

HØRING

Kartleggingssystem for selvmord – forslag til lov- og forskriftsendringer

Innhold

1	Innledning.....	4
2	Bakgrunn.....	4
3	Gjeldende rett.....	5
4	Departementets vurderinger	5
4.1	Behovet for et varig, nasjonalt selvmordsregister.....	5
4.2	Kvalitetsregister under Dødsårsaksregisteret.....	6
4.3	Formålsbestemmelsen.....	7
4.4	Opplysninger i registeret	7
4.4.1	Behandlingssteder	7
4.4.2	Opplysninger hentet fra andre lovbestemte helseregistre	8
4.4.3	Kartleggingsskjema fastsatt av Folkehelseinstituttet.....	8
4.4.4	Opplysningstypene angis i forskriften	9
4.4.5	Selv mord under behandling eller inntil 12 måneder etter behandling.....	10
4.5	Meldeplikt.....	10
4.6	Dataansvar	11
4.7	Bruk av opplysningene i registeret	11
4.8	Krav til behandling av opplysningene i registeret.....	12
5	Personvernkonsekvenser	13
6	Økonomiske og administrative konsekvenser.....	13
7	Forslag til lov- og forskriftsendringer	13
7.1	Helseregisterloven.....	14
7.2	Dødsårsaksregisterforskriften.....	14
	VEDLEGG 1 Beskrivelse av variabler tilhørende de foreslåtte kategoriene i forskriften § 1-6A andre ledd	17

VEDLEGG 2 Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet: *Kartleggingssystemet for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (2025)*. Med vedlegg 3b med revidert kartleggingsskjema og vedlegg 4 om gjeldende rett.

1 Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår lov- og forskriftsendringer for å få en varig hjemmel for det nasjonale kartleggingssystemet for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Departementet foreslår endringer i helseregisterloven § 11 og Dødsårsaksregisterforskriften for at kartleggingen skal kunne etableres som et kvalitetsregister under Dødsårsaksregisteret.

Hensikten med selvmordsregisteret er å samle inn data om selvmord på en systematisk måte slik at omstendighetene rundt hendelsene og kjennetegn ved pasientene som er døde kan analyseres på gruppenivå. Målet er å benytte kunnskapen til å utvikle og evaluere selvmordsforebyggende tiltak på systemnivå. Dette vil utgjøre et verdifullt bidrag til grunnlaget for nasjonale anbefalinger og veiledning om selvmordsforebygging til helsetjenesten, forvaltningen og befolkningen.

Et selvmordsregister som foreslått innebærer innsamling, sammenstilling, registrering og annen behandling av særlig sensitive opplysninger. Departementet mener, på samme måte som Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet, at personvernprinsippene samlet sett blir godt ivaretatt og at etablering og bruk av opplysninger i registeret er til befolkningens beste og klart overstiger personvernulempene til de registrerte og deres pårørende.

Det nye registeret vil være en videreføring av dagens kartleggingssystem, der det samles inn opplysninger om personer som er død ved selvmord under behandling eller inntil 12 måneder etter kontakt med psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Departementets forslag er basert på Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttets rapport fra 2025: *Kartleggingssystemet for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Utredning: Etablering av en varig løsning med hjemmel i lov og forskrift* (heretter kalt «rapporten»). Rapporten er utarbeidet på oppdrag fra departementet. Rapporten er vedlagt, inkludert rapportens vedlegg 3b med forslag til kartleggings-skjemaets variabler i et nytt register og vedlegg 4 om gjeldende rett.

Representanter for pasienter og pårørende har vært involvert i arbeidet med rapporten. Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF), Landsforeningen for etterlatte ved selvmord (LEVE), Landsforeningen for Pårørende innen psykisk helse (LPP), Pårørende og etterlatte berørt av andres utfordringer med rus og psykisk helse (Ivareta), Helsedirektoratets brukerråd for rus og psykisk helse (BrukerRop) og Nasjonalt forum for selvmordsforebygging har vært med i prosjektgruppen eller gitt innspill på andre måter. Se rapporten side 4–5.

2 Bakgrunn

Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, heretter omtalt som Kartleggingssystemet, ble etablert i 2019. Helseforetakene, private institusjoner som har avtale med de regionale helseforetakene og avtalespesialister har levert kartleggingsskjema til Nasjonalt senter for selvmords-

forskning og -forebygging (NSSF), inkludert etterregistrering for 2018, siden den gang. I 2024 var det 739 selvmord i Norge.

Universitetet i Oslo ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF), er dataansvarlig for behandlingen av helseopplysningene i kartleggingssystemet, med hjemmel i dispensasjon fra taushetsplikt etter helsepersonelloven § 29 og helseregisterloven § 19 e. Dispensasjonen varer til 31. desember 2027. Helsedirektoratet skriver i sitt dispensasjonsvedtak at det ikke vil bli gitt ytterligere forlengelse.

Folkehelseinstituttet har fått i oppgave, gjennom en databehandleravtale, å sammenstille opplysninger i kartleggingsskjemaet med opplysninger fra registrene og ivareta koblingsnøkkelen.

Se nærmere i rapporten kapittel 3 og 4.

3 Gjeldende rett

I rapporten vedlegg 4 er det gjort rede for relevante regler i personvernforordningen, helseregisterloven og dødsårsaksregisterforskriften. Denne er vedlagt høringsnotatet.

4 Departementets vurderinger

4.1 Behovet for et varig, nasjonalt selvmordsregister

Departementet mener at dagens kartleggingssystem bør videreføres og utvikles som et varig nasjonalt register.

