsak dersom avdøde er fylt 80 år. Dersom denne «aldersgrensen» heves til forventet levealder, vil vi kunne få inn mer informasjon om dødsårsak hos eldre. Den demografiske utviklingen i samfunnet tatt i betraktning, er det logisk å øke aldersgrensen for ikke å etterspørre informasjon.
- **Fordeler:** Økt kunnskap om dødsårsak hos eldre.
- **Ulempe:** Økt arbeidspress hos DÅR.
- **Kostnader:** Begrenset.
- **Totalvurdering:** Kan redusere mørketall ved selvmord hos eldre.

g) Vurdering av muligheten for å utvide plikten til å utføre rettsmedisinsk obduksjon ved mistenkt selvmord og rusrelaterte dødsfall

Tiltak 22. Fastsette standard for diagnostisering av selvmord.

- **Beskrivelse:** Det finnes i dag ingen nasjonal veiledning eller standard for diagnostisering av selvmord i Norge. Dette bør etableres, eventuelt som et ledd i at man gjør en helhetlig vurdering av hvem som er best egnet til å fastsette dødsårsak. Politadvokatene er en viktig ressurs som bør trekkes inn i dette arbeidet.
- **Fordeler:** En nasjonal veiledning eller standard vil kunne bidra til å redusere mørketallene, men også til økt kunnskap om registrerte selvmord. Grunnlaget for vurdering av dødsårsak, herunder selvmord, kan med fordel integreres i nasjonal mal for rettsmedisinske obduksjoner. En slik standard kan også åpne for gradering av usikkerhet og belyse hvilken informasjon som er lagt til grunn for vurderingen.
- **Ulemper:** Det er vanskelig å vite hvem som er best skolert for å gjøre vurderingen av selvmord spesielt og av dødsårsak generelt. Det kan også være utfordrende å få utarbeidet en konsensus om diagnostiske kriterier i fagmiljøet. Det er også usikkert i hvilken grad en slik standard vil bidra til å redusere mørketallene.
- **Kostnader:** Kan bli en tidkrevende prosess.
- **Totalvurdering:** Hele tiltaket bør diskuteres i fagmiljøet før det eventuelt innføres.

Tiltak 23. Etablere felles forståelse og kunnskapsdeling mellom rettsmedisinere og kodere i DÅR

- **Beskrivelse:** Det bør arrangeres jevnlig møter mellom rettsmedisinere og kodere i DÅR for å etablere felles forståelse for betydningen av dødsmeldingene og obduksjonsrapportene.
- **Fordeler:** Felles møter kan bidra til felles eierskap til rapporteringen.
- **Ulemper:** Krever at det avsettes tid til slik møtevirksomhet.
- **Kostnader:** Små, eventuelt transportkostnader.
- **Totalvurdering:** Bør kunne gjennomføres.

Tiltak 24. Inkludere unaturlige dødsfall i en lignende prosess som for dødsfall i veitrafikken (2020)

- **Beskrivelse:** Alle meldepliktige dødsfall skal obduseres rettsmedisinsk.
- **Fordeler:** Politiet slipper å skjønnsmessig vurdere hver enkelt situasjon. Dette vil bidra til utjevning av regionale forskjeller i obduksjonsfrekvens og dermed bedre rettsikkerheten i hele landet. Flere selvmord vil fanges opp, men også skjulte drap, narkotikadødsfall og andre dødsfall som er av samfunnsmessig betydning.
- **Ulemper:** Tiltaket vil trolig utgjøre en dobling av obduksjoner sammenliknet med i dag. Fagmiljøene er små og sårbare og ikke rustet til å håndtere en slik økning per i dag.

- **Kostnader:** Krever økt rettsmedisinsk kompetanse, standardisering og kapasitet, altså en total opprusting av virksomheten.
- **Totalvurdering:** Gunstig, men krever gjennomgående politisk vilje og satsing for å bygge opp fagmiljøene.

Tiltak 25. Øke kapasitet og kompetanse i de rettsmedisinske miljøene betydelig

- **Beskrivelse:** De rettsmedisinske fagmiljøene har i lengre tid hatt rekrutteringsutfordringer og underbemanning, og for å øke kapasitet og kompetanse i disse miljøene er en kraftig opprusting og enhetlig satsing på fagmiljøet nødvendig. Et høyaktuelt tiltak vil være å opprette en spesialitet for leger i rettsmedisin slik det finnes Sverige, Danmark og Finland, og som Helsedirektoratet anbefalte i 2020. I tillegg bør man utarbeide en langsiktig tiltaksplan for kompetanseheving, rekruttering og opplæring av nye leger til rettsmedisin, dersom man skal kunne håndtere det stadig økende antallet rettsmedisinske obduksjoner og sørge for at disse holder høy kvalitet.
- **Fordeler:** Ved bedre bemanning, kapasitet og standardisering vil obduksjonene kunne gjøres fortløpende og være mer a jour. Dermed vil det være mulig å gjennomføre flere obduksjoner av høy kvalitet.
- **Ulemper:** Det vil ta flere år med langsiktig planlegging å opparbeide kapasitet og formalisert kompetanse i det rettsmedisinske fagmiljøet.
- **Kostnader:** Middels store.
- **Totalvurdering:** Utfordringene har vært belyst også tidligere, og tiltaket krever bred politisk vilje og finansiering. Tiltaket er en nødvendig konsekvens av en del av de andre tiltakene ekspertgruppen foreslår i denne rapporten.

h) Drøfting av eventuelt andre tiltak som kan føre til en reduksjon i usikkerheten knyttet til forekomsttallene

Tiltak 26. Honorering for arbeid med dødsmelding og innhenting av tilleggsopplysninger (HELFO sats)

