

RAPPORT

2026

DØDSÅRSAKSREGISTERET

Dødsårsaker i Norge 2025

Dødsårsaksregisteret

Dødsårsaker i Norge 2025

Marianne Sørli Strøm

Kari Anne Sveen

Gunhild Forland Slungård

Solveig Helene Warhuus Eriksen



Utgitt av Folkehelseinstituttet

Område for helsedata og digitalisering

Avdeling for helseregisterforskning og -utvikling

29. oktober 2026

Tittel:

Dødsårsaksregisteret

Dødsårsaker i Norge 2025

Forfattere:

Marianne Sørli Strøm

Kari Anne Sveen

Gunhild Forland Slungård

Solveig Helene Warhuus Eriksen

Oppdragsgiver: Folkehelseinstituttet

Publikasjonstype: Rapport

Bestilling: Rapporten kan lastes ned som PDF på Folkehelseinstituttets nettsider: www.fhi.no

ISBN elektronisk utgave:

978-82-8406-599-1

DOI (Permanent lenke i Nasjonalt vitenarkiv):

<https://doi.org/10.21349/050g-cb14>

Anbefalt referanse:

Dødsårsaker i Norge 2025. Bergen: Folkehelseinstituttet, Dødsårsaksregisteret, 2026.

Emneord: Dødsårsaksregisteret, dødsårsaker, kreft, hjerte- og kardødelighet, dødelighet

Hovedbudskap	5
Key message (English)	6
Forord	7
1 Innledning	8
2 Generell informasjon	9
2.1 Lovhjemmel	9
2.2 Datagrunnlag	9
2.3 Elektronisk dødsmelding	9
2.4 Dekningsgrad	10
2.5 Offisiell statistikk	10
2.6 Europeisk kortliste for dødsårsaker	11
2.7 Aldersstandardiserte rater	11
3 Koding og kvalitetssikring av dødsårsaker	12
3.1 Valg av underliggende dødsårsak	12
3.2 Obduksjoner	12
3.3 Dødsfall utløst av narkotika og alkohol (rusdødsfall)	13
4 Tall for utvalgte dødsårsaker i 2025	15
4.1 Fordeling av og utvikling i de største dødsårsaksgrupper siste 30 år	15
4.2 Kreft (ondartede svulster)	19
4.2.1 Kjønnforskjeller i kreftdødsfall	21
4.2.2 Lungekreft	22
4.2.3 Tykktarmskreft	24
4.2.4 Bukspyttkjertelkreft	25
4.2.5 Hjernekreft	27
4.2.6 Leverkreft	29
4.2.7 Gynekologisk kreft	32
4.3 Hjerne- og karsykdommer	34
4.3.1 Karsykdommer i hjernen (inkludert hjerneslag)	39
4.3.2 Kjønnfordeling i hjerne- og karsykdommer	41
4.4 Demens	42
4.5 Lungesykdommer og covid-19 sykdom	44
4.6 Diabetes	48
4.7 Ytre årsaker	51
4.7.1 Ulykker	52
4.7.2 Selvmord	55
4.8 Rusdødsfall	59
4.8.1 Narkotikautløste dødsfall	59
4.8.2 Alkoholutløste dødsfall	61

5 Konklusjon	66
Referanser	67
Vedlegg	69
Vedlegg 1 – Dekningsgradsrapport Dødsårsaksregisteret 2025	69

Hovedbudskap

29. oktober 2026 ble oppdaterte tall for dødsårsaker i Dødsårsaksregisteret ved Folkehelseinstituttet (FHI) for 2025 offentliggjort.

Kreft er fortsatt den største dødsårsaken i Norge. Selv om antall kreftdødsfall fortsetter å øke litt, fortsetter dødelighetsraten å falle i 2025, men ligger på tilnærmet samme nivå som i 2023 og 2024. Dødeligheten av hjerte- og karsykdommer er også i 2025 på et historisk lavt nivå. Likevel ser det ut til at den kraftige nedgangen man har sett i dødsfall av hjerte- og karsykdommer de siste årene har bremsset litt opp. Dødsfall av demens hos eldre har økt kraftig de siste tiårene og fortsetter å øke i 2025. Demens har de siste årene etablert seg som den tredje største dødsårsaken. Dødsfall av lungesykdommer som influensa, lungebetennelse og kols er i 2025 på nivå med siste års registreringer.