Formålet med kartleggingen er å samle inn data om selvmord på en systematisk måte slik at omstendighetene rundt hendelsene og kjennetegn ved pasientene som er døde kan analyseres på gruppenivå. Målet er å benytte kunnskapen til å utvikle og evaluere selvmordsforebyggende tiltak på systemnivå. Kartleggingen er et verktøy for å identifisere tiltak for kvalitetsforbedring som bidrar til å forebygge selvmord. Informasjon som innhentes kan gi bedre pasientsikkerhet og danne grunnlag for læring og kvalitetsforbedring på systemnivå i helsetjenesten. Opplysningene i registeret kan også brukes til forskning og statistikk, helseanalyser og styring. Dette vil utgjøre et verdifullt bidrag til grunnlaget for nasjonale anbefalinger og veiledning om selvmordsforebygging til helsetjenesten, forvaltningen og befolkningen.

Kartleggingssystemet skal ikke granske enkelttilfeller av selvmord.

Kartleggingssystemet er et viktig verktøy ved utvikling, tilpasning og evaluering av forebyggende tiltak mot selvmord. Ved å beskrive sentrale kjennetegn ved pasientene som dør, hvor i behandlingskjeden de befinner seg og hvilke tjenester de mottar kan kvaliteten på tjenestene og pasientsikkerheten bedres. Ved å etablere systemet som en varig løsning, videreføres muligheten til økt kunnskap, og det tilføres nye muligheter for forskning på selvmordsforebygging. Systematisk innhenting av informasjon over tid kan bidra til at flere mulige selvmordsforebyggende tiltak på systemnivå kan identifiseres og evalueres.

Se nærmere i rapporten kapittel 5 om behovet for et nasjonalt register for selvmord.

4.2 Kvalitetsregister under Dødsårsaksregisteret

Departementet foreslår at kartleggingssystemet reguleres som et kvalitetsregister under Dødsårsaksregisteret, ved at helseregisterloven § 11 andre ledd bokstav a får et tillegg om at Dødsårsaksregisteret også kan inkludere et kvalitetsregister om selvmord.

Departementet viser til at varige helseregistre ikke bør videreføres på grunnlag av dispensasjonsvedtak. Lov- og forskriftsfesting vil gi en varig hjemmel for registeret og sette klarere rammer for behandlingen av sensitive personopplysninger i samsvar med personvernkravene. Hjemmel i lov og forskrift med tilhørende høring, vil også sikre åpenhet om behandlingen og dermed være mer demokratisk. I tillegg vil en unngå gjentatte søknader og (forlengelser av) vedtak om dispensasjon fra taushetsplikten.

Norsk pasientregister, Kommunalt pasient- og brukerregister og Folkeregisteret kan være nøkkelregistre, og data fra disse innhentes for konkrete oppgaver innenfor selvmordsregisterets formål (se punkt 4.7). For å kunne belyse situasjonen og mulige årsaker til selvmord, vil det være behov for mer detaljerte opplysninger enn det som kan registreres i basis-registeret. Det er derfor nødvendig med en forskriftsendring for å hjemle registrering av opplysninger i selvmordsregisteret.

Registeret vil dermed bygges opp etter det som gjerne kalles *fellesregistermodellen*. Et fellesregister består av et basisregister og underliggende diagnosespesifikke medisinske kvalitetsregistre med kvalitetssikring, kvalitetsforbedring og forskning som hovedformål. Kvalitetsregisteret inneholder flere og mer detaljerte utfyllende opplysninger om hver enkelt registrert enn det basisregisteret gjør. Det samlede registeret innen et sykdoms- eller behandlingsområde har et bredt felles formål og felles hjemmelsgrunnlag. Vektleggingen av de ulike delene vil imidlertid være forskjellige. Kvalitetsregistrene har gjerne hovedvekt på kvalitetsforbedring av behandling og klinisk forskning, mens basisregistrene har hovedvekt på overvåking av forekomst og årsaksforskning. Registrene som helhet kan brukes til kvalitetsforbedring, forskning, helseovervåking mv. Eksempler på andre registre som er etablert etter fellesregistermodellen er Kreftregisteret og Hjerte- og karregisteret.

Behandlingen av helseopplysninger og andre personopplysninger i selvmordsregisteret vil ha behandlingsgrunnlag i personvernforordningen artikkel 6 nr. 1 bokstav e fordi «behandlingen er nødvendig for å utføre en oppgave i allmennhetens interesse».

Departementet viser til punkt 4.1 der det fremgår at registeret er et viktig verktøy for utvikling, tilpasning og evaluering av forebyggende tiltak mot selvmord. Helseregisterloven § 11 og Dødsårsaksregisterforskriften vil gi supplerende rettsgrunnlag, jf. kravet i artikkel 6 nr. 3 om at grunnlaget for behandlingen skal fastsettes i unionsretten eller i nasjonal rett. Innsamlingen av opplysninger i kartleggingsskjemaet er etter departementets vurdering forenlig med det formålet opplysningene opprinnelig ble samlet inn for (jf. artikkel 6 nr. 4). Departementet viser til at formålet med selvmordsregisteret har sammenheng med tjenestene opplysningene hentes fra. Formålet er å forbedre de samme tjenestene. Videre er behandlingen nødvendig i forbindelse med forebyggende medisin, jf.

artikkel 9 nr. 2 bokstav h som fastsetter unntak fra forbudet mot behandling av helseopplysninger og andre særlige kategorier av personopplysninger. Behandlingen kan alternativt hjemles i bokstav g eller i, men departementet mener bokstav h gir et mer dekkende unntak. Siden opplysningene i selvmordsregisteret vil være taushetsbelagte er også kravet i artikkel 9 nr. 3 om taushetsplikt oppfylt.