- **Beskrivelse:** Legers plikt til å sende inn dødsmelding er regulert av helsepersonelloven. De fleste fastleger og legevaktsleger er selvstendig næringsdrivende, der mesteparten av arbeidet som gjøres er aktivitetsrelatert gjennom honorarer og pasienters egenbetaling gjennom Normaltariffen. Å skrive en dødsmelding kan være tidkrevende, spesielt dersom man også gjør undersøkelser for å prøve å fastslå dødsårsak. Arbeidet med utfylling av dødsmelding og å prøve å fastslå dødsårsak er i dag ikke honorert gjennom Normaltariffen. Det betyr at arbeidet som gjøres, både med å fastslå dødsårsak, sende dødsmelding og å komme med utfyllende informasjon som lege som har behandlet pasienten, ikke honoreres. Arbeidet med dødsmeldinger og å fastslå dødsårsak, vil i hverdagen konkurrere med pasientrettet arbeid, som også honoreres. Ekspertgruppen mener at arbeid med dødsmelding og med å gi utfyllende opplysninger til DÅR bør honoreres slik annet sakkyndig arbeid, for eksempel for NAV eller HELFO, gjøres.
- **Fordeler:** Å honorere arbeidet som sakkyndig i utferdigelse av dødsmelding vil være med på å understreke at dette er viktig arbeid. I tillegg vil det være et incentiv for kvalitet i arbeidet, og vil gi større muligheter til å sette kvalitative minstekrav til arbeidet som er

gjort. De selvstendig næringsdrivende legene som gjør dette arbeidet, har virke utenfor institusjon, og er legene som i hovedsak skriver dødsmeldinger for personer som dør utenfor institusjon. Det er ønskelig med bedre kunnskap om dødsårsaker hos personer som dør utenfor institusjon, hvor en større del av dødsfallene er uventede.

- **Ulempe:** Tiltaket kan øke kvalitet og tidsbruk på å finne dødsårsak ved dødsfall utenfor institusjon. Samtidig tas denne tiden fra pasientrettet arbeid med helse- og livskvalitetsvinnende gevinster. Leger i primærhelsetjenesten opplever store forventninger i sitt arbeid, og selvstendig næringsdrivende leger arbeider betydelig mer enn normale arbeidsuker. For den enkelte lege vil arbeidet med dødsmeldinger ikke utgjøre noen stor del av hverdagen, men arbeidet kan i sum være kapasitetspåvirkende.
- **Kostnad:** Tiltaket innebærer en fastsatt takst på innsending av dødsmelding eller for innsending av utfyllende informasjon fra fastlege. Kostnaden vil avhenge av størrelse på honorar som fastsettes, hvor hyppig DÅR kontakter og ber om ytterligere informasjon, og antall dødsfall utenfor institusjon.
- **Totalvurdering:** Alle leger (inkludert selvstendig næringsdrivende) bør honoreres for arbeidet de bruker på å skrive dødsattest og vurdere dødsårsak.

Tiltak 27. Honorere arbeidet med rekvirering av obduksjon

- **Beskrivelse:** Rekvirering av medisinsk obduksjon er per i dag et betydelig arbeid for den rekvirerende lege, i tillegg til eventuell utfylling av dødsmelding. Det skal før rekvirering avklares med politiet at rettsmedisinsk undersøkelse ikke skal gjennomføres, tiltaket skal avklares med pårørende og informasjon skal gis, i tillegg til at obduksjonen skal avklares med tilhørende patologisk avdeling (48). Det er i dag ikke faste takster for dette arbeidet for selvstendig næringsdrivende leger, eller anledning til å benytte HELFOs takster for undersøkelser som er gjort etter at pasienten er avgått med døden. I likhet med at arbeidet med dødsmeldinger honoreres, bør det være ordninger til stede som sikrer at selvstendig næringsdrivende leger kan få betalt for arbeidet uten å belaste pårørende eller dødsbo.
- **Fordeler:** Insentiv til bruk av medisinsk obduksjon som undersøkelse i de tilfellene der det ikke er noen klar dødsårsak, og man ønsker å få mer kunnskap om dette. Det er mulig at man ved økt bruk av medisinsk obduksjon som undersøkelse, kan avdekke unaturlige dødsfall som ellers hadde blitt regnet som naturlige dødsfall.
- **Ulemper:** Det er en risiko for at dødsfall som bør håndteres av politiet med etterforskning og rettsmedisinsk obduksjon, i stedet blir avvist og henvist til medisinsk obduksjon. Dette kan utgjøre et problem ikke bare ved selvmord, men også ved andre unaturlige dødsfall som skyldes ulykker, medisinsk feilbehandling og lignende. Tidsbruk ved rekvirering av medisinsk obduksjon kan gå ut over legens pasientrettede arbeid med helse- og livskvalitetsvinnende gevinst. Økt bruk av medisinsk obduksjon etter dødsfall utenfor institusjon kan belaste patologiske avdelinger og kreve økte ressurser på disse avdelingene. Medisinske obduksjoner er i mindre grad rettet mot ytre årsaker og døds måte, siden disse primært omfatter dødsfall som i utgangspunktet er antatt å være naturlige. Skal man fange opp flere selvmord ved forgiftninger blant disse, kan det medføre at prosedyrer for medisinsk obduksjon må endres på, for eksempel ved å

inkludere flere rettsstoksikologiske prøver. Dette stiller også krav til patologenes tolkning av toksikologiske analysesvar og vurdering av dødsårsak ved unaturlige dødsfall.