I 2025 er antall dødsfall som ikke skyldes sykdom (ulykker, selvmord og drap) litt lavere enn de to foregående årene. Det er både registrert færre selvmord og færre narkotikadødsfall enn de foregående årene. Selv om antallet dødsfall i denne gruppen har økt litt de siste årene, har dødelighetsraten vært relativt stabil.

Denne rapporten viser utvalgte tall for dødsårsaker i 2025 inkludert trender tilbake i tid. Flere tall for dødsårsaker finnes på [FHI statistikk](#) (1). I [Folkehelserapporten](#) (2) finnes informasjon om totaldødelighet og forventet levealder, forskjellige sykdommer og selvmord.

Key message (English)

On 29 October 2026, updated information on causes of death for 2025 from the Norwegian Cause of Death Registry at the National Institute of Public Health (NIPH) were published.

Cancer remains the leading cause of death in Norway. Although the number of cancer deaths continues to increase gradually, the mortality rate declines slightly in 2025 but remains at approximately the same level as in 2023 and 2024. Mortality from cardiovascular diseases continued its downward trend in 2025 and reached the lowest level recorded to date. However, the substantial reductions observed in recent years appear to have slowed down.

Dementia-related mortality among older adults has increased markedly over the past decades and continues to rise in 2025. In recent years, dementia has become the third leading cause of death in Norway. Deaths from respiratory diseases such as influenza, pneumonia, and chronic obstructive lung disease were in 2025 at a similar level to that of recent years.

In 2025, the number of deaths not caused by disease (accidents, suicides, and homicides) was lower than in the two preceding years. Both the number of suicides and drug-related deaths were lower than in previous years. Although the number of deaths in this group has increased somewhat in recent years, the mortality rate has remained stable.

This report presents selected statistics on causes of death in 2025, including trends over time. Additional information on other causes of death can be found at [NIPH statistics](#) (1). The [Public Health Report](#) (2) provides information on overall mortality and life expectancy, as well as broader public health information on selected diseases and suicide.

Forord

Registrering av dødsfall med angivelse av dødsårsak i Dødsårsaksregisteret er lovfestet for alle dødsfall i Norge. Dødsfall hos norske statsborgere som dør i utlandet skal også registreres.

Dataene gir et viktig grunnlag for overvåking av dødelighetsmønstre og helseutviklingen i befolkningen, og er sentrale for planlegging av helsetjenester både under akutte kriser og i et lengre perspektiv. Dataene er også viktige for utvikling og evaluering av tiltak som skal fremme folkehelsen. Dataene benyttes av forskere, helsemyndigheter, media og allmennheten både nasjonalt og internasjonalt.

Dødsårsaksregisteret offentliggjorde foreløpige tall for dødsårsaker i 2025 i april 2026. I denne rapporten presenteres de endelige, oppdaterte og kvalitetssikrede tallene for 2025.

Bergen, 29. oktober 2026

Marianne Sørli Strøm, overlege

Folkehelseinstituttet

1 Innledning

Dødsårsaksregisteret er et av de sentrale helseregistrene i Norge. Det inneholder informasjon om dødsårsaker i befolkningen, samt sivile, demografiske og geografiske opplysninger. Opplysningene i registeret er basert på informasjon som leger sender inn i dødsattester og obduksjonsrapporter.

Hvert år publiseres nye, kvalitetssikrede tall for det foregående året. Samtidig oppdateres tidligere årganger. I 2025 offentliggjorde FHI for første gang foreløpige tall i april og har også gjort det i 2026. Denne rapporten gir et sammendrag av de oppdaterte og kvalitetssikrede tallene for 2025 sammenlignet med tidligere års trender. Tall og analyser av totaldødelighet omtales i kapittelet Dødelighet i Norge i [Folkehelserapporten](#) (2).

Data fra Dødsårsaksregisteret er tilgjengelig på [FHI statistikk](#) (1) eller kan bestilles via [helsedata.no](#) (3).

2 Generell informasjon

2.1 Lovhjemmel

Dødsårsaksregisteret er et av de sentrale helseregistrene i Norge og er etablert i samsvar med [Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Dødsårsaksregisteret \(Dødsårsaksregisterforskriften\)](#) (3). Dette innebærer at det ikke er mulig å nekte registrering av informasjon i Dødsårsaksregisteret.