4.3 Formålsbestemmelsen

Dødsårsaksregisterforskriftens formålsbestemmelse i § 1-3 setter rammer for hvilke opplysninger som kan innhentes og hva opplysningene i registeret kan brukes til. Formålet med selvmordsregisteret skal være å forebygge selvmord gjennom å identifisere tiltak for kvalitetsforbedring som bidrar til å forebygge selvmord. Dette kan sies å omfattes av Dødsårsaksregisterets formål, jf. § 1-3 nr. 4 som sier at registeret skal gi «grunnlag for informasjon og kunnskap for planlegging, kvalitetssikring og kvalitetsutvikling av helse- og omsorgstjenesten og helse- og omsorgsforvaltningen».

Departementet foreslår likevel at det tas inn en presisering i nr. 4 om at formålet også omfatter kvalitetsforbedring som bidrar til å forebygge selvmord. Dette vil gi en tydeligere hjemmel for å innhente de inngående og detaljerte opplysningene som kan være nødvendige for at registeret skal kunne brukes til å identifisere tiltak for kvalitetsforbedring som bidrar til å forebygge selvmord.

4.4 Opplysninger i registeret

Departementet foreslår en ny § 1-6a i Dødsårsaksregisterforskriften om hvilke opplysninger som skal kunne registreres i kvalitetsregisteret om selvmord.

4.4.1 Behandlingssteder

Departementet mener at registeret på samme måte som dagens kartleggingssystem bør basere seg på informasjon registrert av behandlere/behandlingsenheter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og informasjon fra private institusjoner som har avtale med regionale helseforetak og avtalespesialister.

Gjennom kartleggingsskjemaet registreres det i dag informasjon fra psykisk helsevern for voksne, fra psykisk helsevern for barn og unge og fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det innhentes også informasjon fra private institusjoner som har avtale med regionale helseforetak og avtalespesialister. Selvmordsforsøk, samt selvmord i somatisk spesialisthelsetjeneste og selvmord blant personer som kun mottar kommunale tjenester, faller derfor utenfor.

På sikt bør kartleggingen utvides til å inneholde opplysninger om personer som kun har fått behandling fra den somatiske spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Det samme gjelder opplysninger om personer som har fått behandling fra private leverandører uten avtale med spesialisthelsetjenesten. Det har vært en sterk vekst i antallet private psykologer og psykiatere, og det er all grunn til å tro at selvmordsrisikoen hos i

hvert fall en del av brukerne av disse tjenestene vil være sammenliknbar med tilsvarende brukere av offentlige tjenester. Dette gjelder ikke minst fordi mange oppsøker slike tjenester i akutte krisesituasjoner etter belastende livshendelser, ved debut av psykiske plager mv., situasjoner og tilstander som alle er forbundet med høy selvmordsrisiko.

Det foreslåtte tillegg i helseregisterloven § 11 andre ledd bokstav a vil gi hjemmel til å fastsette forskrifter om at selvmordsregisteret også skal inneholde opplysninger fra slike behandlingssteder. Dette krever imidlertid videre utrednings- og utviklingsarbeid. Eventuell fremtidig utvidelse vil bli utredet og sendt på egen offentlig høring.

4.4.2 Opplysninger hentet fra andre lovbestemte helseregistre

For å unngå lagring av samme opplysninger i flere registre (duplisering), vil selvmordsregisteret kun inneholde opplysningene som nevnt i kartleggingsskjemaet og som fremgår av forslaget til ny § 1-6A i Dødsårsaksforskriften.

Etablering av selvmordsregisteret som del av et lovbestemt helseregister etter helseregisterloven § 11 gir hjemmel til å sammenstille opplysninger fra kartleggings-skjemaet med opplysninger fra andre lovbestemte helseregistre for konkrete formål. Dette følger av § 19 c, som åpner for at helseopplysninger fra helseregistre etablert med hjemmel i §§ 8–12, samt demografiske og sosioøkonomiske opplysninger fra Folkeregisteret og andre offentlige registre, kan sammenstilles for å utarbeide statistikk etter § 19 eller tilgjengeliggjøre opplysninger etter § 19 a.

Bestemmelsen gir direkte hjemmel for slik sammenstilling, slik at det ikke er nødvendig med egne forskriftsbestemmelser. Se nærmere omtale i punkt 4.7 om bruk av opplysningene i registeret.

4.4.3 Kartleggingsskjema fastsatt av Folkehelseinstituttet

I det nasjonale kartleggingssystemet for selvmord registreres behandlerens informasjon om og vurdering av en rekke sosiale og medisinske forhold knyttet til omstendighetene rundt hendelsene og kjennetegn ved personene. Rapporteringen skjer ved at helsepersonell fyller ut et kartleggingsskjema med ja/nei eller andre standardiserte svar (ikke fritekst). Se nærmere i rapporten kapittel 4.

Departementet foreslår at opplysningene som innsamles i selvmordsregisteret skal baseres på et kartleggingsskjema fastsatt av Folkehelseinstituttet. Skjemaet bør i utgangspunktet baseres på det reviderte skjemaet som er utarbeidet. Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet har gått gjennom det skjemaet som er i bruk i dag, og har i sitt forslag til nytt skjema kun beholdt de variablene som er nødvendige i lys av formålet med registeret. Se rapporten vedlegg 3b med utkast til nytt og mer begrenset skjema.