- **Kostnader:** Kostnader til honorering av rekvirerende lege og økt bruk av ressurser i patologiske avdelinger.
- **Totalvurdering:** Det er naturlig at selvstendig næringsdrivende leger honoreres for arbeidet som gjøres. Tiltaket kan øke bruk av medisinske obduksjoner, der det kanskje er litt høyere tilgjengelig kapasitet enn ved rettsmedisinske obduksjoner. Det er sannsynlig at økt bruk av medisinske obduksjoner kan avsløre selvmord eller andre unaturlige dødsfall ved dødsfall som primært er antatt naturlige, eller der politiet ikke finner det nødvendig å gjøre rettsmedisinske undersøkelser. Imidlertid er det en bekymring blant enkelte i ekspertgruppen at tiltaket kan virke mot sin hensikt dersom det indirekte medfører en økning av medisinske obduksjoner på bekostning av rettsmedisinske.

Tiltak 28. Viktig å implementere tiltak konsentrert tidsmessig, ikke spredt over for lang tid

- **Beskrivelse:** For å kunne evaluere og drive forskning på om foreslåtte tiltak virker, bør tiltakene innføres relativt samlet tidsmessig.
- **Fordeler:** Det vil være lettere å vurdere om tiltakene har hatt effekt.
- **Ulemper:** Alle kostnadene kommer på en gang, og det vil være vanskelig å vurdere hvilket av tiltakene som har hatt størst effekt. Dette kan også medføre at enklere tiltak forsinkes unødvendig.
- **Kostnader:** Den økonomiske belastningen ved tiltakene vil i så fall komme samlet, ikke spredt i tid.
- **Totalvurdering:** Tiltaket vil ikke i seg selv påvirke mørketall.

3.3 Del B Vurdering av innføring av en eventuell coroner eller medical examiner ordning i Norge

Coroner- og medical examiner-ordninger, slik de er i England og Wales, har svært ulike oppgaver. I tillegg er betydningen av medical examiner i England og Wales svært annerledes enn f.eks. i USA.

3.3.1 Coroner

- **Beskrivelse:** En *coroner* er en juridisk funksjon som behandler meldepliktige dødsfall, innhenter opplysninger fra ulike kilder, rekvirerer rettsmedisinske obduksjoner og gjør en formell vurdering av dødsårsak og dødsårsak.
- **Fordeler:** Det sikres en enhetlig og formell vurdering av dødsårsak og dødsårsak.
- **Ulemper:** Å innføre en coroner-ordning i Norge etter samme mønster som i England og Wales vil være å innføre et helt nytt prinsipp for håndtering av dødsfall.
- **Kostnader:** Store.
- **Totalvurdering:** Ekspertgruppen vil ikke anbefale en coroner-ordning etter engelsk mønster. Coroner-ordning er en av flere måter å organisere den formelle håndteringen

av dødsfall på. I Norge og de andre landene i Norden har man i mange år hatt et politistyr system. Ekspertgruppen mener likevel at det i Norge i dag er uklart hvem som er best egnet til å ha den formelle myndigheten til å fastsette dødsårsak og dødsårsak ved unaturlige dødsfall, og det er et problem at samme dødsfall kan være registrert med ulike opplysninger hos ulike instanser. Slik det er i Norge i dag utfører politiet mange av oppgavene som coroner gjør i England (innhenter vitneopplysninger, rekvirerer rettsmedisinsk obduksjon osv). Politiet gjør også en vurdering av dødsårsak når det avgjøres om en dødsfallssak skal henlegges eller etterforskes videre. Det bør vurderes om politiet skal få i oppgave å gjøre den endelige vurderingen av dødsårsak ved de mulige unaturlige dødsfallene der det er startet etterforskning, og at denne vurderingen også skal oversendes til DÅR.

3.3.2 *Medical examiner*

- **Beskrivelse:** Medical examiner, slik betydningen er i England og Wales, er en funksjon innenfor helsevesenet for å kvalitetssikre håndteringen av dødsfall. Inkludert i dette er å granske alle dødsmeldinger, sikre at dødsfall blir meldt til coroner, ta imot spørsmål fra pårørende og gi tilbakemelding om mulig kvalitetsfremmende tiltak.
- **Fordeler:** Sikre en enhetlig håndtering av alle dødsfall, bedre kvaliteten på dødsårsaksstatistikken og fange opp svikt i meldeplikten og mulighet for kvalitetsforbedring.
- **Ulemper:** Flere av disse funksjonene finnes i større eller mindre grad allerede mange steder i helsevesenet.
- **Kostnader:** Trolig store i forhold til det som eventuelt kan oppnås.
- **Totalvurdering:** Det kan være mange gode grunner til å vurdere å samle den formelle håndteringen av dødsfall på færre steder i helsevesenet, men det vil trolig ha liten betydning for mandatet til denne ekspertgruppe. Et mulig unntak kan være å fange opp mulig svikt i meldeplikten ved unaturlige dødsfall. Det kan også være klokt å utrede hvorvidt deler av medical examiner ordningen kan legges til kommuneoverlegene slik at de kan fylle en epidemiologisk funksjon i sitt distrikt.

4 Diskusjon

I kapittel tre ble ulike mulige tiltak for å redusere mørketallene ved selvmord beskrevet, og strukturen i kapittelet fulgte strukturen i mandatet fra HOD. I kapittel fire er de ti tiltakene ekspertgruppen mener er viktigst nevnt først, og i prioritert rekkefølge. To av tiltakene (26 og 27) som dreier seg om økonomisk kompensasjon, er samlet i ett tiltak i denne listen. Deretter følger ytterligere syv tiltak ekspertgruppen også anbefaler, men som gruppen mener har mindre betydning for mørketallene enn de første ti. Noen av tiltakene vil være kvalitetssikring av selve dødsmeldingene, noen vil være kvalitetssikring av den rettsmedisinske undersøkelsen, noen vil være tiltak for å innhente ny informasjon til DÅR, og noen vil være økt bruk av rettsmedisinsk undersøkelse. Til slutt følger ni tiltak ekspertgruppen mener ikke bør prioriteres. I tillegg vil vi basert på kunnskap om coroner og medical examiner ordningen i England, komme med noen anbefalinger om hvorvidt dette bør utredes i Norge.