2.2 Datagrunnlag

Dødsårsaksregisteret er basert på informasjon som blir sendt til FHI i dødsmeldinger fra leger og obduksjonsrapporter. Informasjonen i registeret blir også supplert med data fra Folkeregisteret. Hvis det mangler nødvendig informasjon i dødsmeldingene, kan FHI be om tilleggsinformasjon fra den legen som sendte inn dødsmeldingen eller fra behandlende lege. I tillegg til å registrere informasjon om dødsårsaker, inneholder Dødsårsaksregisteret også personlige, geografiske og demografiske data. En mer detaljert beskrivelse av variablene i Dødsårsaksregisteret kan finnes på helsedata.no (4).

Dødsårsaksregisteret publiserer data for ett år om gangen, samtidig som tallene for tidligere år oppdateres der ny informasjon har kommet inn. Foreløpige tall for dødsårsaker i 2025 ble offentliggjort i april 2026, hvor man antar at tallene for de fleste dødsårsaksgrupper er tilnærmet komplette. Tidsrammen for når ulike dødsårsaksgrupper kan betraktes som komplette varierer betydelig. For dødsfall av ytre årsaker som ulykker, selvmord og drap tar kvalitetssikringen lengst tid, da man her ofte er avhengig av obduksjonsresultater for å fastsette korrekt dødsårsak. Også etter offentliggjøring av kvalitetssikrede tall kan FHI motta ny informasjon som kan føre til endringer for enkelte dødsfall. Hvis det kommer ny informasjon, oppdateres Dødsårsaksregisteret. Oppdateringene blir gjort tilgjengelig i statistikkbanken ved offentliggjøring av nye tall.

Kvalitetssikrede og oppdaterte tall for dødsårsaker for dødsfall som fant sted i 2025 ble offentliggjort 29. oktober 2026, og danner grunnlaget for tallene og analysene i denne rapporten.

2.3 Elektronisk dødsmelding

Fra september 2018 har det vært en gradvis innføring av elektronisk dødsmelding, og fra 1. januar 2020 ble løsningen tilgjengelig for alle leger. Fra 1. januar 2022 har det vært lovpålagt å melde dødsfall elektronisk. Bruken av elektroniske dødsmeldinger har vært tilnærmet komplett de siste årene, som vist i tabell 1.

Tabell 1. Andel dødsfall der dødsfall er meldt elektronisk per år.

År	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Andel dødsfall meldt elektronisk	0 %	3 %	37 %	79 %	96 %	98 %	98 %	99 %

Innføringen av elektronisk dødsmelding har resultert i forbedret personvern og betydelig reduksjon av tiden det tar før dødsfall blir registrert i Folkeregisteret og dødsårsak i

Dødsårsaksregisteret. Vi forventer at bruk av den elektroniske dødsmeldingen bidrar til forbedret kvalitet på dataene i Dødsårsaksregisteret. Tidligere måtte rapporterende leger skrive dødsårsakene med diagnoser som fritekst i et skjema, mens legen nå kan velge blant forhåndsdefinerte diagnoser fra en nedtrekksliste. Det er fortsatt mulig for legen å angi dødsårsak i fritekst. Legen må også i større grad følge et standardisert oppsett ved innmelding, i tråd med retningslinjer fra Verdens helseorganisasjon (WHO), med den hensikt å gjøre fastsettelsen av dødsårsaker mer ensartet. Samtidig som den nye løsningen kan føre til mer komplett og mer spesifikk rapportering, kan den også resultere i systematiske endringer i hvilke dødsårsaker som blir rapportert. Innføring av ny meldingsrutine kan derfor føre til en forskyvning mellom enkelte dødsårsaksgrupper eller forskyvning mellom årsaker innad i større dødsårsaksgrupper i forhold til informasjon meldt inn med gammel meldingsrutine. Slike endringer antas ikke å påvirke fordelingen mellom de største dødsårsaksgruppene. Det er viktig å understreke at totaldødeligheten ikke påvirkes av innføringen av elektronisk dødsmelding.