Skjemaet vil kunne justeres i takt med endringer i tjenesten, erfaringer, kunnskapsbehov osv. Departementet viser til at utredningsinstruksen vil gjelde ved Folkehelseinstituttets fastsettelse og endringer av kartleggingsskjemaet. Instruksen gjelder alle statlige tiltak som utføres i, eller på oppdrag for, statlige forvaltningsorganer. Dette betyr at utredningen skal omfatte virkninger for de registrerte, for helsepersonell, helseinstitusjoner og andre

med meldeplikt, og for Folkehelseinstituttet, andre statlige organer og andre berørte. Utredningens omfang vil avhenge av hvor omfattende endringer det er tale om. Det følger av utredningsinstruksen at tiltak med *vesentlige* virkninger normalt skal legges ut på høring. Høringene skal være åpne for innspill fra alle. Høringsfristen skal tilpasses omfanget av tiltaket og hvor viktig det er. Høringsfristen skal normalt være tre måneder, og minst seks uker. Departementet vil som overordnet forvaltningsorgan fortsatt ha mulighet til å instruere Folkehelseinstituttet i utformingen av kartleggingsskjemaet.

4.4.4 Opplysningstypene angis i forskriften

Selvmondsregisteret vil innebære behandling av personopplysninger som må ha et tilstrekkelig klart og avgrenset supplerende rettsgrunnlag i nasjonal rett (se punkt 4.2 om rettslig grunnlag). Departementet mener at det ikke er tilstrekkelig bare å vise til kartleggingsskjemaet, men at det også bør angis i forskriften hvilke opplysningstyper som skal kunne registreres i selvmondsregisteret.

Kilden til opplysningene som registreres i dagens løsning er utfylte kartleggingsskjema, Dødsårsaksregisteret og Norsk pasientregister. Noen av opplysningene som registreres omfattes allerede av og overlapper kategoriene i dødsårsaksregisterforskriften § 1-6, slik som personopplysninger (demografisk informasjon) og medisinske opplysninger (sykehistorie, poliklinisk behandling mv.). I selvmondsregisteret skal det imidlertid registreres flere og mer detaljerte opplysninger innen hver av disse kategoriene. Det er også noen opplysningstyper som ikke dekkes av kategoriene i gjeldende § 1-6. Det er derfor behov for en egen bestemmelse som angir kategoriene i kvalitetsregisteret om selvmord.

Med utgangspunkt i det reviderte kartleggingsskjemaet i rapporten vedlegg 3b, foreslår departementet at det forskriftsfestes at kvalitetsregisteret skal kunne inneholde opplysninger om følgende, jf. forslag til ny § 1-6A andre ledd i forskriften:

- Sosioøkonomiske og demografiske opplysninger: Kategorien omfatter opplysninger om demografiske, sosiale og økonomiske forhold, som er kjente risikofaktorer for selvmord.
- Sykehistorie og psykososial historikk: Kategorien omfatter opplysninger om psykisk og somatisk helse, rusmiddelbruk, historikk med selvskading eller selvmordsforsøk, psykososiale stressfaktorer som belastende livshendelser, traumatisk eksponering og økonomiske problemer.
- Omstendigheter rundt dødsfallet: Kategorien omfatter omstendighetene ved selvmord under døgnoophold, under poliklinisk kontakt og etter utskrivelse og gir en samlet oversikt over forhold knyttet til dødsfallet.
- Behandling og samhandling: Kategorien omfatter opplysninger om hvilken behandling pasienten er tilbudt og har mottatt, inkludert behandlingsnivå og behandlingsstatus. Videre inngår opplysninger om tjenestekontakt, herunder kontaktmønstre, samhandling mellom pasient og tjenester, og tjenestene imellom. Dette omfatter også koordinering av tjenester, blant annet gjennom tiltak som individuell plan og sikkerhetsplaner/kriseplan.

- Pårørendeinvolvering: Kategorien omfatter opplysninger om virksomhetens samhandling med pårørende. Pårørende har en viktig og lovfestet rolle relatert til helsehjelpen.
- Virksomhetens oppfølging av dødsfallet: Kategorien omfatter opplysninger om virksomhetens oppfølging av dødsfallet i etterkant, herunder om det er gjennomført en hendelsesgjennomgang og sendt melding til tilsynsmyndighetene.

Disse kategoriene med tilhørende variabler er sentrale for å få oversikt, innhente kunnskap, iverksette tiltak, bedre systematikken og øke kvalitetsforbedring i det selvmordsforebyggende arbeidet. Variablene under de enkelte kategoriene er veletablerte i fagfeltet.

Se beskrivelse av variabler tilhørende de foreslåtte kategoriene i vedlegg 1 til dette høringsnotatet og det redigerte kartleggingsskjemaet i rapporten vedlegg 3b.

4.4.5 Selvmord under behandling eller inntil 12 måneder etter behandling

I dag omfatter kartleggingsskjemaet opplysninger om personer som er døde ved selvmord under behandling eller inntil 12 måneder etter kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Departementet foreslår at det samme skal gjelde for selvmordsregisteret.

4.5 Meldeplikt

Departementet foreslår at helsepersonell i psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling, skal ha meldeplikt når en pasient eller tidligere pasient er død ved selvmord og ved dødsfall hvor selvmord ikke kan utelukkes.

Helsepersonellet har allerede i dag en slik meldeplikt, i samsvar med vedtaket fra 2021 om dispensasjon fra taushetsplikt etter helsepersonelloven § 29 som sier at de aktuelle opplysningene *skal* tilgjengeliggjøres. I praksis er det i dag 95 prosent av aktuelle helsepersonell som fyller ut kartleggingsskjemaet. De resterende 5 prosentene skyldes i stor grad pensjonering, omorganiseringer i tjenestene o.l.

Helseregisterloven § 13 sier at helsepersonell som tilbyr eller yter tjenester som omfattes av apotekloven, folkehelseloven, helse- og omsorgstjenesteloven, legemiddeloven, smittevernloven, spesialisthelsetjenesteloven eller tannhelsetjenesteloven plikter å melde opplysninger når dette er bestemt i forskrift.