4.1 De ti viktigste tiltakene i prioritert rekkefølge med det viktigste tiltaket øverst

Tiltak 1. Automatisk involvering av fastlege når en døds melding er sendt inn til DÅR

- Ekspertgruppen mener at en automatisk kopi av døds meldingen til avdødes fastlege, er et av de aller viktigste tiltakene for å kvalitetssikre informasjonen på døds meldingen. Døds melding bør ha format som epikrise, og det bør være mulighet for fastlegen å kommentere på denne. Alternativt bør det i epikrisen ligge standardisert informasjon om hva fastlegen kan gjøre dersom vedkommende mener at noen av opplysningene i døds meldingen ikke er korrekte. Ved å innføre en slik automatisk involvering av fastlegen, vil fastlegen kunne kvalitetssikre døds meldingen slik kommuneoverlegen gjorde før 2019. Fastlegen vil også kunne fylle deler av den funksjonen en medical examiner har i England.

Tiltak 2. Elektronisk kommunikasjon mellom DÅR og fastlegen når DÅR skal innhente tilleggsopplysninger

- Ekspertgruppen mener at involvering av fastlegen er viktig, og for at fastlegen skal kunne bidra til høyere kvalitet på døds meldingene, anbefaler ekspertgruppen at dialogen mellom fastlegen og DÅR kan gå digitalt begge veier. I 2024 går mer enn 80 % av denne dialogen per brevpost.

Tiltak 24. Inkludering av unaturlige dødsfall og rusrelaterte dødsfall i en lignende prosess som for dødsfall i veitrafikken (2020)

- Ekspertgruppen anbefaler at alle meldepliktige dødsfall obduseres rettsmedisinsk. Da vil man unngå å måtte vurdere i hver enkelt situasjon. Dette vil utgjøre en dobling av obduksjoner sammenlignet med i dag, men det vil helt klart ha betydning for å avdekke mørketall ved selvmord.

Tiltak 25. Betydelig økt kapasitet og kompetanse i de rettsmedisinske miljøene

- Kapasiteten i de rettsmedisinske miljøene er i dag sprenget, og en innføring av tiltak 24 vil kreve en økning i kapasitet og kompetanse i disse miljøene. Dette er tidkrevende og kostbart, men avgjørende dersom Norge ønsker å redusere mørketallene.

Tiltak 20. Gjennomføring av et forsknings- og utviklingsprosjekt for å undersøke andelen selvmord blant eldre

- Det er i dag liten kunnskap om mørketall hos eldre som kan bidra til målrettede tiltak for å redusere mørketall på selvmord i denne gruppen. Ekspertgruppen anbefaler et forsknings- og utviklingsprosjekt rettet mot personer over 80 år som døde med skrotkoder som dødsårsak. Ved å innhente eksisterende informasjon rundt dødsfallet fra rettsmedisinere/patolog, etterlatte og helsepersonell, kan et slikt prosjekt bidra med kunnskap slik at det er mulig å iverksette målrettede tiltak for å redusere mørketall hos eldre på sikt.

Tiltak 5. Forbedring av det digitale skjemaet for dødsmeldingen

- Skjemaet med dødsmeldingen bør være selvforklarende, og nødvendig tilleggsinformasjon, avklaringer og eventuelle utdypninger bør være digitalt tilgjengelig i selve skjemaet, slik at man ikke må søke andre kilder når man er i tvil om hva man skal gjøre. Ekspertgruppen anbefaler kontinuerlig forbedring av det digitale skjemaet og mener at tiltaket også er svært sentralt for å bedre dødsmeldingene generelt, og selvmordsrapporteringen spesielt. For eksempel kan endret rekkefølge i meldeskjemaet slik at legen må klassifisere dødsfallet først, og deretter oppgi døds måte og dødsårsak, bidra til økt registrering av selvmord som årsak til dødsfall. Et annet eksempel på en slik funksjon kan være oppslag i kodeverket ICPC-2 med forslag til korresponderende koder i ICD-10.

Tiltak 26 + 27. Honorering for arbeid med dødsmelding, innhenting av tilleggsopplysninger og rekvirering av obduksjon (HELFO sats)

- Ekspertgruppen anbefaler at det innføres en HELFO-sats for å skrive dødsmeldinger. Leger er pliktige til å sende inn dødsmelding (Helsepersonelloven), men arbeidet med utfylling av dødsmelding og å prøve å fastslå dødsårsak er i dag ikke honorert gjennom Normaltariffen. Ekspertgruppen mener at arbeid med dødsmelding og med å gi utfyllende opplysninger til DÅR, bør honoreres slik det gjøres med annet sakkyndig arbeid, for eksempel for NAV eller HELFO. I likhet med at arbeidet med dødsmeldinger bør honoreres, mener ekspertgruppen at arbeidet med rekvirering av obduksjon bør honoreres etter faste takster. Ekspertgruppen mener at slike takster kan være et insentiv for bruk av medisinsk obduksjon som undersøkelse i de tilfellene der det ikke er noen klar dødsårsak og man ønsker å få mer kunnskap om dette. Det er mulig at man ved økt bruk av medisinsk obduksjon som undersøkelse kan avdekke selvmord som ved første vurdering blir regnet som naturlige dødsfall. Ved unaturlige dødsfall slik de er definert i meldeforskriften (inkludert mulige selvmord og plutselig uventede dødsfall), er det på den andre siden svært viktig at det fortsatt benyttes rettsmedisinsk obduksjon (se også tiltak 24). En medisinsk obduksjon er lite egnet til å avdekke selvmord siden de fleste patologer har lite erfaring i å vurdere dødsfall av ytre årsak, rettstoksikologiske analysesvar og lignende.