Fordi overgangen til elektronisk innmelding i hovedsak skjedde under pandemien, kan det være utfordrende å avgjøre om endringer i dødsårsaksstatistikken de siste årene skyldes effekter av pandemien/pandemihåndteringen eller innføringen av elektronisk dødsmelding. For dødsårsaksgrupper som selvmord og narkotikautløste dødsfall, der obduksjoner ofte utføres, vil dødsårsaken i hovedsak være basert på resultatene fra obduksjonen og dermed ikke i samme grad påvirkes av elektronisk innmelding.

2.4 Dekningsgrad

Det er lovfestet at alle dødsfall som involverer norske borgere og personer som er i Norge på død tidspunktet, skal registreres i Dødsårsaksregisteret. Imidlertid har det i praksis vist seg at enkelte dødsfall ikke blir rapportert. Av de dødsfallene som ikke rapporteres, mangler registeret flest meldinger om dødsårsak der nordmenn dør i utlandet. Til tross for dette er dekningsgraden i Dødsårsaksregisteret svært god sammenlignet med internasjonale standarder. Den har ligget på rundt 98 prosent i mange år med en liten nedgang under innføringsfasen for elektronisk dødsmelding med en samtidig omlegging av Folkeregisteret sine rutiner. Innføringen av elektronisk dødsmelding har bidratt til forbedring i dekningsgraden blant personer bosatt i Norge.

For året 2025 var dekningsgraden for [bosatte i Folkeregisteret](#) (5), inkludert nordmenn som døde i utlandet, 98,7 prosent. I denne sammenhengen inkluderer bosatte norske og utenlandske statsborgere med lovlig opphold i Norge de siste seks månedene. Dekningsgraden er litt høyere for kvinner (99,2 prosent) enn for menn (98,2 prosent). For mer detaljert informasjon, se [vedlegg 1](#).

2.5 Offisiell statistikk

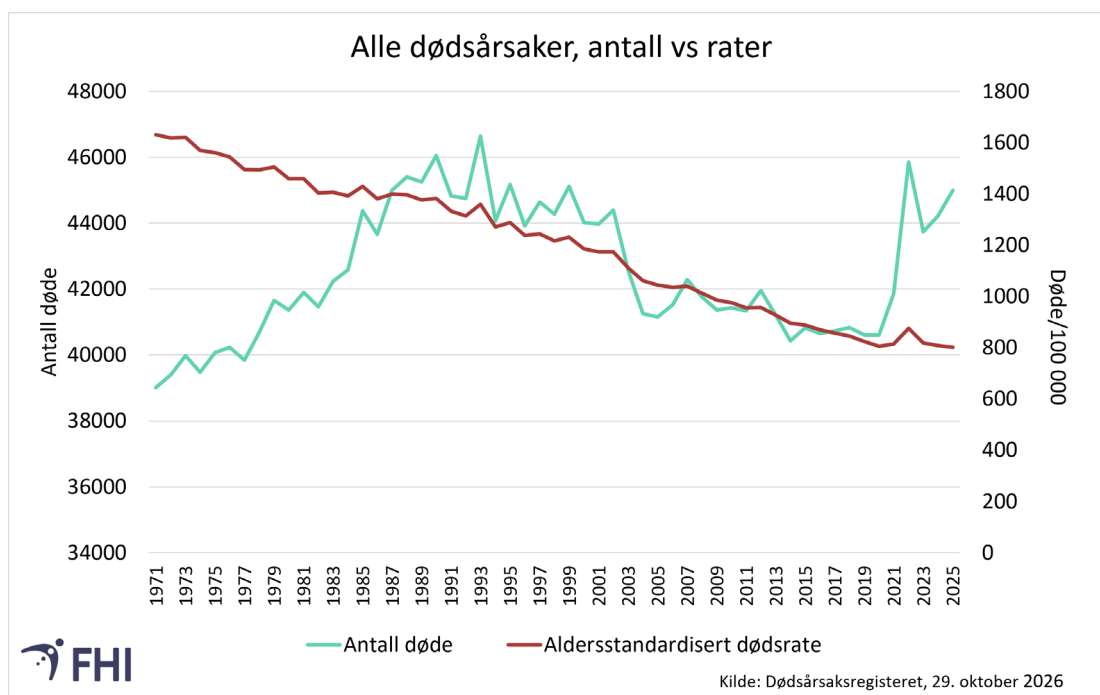
Statistikken fra Dødsårsaksregisteret er en del av nasjonalt statistikkprogram og dermed definert som offisiell statistikk. Folkehelseinstituttet er da pålagt å følge [europeiske retningslinjer for offisiell statistikk](#) (6). Formålet er å sikre allmennhetens tillit til statistikken ved å følge etablerte prinsipper for utvikling, utarbeidelse og formidling av statistikk. Dette innebærer blant annet at tidspunktet for når det publiseres nye data skal kunngjøres på forhånd, og at statistikken og dataene da skal være tilgjengelige for alle parter samtidig.