Departementet foreslår et nytt andre ledd i dødsårsaksregisterforskriften § 2-1 som sier at behandlere innen psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i helseforetak, som er avtalespesialister og i private institusjoner som har avtale med regionale helseforetak, skal ved selvmord og ved dødsfall hvor selvmord ikke kan utelukkes, melde opplysninger som nevnt i § 1-6a til Dødsårsaksregisteret.

Departementet foreslår videre at meldingen av opplysningene skal skje på skjema eller på annen måte fastsatt av Folkehelseinstituttet, jf. forslag til forskrift § 2-2. Departementet

viser også til forslaget om at Folkehelseinstituttet skal ha myndighet til å fastsette når og hvordan opplysningene skal meldes inn til de helseregistrene som instituttet er dataansvarlig for. Se punkt 4.2 i høringsnotat XX. august 2026 med forslag til lov- og forskriftsendringer om nasjonale e-helseløsninger, behandling av helseopplysninger, smittevern m.m.

4.6 Dataansvar

Departementet foreslår at Folkehelseinstituttet skal være dataansvarlig for registeret. Folkehelseinstituttet kan inngå databehandleravtale med NSSF for å utføre oppgavene som registerforvaltningen krever.

4.7 Bruk av opplysningene i registeret

Når selvmordsregisteret etableres som et kvalitetsregister under Dødsårsaksregisteret, vil Folkehelseinstituttets egen bruk av opplysningene og tilgjengeliggjøring av opplysninger til andre reguleres av helseregisterloven §§ 19 flg. Dette følger også av dødsårsaksregisterforskriften § 3-1, som viser til helseregisterlovens regler.

Helseregisterloven og dødsårsaksregisterforskriften setter rammene for hvilke formål opplysningene i selvmordsregisteret kan brukes til. Disse rammene gjelder både for Folkehelseinstituttet og for andre aktører. Opplysninger fra kvalitetsregisteret kan bare tilgjengeliggjøres og brukes innenfor registerets formål og til uttrykkelig angitte formål som fremmer helse, forebygger sykdom og skade eller gir bedre helse- og omsorgstjenester, jf. helseregisterloven §§ 19, 19 a og 19 e.

Folkehelseinstituttet vil som dataansvarlig ha plikt til å utarbeide og løpende offentliggjøre relevant statistikk basert på helseopplysninger i kvalitetsregisteret om selvmord og opplysninger som er sammenstilt med andre lovbestemte helseregistre, jf. helseregisterloven § 19 andre ledd. Folkehelseinstituttet vil også ha plikt til å utarbeide slik statistikk på forespørsel, jf. helseregisterloven § 19 tredje ledd. Videre vil Folkehelseinstituttet ha plikt til å tilgjengeliggjøre opplysninger for andre aktører, når vilkårene i §§ 19 flg. er oppfylt.

Formålet med selvmordsregisteret vil være å forebygge selvmord gjennom å identifisere tiltak for kvalitetsforbedring av tjenesten, se punkt 4.1. For at selvmordsregisteret skal bli et nyttig verktøy i det forebyggende arbeidet, er det viktig at Folkehelseinstituttet kan behandle dataene i registeret til oppgavene/formålet med kvalitetsforbedring for å forebygge selvmord. Frem til nå har det vært laget en årlig rapport, som inneholder statistikk og som danner grunnlag for forebygging av selvmord ved at rapporten også sier noe om tiltak for kvalitetsforbedring av tjenesten.

Helseregisterloven § 19 gir hjemmel til å utarbeide statistikk, mens § 19 c gir direkte hjemmel til å sammenstille opplysninger fra kvalitetsregisteret med opplysninger i andre lovbestemte registre. For å utarbeide statistikk basert på sammenstilte data må data analyseres.

Opplysningene kan brukes til forskning, statistikk eller bruk og utvikling av beslutningsstøtteverktøy. Ordlyden er endret ved lovvedtak 20. juni 2026, men endringen er foreløpig ikke trådt i kraft.

Forskrift om nasjonal løsning for tilgjengeliggjøring av helsedata gjelder for Dødsårsaksregisteret, jf. § 3 bokstav a. Helsedata fra registre som er inkludert i løsningen, kan som hovedregel bare tilgjengeliggjøres av registerforvalteren etter avgjørelse fra Helsedataservice ved Folkehelseinstituttet.

Bruk av opplysninger fra Dødsårsaksregisteret, inkludert selvmordsregisteret, vil derfor i utgangspunktet kreve søknad og tillatelse fra Helsedataservice, jf. § 10 andre ledd. Dette gjelder likevel ikke for data som skal brukes av registerforvalteren selv eller av offentlige virksomheter til statistikk, analyse, kvalitetsforbedring, planlegging, styring eller beredskap for å ivareta oppgaver etter lov, forskrift eller instruks, jf. § 10 tredje ledd.

Dette betyr at Folkehelseinstituttet vil kunne bruke data fra registeret uten at det er nødvendig med søknad til Helsedataservice. Her følger oppgaven av formålet med registeret. Folkehelseinstituttets adgang til å bruke eller tilgjengeliggjøre opplysningene vil i disse tilfellene reguleres av dødsårsaksregisterforskriften og helseregisterloven i §§ 19 flg. Det samme vil gjelde når Folkehelseinstituttet skal dele data med andre offentlige virksomheter og der opplysninger fra registeret skal sammenstilles med Norsk pasientregister, Kommunalt pasient- og brukerregister, Legemiddelregisteret eller andre lovbestemte registre som Folkehelseinstituttet er dataansvarlig for.