Tiltak 23. Arrangering av årlige møter mellom rettsmedisinere, andre leger og kodere i DÅR

- For å etablere en forståelse for betydningen av meldingene og rapportene til DÅR og et felles eierskap til rapporteringen, bør det jevnlig arrangeres møter mellom rettsmedisinere, andre interesserte leger og kodere i DÅR. Ekspertgruppen mener dette er et enkelt og nyttig tiltak.

Tiltak 19. Påminnelse til obduksjonsavdelingene om å sette rettsmedisinsk kommisjon og DÅR som kopimottakere når de oppretter sak

- Ekspertgruppen er kjent med at i hvert fall Stavanger og Oslo har innarbeidet i sine prosedyrer at den rettsmedisinske kommisjon og DÅR settes i kopi når det opprettes sak. Ekspertgruppen anbefaler at dette tiltaket opprettholdes i de distriktene som har innført det, og innføres i alle relevante prosedyrer nasjonalt der det mangler.

Tiltak 16. Revurdering av finansieringsordningen for obduksjoner

- Ekspertgruppen anbefaler at finansieringsordningen for rettsmedisinske obduksjoner revurderes. I dag er det politiet som betaler for obduksjonene, og ekspertgruppen mener at det antakelig begrenser bestillingene. Dersom finansieringen av obduksjoner var plassert sentralt og uavhengig av politiets økonomiske prioriteringer, vil det kunne bidra til å avdekke flere selvmord og særlig forgiftningsdødsfall som i dag ikke fanges opp.

4.2 Tiltak ekspertgruppen også anbefaler, i kronologisk rekkefølge:

Tiltak 9. Oppdatering av DÅRs hjemmesider og andre mye brukte prosedyreverk som Legevakthåndboken (lvh.no) og Norsk elektronisk legehåndbok (NEL).

- Riktig informasjon på egne nettsider er en forutsetning for å være en troverdig aktør, og bidrag til å sikre andre prosedyreverk vil ha god avkastning. Ekspertgruppen mener tiltaket definitivt vil bidra til bedring av utfylling av dødsmeldinger. Det er litt mer usikkert om det spesifikt vil redusere mørketall på selvmord.

Tiltak 11. Ta i bruk nasjonal mal for obduksjonsrapporter og standardisert innsending elektronisk til DÅR.

- Ekspertgruppen er kjent med at det er utarbeidet en nasjonal mal for obduksjonsrapporter og anbefaler at denne tas i bruk nasjonalt. Det vil kunne gjøre informasjonsinnholdet i obduksjonsrapportene mer enhetlig, selv om det i seg selv nok ikke vil påvirke mørketallene i vesentlig grad. Som foreslått i tiltak 22, bør malen også omfatte hva som skal ligge til grunn for vurdering av dødsårsak.
- I dag sendes de aller fleste obduksjonsrapporter i vanlig post til DÅR. Elektronisk innsending av rapportene til DÅR vil kunne effektivisere arbeidet noe og unngå at rapporter forsvinner i postgangen. I dag sendes de fleste medisinske obduksjonsrapporter elektronisk til rekvirenten (ikke DÅR). En elektronisk innsending vil i seg selv ikke påvirke informasjonskvaliteten.

Tiltak 12. Tilgang til å se andre legers dødsmeldinger.

- Ofte er flere leger involvert i forløpet frem til en pasient dør. De kan ha kunnskap om forskjellige faktorer av betydning for vurdering av riktig dødsårsak. Ekspertgruppen anbefaler at leger med tjenstlige behov får tilgang til å lese dødsmelding som andre leger har sendt inn. Dette kan etter ekspertgruppens oppfatning bidra til å kvalitetssikre opplysningene i dødsmeldingen.

Tiltak 15. Sikre at DÅR mottar informasjon fra politiet om registrerte selvmord

- Det er legen som avgjør dødsårsak, enten i dødsmeldingen eller i obduksjonsrapporten. Dersom dødsfallet meldes til politiet, og etterforskningen viser at dødsårsaken endres fra selvmord til ulykke eller drap, eller fra ulykke til selvmord, anbefaler ekspertgruppen at politiet bør varsle obdusenten. Da kan ansvarlig lege oppdatere eller skrive ny dødsmelding eller obduksjonsrapport. Foreløpig er det usikkert hvor stort antall saker det dreier seg om, og ekspertgruppen anbefaler derfor i første omgang at det gjennomføres et lite prosjekt for å avdekke avvik mellom antall selvmord politiet har registrert, sammenlignet med det DÅR har registrert.

Tiltak 17. Opprettholdelse av generell påminnelse til rettsmedisinerne om å sende obduksjonsrapporter til DÅR

- Det blir sendt påminnelse til alle patologiske avdelinger to ganger i året om å sende obduksjonsrapportene til DÅR, og det virker positivt inn på prosentandelen obduksjonsrapporter. Dette er ikke et nytt tiltak, men anbefales opprettholdt selv om effekten ikke er 100% etterlevelse.

Tiltak 21. Hevet aldersgrensen for ikke å etterspørre ytterligere dødsårsak til forventet levealder

- I dag etterspør ikke DÅR meldende lege om ytterligere informasjon om dødsårsak dersom avdøde er fylt 80 år. På grunn av den demografiske utviklingen i samfunnet, anbefaler ekspertgruppen at denne «aldersgrensen» heves til forventet levealder. Da vil vi kunne få inn mer informasjon om dødsårsak hos eldre, og kanskje også redusere mørketall ved selvmord hos eldre.