All bruk og tilgjengeliggjøring av opplysninger fra selvmordsregisteret må uansett skje innenfor rammene av dødsårsaksregisterforskriften og helseregisterloven §§ 19 flg.

Departementet mener på denne bakgrunn at det ikke er behov for særskilt regulering i forskriften av Folkehelseinstituttets egen bruk av opplysningene i registeret eller av tilgjengeliggjøring av opplysninger fra registeret.

4.8 Krav til behandling av opplysningene i registeret

Alle opplysningene i selvmordsregisteret vil være taushetsbelagte helseopplysninger, jf. taushetsplikten i helseregisterloven § 17 og dødsårsaksregisterforskriften § 4-1.

Både folkehelseinstituttet som dataansvarlig, og NSSF som databehandler, skal gjennomføre tekniske og organisatoriske sikkerhetstiltak for å ivareta sikkerheten ved behandlingen av personopplysninger i registeret, jf. helseregisterloven § 21 og forskriften § 4-2. Blant annet vil det gjelde krav om at navn, fødselsnummer og andre personidentifiserende kjennetegn skal lagres kryptert. Det skal også gjennomføres risikovurderinger av nettverks- og informasjonssystemene som benyttes for å levere tjenester i henhold til denne loven.

Krav om internkontroll er fastsatt i helseregisterloven § 22 og forskriften § 4-3 og § 4-4.

Pårørende vil få innsynsrett etter forskriften § 5-1 som sier at avdødes «nærmeste pårørende har, med mindre særlige grunner taler mot det, rett til informasjon om Dødsårsaksregisteret og innsyn i behandling av opplysninger om den avdøde».

5 Personvernkonsekvenser

Den helsefaglige og samfunnsmessige nytten av selvmordsregisteret må veies mot personvernkonsekvensene registeret medfører for den registrerte.

Hensikten er å samle inn data om alle selvmordene på en systematisk måte slik at omstendighetene rundt hendelsene og kjennetegn ved pasientene som er døde kan analyseres på gruppenivå. Målet er å benytte kunnskapen til å utvikle og evaluere selvmordsforebyggende tiltak på systemnivå.

Et selvmordsregister som foreslått innebærer innsamling, sammenstilling, registrering og annen behandling av særlig sensitive opplysninger. Det er ikke mulig å basere registeret på samtykke. Et lovbestemt og direkte personidentifiserbart register som foreslått vil kreve strenge krav til trygg behandling av opplysningene i registeret. Registeret vil bli basert på innebygd personvern med tekniske og organisatoriske løsninger som gjennomfører personvernkravene, som løsninger for intern kryptering av direkte personidentifiserbar informasjon, logging av dekryptering, rutiner for tilgangsstyring mv. Intern kryptering vil begrense tilgangen til direkte identifiserbare opplysninger. I alle lovbestemte helseregistre skal direkte personidentifiserende opplysninger lagres kryptert, jf. helseregisterloven § 21.

Departementet mener, på samme måte som Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet, at personvernprinsippene samlet sett blir godt ivaretatt og at etablering og bruk av opplysninger i registeret er til befolkningens beste og klart overstiger personvernulempene for de registrerte.

Se nærmere om personvernkonsekvenser i rapporten punkt 6.9.

6 Økonomiske og administrative konsekvenser

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging (NSSF) er et godt etablert kompetansemiljø som har bygget opp og har inngående kunnskap om kartleggingssystemet. Departementets vurdering er derfor at senteret bør få ansvar for å videreføre oppgavene etter at systemet er etablert som et permanent register. Det vil være behov for å etablere en solid systemløsning og driftsplattform som tilfredsstiller kravene til et slikt register. Folkehelseinstituttet er foreslått som dataansvarlig og vil, i samarbeid med NSSF, få i oppdrag å utrede og etablere registeret med teknisk plattform, ansvarsfordeling og prosesser.

Folkehelseinstituttet har anslått deres kostnader til utredning, utvikling og etablering til mellom 17 og 38 millioner kroner fordelt over en treårs-periode, herunder mellom 8,5 og 25 millioner kroner til utvikling av den tekniske løsningen. Folkehelseinstituttets årlige kostnader til forvaltning og drift er anslått til mellom 4,5 og 5,0 millioner kroner fra det - tredje etableringsåret. Anslagene er foreløpige og vil blant annet avhenge av valget av teknisk løsning og arkitektur, kravene til sikkerhet, logging og integrasjoner, og hvor mye av eksisterende løsninger som kan gjenbrukes. Utgiftene håndteres innenfor Helse- og omsorgsdepartementets gjeldende budsjettammer.

Dagens kartleggingssystem finansieres gjennom tilskudd fra Helsedirektoratet til NSSF. NSSFs har anslått at det samlet vil være behov for ytterligere to årsverk for å ivareta deres oppgaver knyttet til driften av registeret. NSSFs kostnader til drift av registeret er med dette totalt anslått til drøyt 5 millioner kroner.

Innføring av meldeplikt vil ha begrensede økonomiske og administrative konsekvenser for virksomhetene. Dekningsgraden til kartleggingssystemet er i dag rundt 95 prosent og tidsbruken til registreringen er beregnet til rundt 30 minutter per skjema.

Eventuell fremtidig utvidelse med opplysninger fra den somatiske spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjenesten vil kreve endringer i dødsårsaksregisterforskriften som forutsetter utredning av konsekvenser og høring av forslagene.

7 Forslag til lov- og forskriftsendringer

7.1 Helseregisterloven

I lov 20. juni 2014 nr. 43 om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven) skal § 11 andre ledd bokstav a lyde:

- a. Dødsårsaksregisteret, *inkludert kvalitetsregister for selvmord*

7.2 Dødsårsaksregisterforskriften

I forskrift 21. desember 2001 nr. 1476 om innsamling og behandling av helseopplysninger i Dødsårsaksregisteret (Dødsårsaksregisterforskriften) gjøres følgende endringer:

§ 1-3 nr. 4 skal lyde:

- 4. gi grunnlag for informasjon og kunnskap for planlegging, kvalitetssikring og kvalitetsutvikling av helse- og omsorgstjenesten og helse- og omsorgsforvaltningen, *inkludert kvalitetsforbedring som bidrar til å forebygge selvmord.*

Ny § 1-6a skal lyde

§ 1-6a (*Kvalitetsregister om selvmord*)

Et kvalitetsregister om selvmord kan inneholde andre opplysninger enn de som følger av § 1-6 og som

- a. gjelder personer som er døde ved selvmord under behandling eller inntil 12 måneder etter kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling,

- b. er nødvendige for å nå formålet med kvalitetsregisteret, jf. § 1-3 nr. 4, og
- c. fremgår av kartleggingsskjema fastsatt av Folkehelseinstituttet etter § 2-2.

Kvalitetsregisteret kan bare inneholde opplysninger om følgende forhold:

- d. sosioøkonomiske og demografiske opplysninger
- e. sykehistorie og psykososial historikk
- f. omstendigheter rundt dødsfallet
- g. behandling og samhandling
- h. pårørendeinvolvering
- i. virksomhetens oppfølging av dødsfallet.

§ 1-7 første ledd skal lyde:

Opplysningene i Dødsårsaksregisteret *som nevnt i § 1-6* skal kodes i samsvar med den internasjonale statistiske *sykdomsklassifikasjonen* (ICD) og de prinsipper og regler som gjelder for koding av dødsårsaker.

§ 2-1 skal lyde:

§ 2-1 (*Dokumentasjons- og meldeplikt*)

Leger som blir tilkalt til en døende eller til en som er død, *skal snarest* melde opplysninger som nevnt i § 1-6, jf. § 2-2, til *Dødsårsaksregisteret*.

Behandlere innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i helseforetak, som er avtalespesialister og i private institusjoner som har avtale med regionale helseforetak, skal ved selvmord og ved dødsfall hvor selvmord ikke kan utelukkes, melde opplysninger som nevnt i § 1-6A, jf. § 2-2, til Dødsårsaksregisteret.

Melding av opplysninger etter denne bestemmelsen kan skje uten hensyn til taushetsplikt.

§ 2-2 skal lyde:

§ 2-2 (*Meldingsskjema, formkrav mv*)

Melding av opplysninger som nevnt i § 1-6 og § 1-6A skal skje på skjema eller på annen måte fastsatt av *Folkehelseinstituttet*. Dødsmeldingen *etter § 2-1 første ledd* skal *utformes i* samsvar med anbefalinger av Verdens helseorganisasjon.

Folkehelseinstituttet kan gi pålegg om bruk av bestemte klassifikasjoner og kodeverk ved registrering av opplysningene, og gi pålegg om bruk av bestemte meldingsformater ved forsendelsen av opplysningene.

VEDLEGG 1 Beskrivelse av variabler tilhørende de foreslåtte kategoriene i forskriften § 1-6A andre ledd

Viser til rapporten vedlegg 3b for en fullstendig beskrivelse av variablene.

- a) Sosioøkonomiske og demografiske opplysninger
 - i. Sivilstatus
 - ii. Inntektsforhold
 - iii. Opphold i Norge mindre enn 5 år
 - iv. Var pasienten asylsøker, flyktning eller hadde utgått visum på tidspunktet for selvmordet?
 - v. Hva slags type bolig hadde pasienten?
 - vi. Hvem bodde pasienten sammen med?
 - vii. Hadde pasienten ansvaret for barn under 18 år?
- b) Sykehistorie og psykososial historikk
 - i. Anslå sykehistoriens varighet
 - ii. Hadde pasienten en historikk med...
 - 1. ... å skade seg selv
 - 2. ... overdoser?
 - 3. ... problematisk bruk av alkohol?
 - 4. ... problematisk bruk av illegale rusmidler eller legemidler?
 - 5. ... å ha vært i fengsel eller varetekt?
 - 6. ... å utøve vold (inklusive alvorlige trusler)
 - 7. ... å bli utsatt for overgrep (fysisk, emosjonelt, eller seksuelt) i barndom/ungdomstid?
 - 8. ... blitt utsatt for vold i nære relasjoner?
 - 9. ... å ha vært under omsorg fra barnevernet?
 - iii. Hadde pasienten de siste 3 måneder før dødsfallet ...
 - 1. ... skadet seg selv?
 - 2. ... overdose?
 - 3. ... problematisk bruk av alkohol?
 - 4. ... problematisk bruk av illegale stoffer eller legemidler?
 - 5. ... en negativ livshendelse?
 - 6. ... alvorlige økonomiske problemer?
 - 7. ... gjeldsproblemer?
 - 8. ... betydelige belastninger på arbeidsplassen?
 - 9. ... problematisk spill med penger?
 - 10. ... mistet noen av sine nærmeste?
- c) Omstendigheter rundt dødsfallet
 - i. Hvis pasienten døde av forgiftning - hvor kom substansen pasienten brukte fra?
 - ii. Begikk pasienten drap før vedkommende døde i selvmord?
 - iii. Var pasienten påvirket av alkohol eller rusmidler da dødsfallet skjedde?
 - iv. Var selvmordet en del av en selvmordspakt?