Tiltak 22. Fastsette standard for diagnostisering av selvmord.

- Det finnes i dag ingen nasjonal veiledning eller standard for diagnostisering av selvmord i Norge. Dette bør etableres, eventuelt som et ledd i at man gjør en helhetlig vurdering av hvem som er best egnet til å fastsette dødsårsak. En slik nasjonal veiledning eller standard vil kunne bidra til å redusere mørketallene, men også til økt kunnskap om registrerte selvmord. Grunnlaget for vurdering av dødsårsak, herunder selvmord, kan med fordel integreres i nasjonal mal for rettsmedisinske obduksjoner. Hele tiltaket bør diskuteres i fagmiljøet før det eventuelt innføres.

4.3 Tiltak ekspertgruppen ikke anbefaler å prioritere, i kronologisk rekkefølge:

Tiltak 3. Kommunikasjon fra politi til behandlende lege eller obdusent som informerer DÅR

- I dag er det forskriftsfestet at leger som skriver dødsmelding skal informere politiet ved unaturlige dødsfall. I politiets utredning finnes informasjon i dag som ikke deles med DÅR. Tilbakemelding med konklusjon etter etterforskning er relativt enkelt å dele. Ekspertgruppen mener at dette tiltaket ikke tilfører noe ekstra utover det som er foreslått i tiltak 15.

Tiltak 4. Innhenting av informasjon om dødsfall med dødsårsak og døds måte for nordmenn som dør i utlandet

- Når nordmenn dør i utlandet, får DÅR ikke informasjon om dødsårsak. Tilgang til denne informasjonen vil styrke kunnskapen om dødsårsaker og selvmord som begås i utlandet og styrke registeret. På grunn av lavere alder på personer som dør i utlandet, er det sannsynlig med en høyere andel plutselige og uventete dødsfall enn ved dødsfall i Norge. Blant disse er det sannsynlig med en høyere prevalens av selvmord. Ekspertgruppen anbefaler likevel ikke dette tiltaket siden det vil være arbeidskrevende både å opprette kanaler for å innhente informasjonen og å kvalitetssikre opplysninger som innkommer. Det er store kostnader forbundet med arbeidet.

Tiltak 6. Gjennomgang av hvordan legene kan rapportere selvmord.

- Ekspertgruppen vil ikke anbefale å øke muligheten for å angi usikkerhet ved registrering av dødsårsak. Dette kan øke andelen mørketall.

Tiltak 7. Oppfordring til økt bruk av «uviss» som døds måte, eventuelt andre muligheter for å markere usikkerhet i opplysningene.

- Økt bruk av «uviss» som dødsårsak vil forskyve ansvaret for avklaring av usikkerhet lengre vekk i systemet, og til personer som har mindre forutsetning for å gjøre gode skjønnsmessige vurderinger. Ekspertgruppen vil ikke anbefale dette tiltaket siden det neppe får ned mørketall for selvmord.

Tiltak 8. Tydeliggjøring av legens angremulighet i døds meldingen.

- Denne funksjonen er på plass for den personen som sendte inn døds meldingen, men ikke for andre som eventuelt skal korrigere. Ekspertgruppen mener det er tilstrekkelig at meldende lege har angremulighet.

Tiltak 10. Kursing av leger i utfylling av døds melding.

- Det er verdifullt med kurs for interesserte leger, men ekspertgruppen er skeptisk til om tiltaket vil ta ned mørketallene i særlig grad. Det kan gå lang tid mellom gjennomført kurs og syning av neste lik.

Tiltak 13. Automatisk integrering av døds meldingen i alle elektroniske journalsystemer.

- Ekspertgruppen ser at det kan være fordeler knyttet til å integrere døds meldingen i elektroniske journalsystemer. For eksempel kan legene da skrive døds meldingen i et kjent brukergrensesnitt. Ekspertgruppen vil likevel ikke anbefale tiltaket nå fordi det gjør døds meldingen mindre fleksibel og betydelig vanskeligere å vedlikeholde. Det vil være mer utfordrende å sikre at den elektroniske døds meldingen til enhver tid er oppdatert.

Tiltak 14. Kontroll av om leger følger meldeplikten.

- Leger har en rekke meldeplikter ved dødsfall. Det har derfor vært foreslått at man bør se på muligheten av kontroll av om legen følger meldeplikten. Ekspertgruppen har basert på tall fra DÅR, konkludert med at det er sjelden at meldeplikten til DÅR svikter. Det er mer usikkerhet rundt om meldeplikten til politiet alltid overholdes. Det kan derfor være aktuelt å gjennomføre et begrenset prosjekt for å få mer informasjon om i hvilken

grad meldeplikten til politiet overholdes, men ekspertgruppen mener flere av de andre foreslåtte tiltakene bør prioriteres først.

Tiltak 18 Registrering av løpenumre på obduksjonsmeldingene

- Dersom man oppretter løpenummer for obduksjonsmeldingene for hver obduksjonsavdeling, vil man kunne identifisere manglende løpenummer og etterlyse spesifikke rapporter. Mørketallene som skyldes manglende obduksjonsmeldinger ved selvmord, er antakelig 2-3 per år. Tiltaket er antakelig svært arbeidskrevende med lite potensiale for forbedring av tallgrunnlaget.