- v. Var pasienten som døde gravid eller hadde vedkommende født siste år?
 - vi. Var datoen for dødsfallet av spesiell betydning for pasienten?
 - vii. Var det kjennskap til selvmordsrelatert internettbruk?
 - viii. Var selvmordet en del av et cluster av selvmord?
- b. Selvmord under døgnopphold
- i. Anslå omtrent når på døgnet dødsfallet skjedde:
 - ii. Hvilken observasjonsstatus hadde pasienten på tidspunktet for dødsfallet?
 - iii. Var det utfordringer med å gjennomføre kontinuerlig- eller intervallobservasjon?
 - iv. Type fravær fra døgnenheten på tidspunktet for dødsfallet?
 - v. Hvor i avdelingen gjennomførte pasienten selvmordet?
 - vi. Hvis selvmordet skjedde i avdelingen ved hengning/kvelning, hva brukte pasienten til å henge/kvele seg med?
 - vii. Hvis selvmordet skjedde i avdelingen ved hengning/kvelning, hva hang/kvelte pasienten seg fra?
 - viii. Var pasienten vurdert av en spesialist i psykiatri eller klinisk psykologi?
- c. Selvmord som skjedde etter utskrivelse fra døgnopphold
- i. Hvordan foregikk siste utskrivelse fra døgnopphold?
 - ii. Når var pasienten første polikliniske kontakt etter utskrivelse?
 - iii. Ble pasienten skrevet ut med noen av de følgende problemene?
 - iv. Ble pasienten skrevet til oppfølging fra kommunale tjenester
- d. Selvmord som skjedde etter kontakt med polikliniske tjenester
- i. Hva slags type polikliniske eller ambulante enheter hadde pasienten kontakt med siste år?
 - ii. Hva slags type enhet hadde pasienten sin siste kontakt med?
 - iii. Var det utfordringer med samarbeid med pasienten om poliklinisk behandling?
 - iv. Ønsket pasienten behandling i spesialisthelsetjenesten?
- d) Behandling og samhandling
- i. Ble noen av følgende legemidler foreskrevet til pasienten?
 - ii. Ble pasienten tilbudt psykofarmaka som han eller hun ikke ønsket å motta?
 - iii. Tok pasienten legemidler som foreskrevet siste måned før dødsfallet?
 - iv. Om pasienten viste sviktende etterlevelse av legemiddelbehandlingen? Ble noen av handlingene under gjennomført?
 - v. Hva var mulige årsaker til pasientens manglende etterlevelse?
 - vi. Klaget pasienten på bivirkninger av psykofarmaka?
 - vii. Hvilke av de følgende behandlingsformer eller oppfølging fikk pasienten i siste behandlingsforløp?

- viii. Er det dokumentert i journalen at det er gjort vurdering av selvmordsfare som del av en helhetlig klinisk vurdering og behandling av pasienten?
- ix. Hadde pasienten vært i behandling på grunn av selvskading eller selvmordsforsøk den siste måneden før dødsfallet
 - x. Hvilken handling utløste kontakten med den somatiske enheten etter selvskadingen/selvmondsforsøket?
 - xi. Var det søkt om kommunale tjenester?
 - xii. Var kommunale tjenester informert om utskrivelse fra døgnoophold i spesialisthelsetjenesten?
 - xiii. Var noen av følgende tjenester involvert i oppfølging av pasienten?
 - xiv. Hadde pasienten individuell plan?
 - xv. Hadde pasienten en koordinator?
 - xvi. Hadde pasienten fått utarbeidet en sikkerhetsplan/kriseplan?
 - xvii. Var sikkerhetsplanen/kriseplanen kjent for andre samarbeidspartnere?
 - xviii. Uteble pasienten fra siste avtale med spesialisthelsetjenesten?
 - xix. Når pasienten ikke møtte opp til siste avtale med spesialisthelsetjenesten, utløste det noen handling?
 - xx. Inkluderte siste kontakten pasientens primærkontakt eller -behandler?
 - xxi. Hadde pasienten noen av følgende symptomer ved den siste kontakten med helsetjenesten?
 - 1. Angst/uro
 - 2. Depressivt stemningsleie
 - 3. Forverring av fysisk helse
 - 4. Vrangforestillinger, hallusinasjoner eller tankeforstyrrelser
 - 5. Fiendtlighet
 - 6. Økt alkoholkonsum
 - 7. Økt bruk av andre rusmidler
 - 8. Nylig selvskading
 - 9. Håpløshet
 - 10. Tanker om selvmord
 - 11. Søvnvansker

e) Pårørendeinvolvering

- i. Har pårørende vært involvert i forløpet?
- ii. Ble pårørende informert om pasientens utskrivelse?

f) Virksomhetens oppfølging av dødsfallet

- i. Har det vært gjennomført en intern selvmordsgjennomgang / hendelsesanalyse med involverte behandlere og ledelse til stede?
- ii. Har institusjonen/ behandlingsenheten vært i kontakt med pasientens etterlatte?
- iii. Hvordan tok institusjonen/ behandlingsenheten kontakt med pasientens etterlatte?

- iv. Har etterlatte (nærmeste pårørende) blitt tilbudt møte med virksomheten innen 10 dager etter dødsfallet, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 tredje ledd, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 sjette ledd?
- v. Har etterlatte (nærmeste pårørende) blitt tilbudt oppfølgende møte med virksomheten innen tre uker etter dødsfallet, jf. nasjonal retningslinje for forebygging av selvmord i psykisk helsevern og TSB.
- vi. Har dødsfallet blitt meldt til Helsetilsynet som en alvorlig hendelse?
- vii. Har Helsetilsynet opprettet tilsynssak?