4.4 Utredning av coroner eller medical examiner ordning

- En *coroner* er en juridisk funksjon som behandler meldepliktige dødsfall, innhenter opplysninger fra ulike kilder, rekvirerer rettsmedisinske obduksjoner og gjør en formell vurdering av dødsårsak og døds måte. Slik det er i Norge i dag utfører politiet mange av oppgavene som coroner gjør i England. Politiet gjør også en vurdering av døds måte når det avgjøres om en dødsfallssak skal henlegges eller etterforskes videre. Det bør vurderes om politiet skal få i oppgave å gjøre den endelige vurderingen av døds måte ved de dødsfallene der det er startet etterforskning, og at denne vurderingen også skal oversendes til DÅR.
- Medical examiner (slik betydningen er i England og Wales) er en funksjon innenfor helsevesenet for å kvalitetssikre håndteringen av dødsfall. Inkludert i dette er å granske alle døds meldinger, sikre at dødsfall blir meldt til coroner, ta imot spørsmål fra pårørende og gi tilbakemelding om mulig kvalitetsfremmende tiltak. Det kan være mange gode grunner til å vurdere å samle den formelle håndteringen av dødsfall på færre steder i helsevesenet, men det vil trolig ha liten betydning for mandatet til denne ekspertgruppe. Et mulig unntak kan være å fange opp mulig svikt i meldeplikten ved unaturlige dødsfall.

5 Konklusjon

De ti anbefalte tiltakene fra ekspertgruppen i prioritert rekkefølge er:

- Automatisk involvering av fastlege når en døds melding er sendt inn til DÅR
- Elektronisk kommunikasjon mellom DÅR og fastlegen når DÅR skal innhente tilleggsopplysninger
- Inkludering av unaturlige dødsfall og rusrelaterte dødsfall i en lignende prosess som for dødsfall i veitrafikken (2020)
- Betydelig økning i kapasitet og kompetanse i de rettspatologiske fagmiljøene
- Gjennomføring av et forsknings- og utviklingsprosjekt for å undersøke andelen selvmord blant eldre
- Forbedring av det digitale skjemaet for døds meldingen
- Honorering for arbeid med døds melding, innhenting av tilleggsopplysninger, og rekvirering av obduksjon (HELFO sats)
- Arrangering av årlige møter mellom rettsmedisinere, andre leger og kodere i DÅR
- Påminnelse til rettspatologiavdelingene om å sette rettsmedisinsk kommisjon og DÅR som kopimottakere når de oppretter sak
- Revurdering av finansieringsordningen for obduksjoner

Ekspertgruppen oppfordrer til at tiltakene iverksettes noenlunde samlet dersom det er mulig. Det vil lette evalueringen av om tiltakene samlet sett har virket.

I tillegg til de ti prioriterte tiltakene, har ekspertgruppen anbefalte ytterligere syv tiltak. Gruppen har også vurdert ni tiltak som ikke anbefales. Ekspertgruppen anbefaler ikke at det igangsettes en utredning av coroner eller medical examiner ordning etter modell fra England i denne omgang.

Referanser

1. Reneflot A, Aarø LE, Aase H, Reichborn-Kjennerud T, Tambs K, Øverland SN. Psykisk helse i Norge. 2018.
2. Folkehelseinstituttet. Dødsårsaksregisteret Statistikkdatabank[cited]. Available from: <https://statistikk.fhi.no/daar/4WsXdiMduftCsG6aAND9Yg>
3. Favril L, Yu R, Uyar A, Sharpe M, Fazel S. Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. *BMJ Ment Health* 2022;25(4):148-55.
4. Martin JS, Ghahramanlou-Holloway M, Englert DR, Bakalar JL, Olsen C, Nademin EM, et al. Marital status, life stressor precipitants, and communications of distress and suicide intent in a sample of United States Air Force suicide decedents. *Archives of suicide research* 2013;17(2):148-60.
5. Helsedirektoratet. ICD-10 Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede: Fagbokforlaget; 2011.
6. Organization WH. Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization 2014.
7. AT B. Development of suicidal intent scales. The prediction of suicide 1974.
8. Chen M-H, Tsai S-J, Cheng C-M, Chang W-H, Bai Y-M, Su T-P, et al., editors. Familial coaggregation of suicide, accidental death, and major psychiatric disorders in first-degree relatives of individuals dying accidentally. *Mayo Clinic Proceedings*. Elsevier; 2024.
9. Rockett IR, Caine ED, Connery HS, D'Onofrio G, Gunnell DJ, Miller TR, et al. Discerning suicide in drug intoxication deaths: Paucity and primacy of suicide notes and psychiatric history. *PloS one* 2018;13(1):e0190200.
10. Ellingsen CL. Quality aspects of the Norwegian cause of death statistics. 2023.
11. Health TNCLiSaSiM. Annual Report: UK patient and general population data, 2011-2021. . UK: University of Manchester.; 2024.
12. Dødsårsaksregisteret. Dødsårsaksregisteret[cited]. Available from: <https://www.fhi.no/op/dodsarsaksregisteret/>
13. Lov om helsepersonell. Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
14. Forskrift om obduksjon og avgjeving av lik til undervisning og forskning (obduksjons- og likavgjevingsforskrifta). Available from: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-12-18-1747>
15. Helsedirektoratet. Medisinsk obduksjon[cited]. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/obduksjon-og-forskning-ved-dodsfall-hos-barn-informasjon-til-parorende-horingsutkast/om-obduksjon/medisinsk-obduksjon>
16. Helsedirektoratet. Rettsmedisinsk obduksjon[cited]. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/obduksjon-og-forskning-ved-dodsfall-hos-barn-informasjon-til-parorende-horingsutkast/om-obduksjon/rettsmedisinsk-obduksjon>
17. Hunsager A, Walby FA, Midtbø V, Morken T, Baste V, Johansen IH. Self-injurious thoughts and behaviours as the reason for contact to Norwegian emergency primary care centres: an observational study. *Scand J Prim Health Care* 2024;1-11. DOI: 10.1080/02813432.2024.2400668
18. Forskrift om leges melding til politiet om unaturlig dødsfall o.l. Available from: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1378#:~:text=P%C3%A5%20legens%20erkl%C3%A6ring%20om%20d%C3%B8dsfall%20anmerkes%20dersom%20muntlig,ogs%C3%A5%3A%20funn%20av%20kujent%20lik.%20%C2%A7%203.%20Ikrafttrede>

19. Lov om rettergangsmåten i straffesaker. Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-05-22-25>
20. Lov om skifte. Available from: <https://lovdata.no/dokument/NLO/lov/1930-02-21>
21. Lov om straff. Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28>
22. Forskrift om ordningen av påtalemyndigheten (Påtaleinstruksen). Available from: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1985-06-28-1679>
23. Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Dødsårsaksregisteret (Dødsårsaksregisterforskriften). Available from: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-12-21-1476>
24. Qin P. SelvmordsstatistikkOslo[cited]. Available from: <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kunnskapsressurser/statistikk-selvmoerd/>
25. Oskarsson H, Mehlum L, Titelman D, Isometsä E, Erlangsen A, Nordentoft M, et al. Nordic region suicide trends 2000–2018; sex and age groups. *Nordic journal of psychiatry* 2023;77(7):721-30.
26. Bævre K. Forventet levealder i Norge. (Folkehelse rapporten). [cited]. Available from: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/samfunn/levealder/?term=#forventet-levealder-for-kvinner-og-menn>
27. Folkehelseinstituttet. Dødsårsaksregisteret - Statistikkdatabank[cited]. Available from: <https://statistikk.fhi.no/daar/4WsXdiMduftCsG6aAND9Yg>
28. Koo YW, Kölves K, De Leo D. Suicide in older adults: differences between the young-old, middle-old, and oldest old. *International Psychogeriatrics* 2017;29(8):1297-306.
29. Conwell Y, Van Orden K, Caine ED. Suicide in older adults. *Psychiatric Clinics* 2011;34(2):451-68.
30. Tøllefsen IM, Helweg-Larsen K, Thiblin I, Hem E, Kastrup MC, Nyberg U, et al. Are suicide deaths under-reported? Nationwide re-evaluations of 1800 deaths in Scandinavia. *BMJ Open* 2015;5(11):e009120. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-009120
31. Tøllefsen IM, Hem E, Ekeberg Ø, Zahl PH, Helweg-Larsen K. Differing Procedures for Recording Mortality Statistics in Scandinavia. *Crisis* 2017;38(2):123-30. DOI: 10.1027/0227-5910/a000425
32. straffesaker NRsi. Rettsmedisinsk sakkyndighet i straffesaker. Justis- og politidepartementet; 2001. Available from: <https://www.regjeringen.no/contentassets/cf46e4ffbf864032bf0ea5f1a7410a73/no/pdfa/nou200120010012000dddpdfa.pdf>
33. Helsedirektoratet. Utredning av status og tiltak for å sikre kvalitet, rekruttering og tilgang på rettsmedisinsk kompetanse i Norge 2020. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utredning-av-status-og-tiltak-for-a-sikre-kvalitet-rekruttering-og-tilgang-pa-rettsmedisinsk-kompetanse-i-norge>
34. Bohnert AS, Roeder K, Ilgen MA. Unintentional overdose and suicide among substance users: a review of overlap and risk factors. *Drug and alcohol dependence* 2010;110(3):183-92. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2010.03.010
35. Schmeckenbecher J, Kapusta ND, Krausz RM, Emilian CA. Autopsy rates and the misclassification of suicide and accident deaths. *European journal of epidemiology* 2024;39(10):1109-26. DOI: 10.1007/s10654-024-01142-4
36. Pedersen AG, Ellingsen CL. Datakvaliteten i Dødsårsaksregisteret. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2015.
37. omsorgsdepartementet Ho. Forskrift om pasientjournal[cited]. Available from: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1378>
38. Eurostat. Eurostat statistikkdatabank[cited]. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/>

39. Marks P. Role of the Coroner in England & Wales. In: Forensic and Legal Medicine: CRC Press; 2024. p. 68-73.
40. justice Mo. Guide to coroner servicesUK[cited]. Available from: https://www.coronersociety.org.uk/_img/pics/pdf_1503323588.pdf
41. Payne-James J. Role of the Medical Examiner in England & Wales. In: Forensic and Legal Medicine: CRC Press. p. 74-82.
42. England N. The national medical examiner system[cited]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/patient-safety/medical-examiners/the-national-medical-examiner-system/>
43. love D. Sundhedsloven § 179Denmark[cited]. Available from: <https://danskelove.dk/sundhedsloven/179>
44. love D. Sundhedsloven § 189, [cited]. Available from: 11. Sundhedsloven § 189,
45. pasientsikkerhed Sf. Ligsyn og obduktionDenmark[cited]. Available from: <https://stps.dk/myndighed/information-til-myndigheder/ligsyn-og-obduktion/indberetning-af-doedsfald-retslægeligt-ligsyn-og-obduktion>
46. Patientsikkerhed Sf. Årsrapport 2023 Denmark[cited]. Available from: <https://stps.dk/udgivelser/2024/mar/styrelsen-for-pasientsikkerheds-aarsrapport-2023>
47. Lov om behandling av opplysninger i politiet og påtalemyndigheten (politiregisterloven). Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2010-05-28-16>
48. legevaktmedisin Nkf. Legevakthåndboken: Gyldendal Akademiske [cited]. Available from: <https://www.lvh.no/>

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Mai 2025

Postboks 222 Skøyen
NO-0213 Oslo
Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra www.fhi.no