2.6 Europeisk kortliste for dødsårsaker

[Statistikkbanken](#) (1) til Dødsårsaksregisteret har offentliggjort 35 utvalgte tabeller med relevante og anonyme statistikker. I mange av tabellene brukes [Europeisk kortliste](#) (7) for kategorisering av [underliggende dødsårsaker](#), som er det som vises i statistikkbanken.

2.7 Aldersstandardiserte rater

Befolkningssammensetningen endrer seg fra år til år. For å kunne sammenligne trender over tid og mellom ulike geografiske områder, er det nødvendig å justere tallene for befolkningens størrelse og alderssammensetning. Når vi gjør dette, får vi det vi kaller aldersstandardiserte dødelighetsrater. Vi benytter befolkningstall fra Statistisk sentralbyrå, som er tilgjengelig fra 1971. Vi bruker middelbefolkningen i Norge i 2025 som standardpopulasjon for å beregne de aldersstandardiserte dødelighetsratene. Middelbefolkningen er definert som gjennomsnittet av befolkningen 1. januar det aktuelle året og befolkningen 1. januar året etter. Figur 1 viser utviklingen i antall dødsfall og dødelighetsraten for alle dødsårsaker i Norge samlet fra 1971 og frem til i dag.



Figur 1. Antall døde og aldersstandardisert dødsrate for alle dødsårsaker 1971-2025.

3 Koding og kvalitetssikring av dødsårsaker

Dødsårsaksregisteret følger Verdens helseorganisasjon (WHO) sine retningslinjer for koding av dødsårsaker og bruker det halvautomatiserte kodesystemet IRIS (International coding system for causes of death). Dødsårsakene har siden 1996 blitt kodet ved hjelp av ICD (International Classification of Diseases), versjon 10 (ICD-10). Før dette ble tidligere versjoner av ICD-10 brukt (ICD-8 og ICD-9)

3.1 Valg av underliggende dødsårsak

I statistikk over en gitt befolkning (et gitt antall personer), kan hvert dødsfall kun forekomme én gang. For *statistiske formål* blir det derfor valgt ut én underliggende dødsårsak (hoveddødsårsak) for hvert dødsfall. Den underliggende dødsårsaken er definert som den dødsårsaken som startet rekken av hendelser som til slutt førte til døden. Det er viktig å merke seg at selv om den underliggende dødsårsaken anses som den som har hatt størst betydning for dødsfallet, så gir den ikke informasjon om i hvilken grad andre dødsårsaker har bidratt til dødsfallet. Den underliggende dødsårsaken skal imidlertid gi mest informasjon om muligheten for forebygging. De øvrige dødsårsakene som oppgis på dødsmeldingen registreres også i Dødsårsaksregisteret.

Hva som til slutt blir stående som underliggende dødsårsak avhenger av både hva legen har skrevet på dødsmeldingen, men også av informasjon fra kvalitetssikringstiltak og fastsatte koderegler fra WHO.

3.2 Obduksjoner

For omkring 8 prosent av dødsfallene i Norge blir det utført en obduksjon. I straffesaker har politiet rett til å be om rettsmedisinsk obduksjon. Ut over dette kan legen be om en medisinsk obduksjon hvis det er tvil om dødsårsaken. Pårørende har mulighet til å avslå en medisinsk obduksjon. Målsetningen for Dødsårsaksregisteret er at alle dødsfall skal ha fastsatt en endelig underliggende dødsårsak, og dermed at alle grupperinger av dødsårsaker er endelige for et gitt år. Når dette foreligger, beskrives dødsårsaksgruppen som komplett. Sent mottatte obduksjonsrapporter medfører de største forsinkelsene i når enkelte dødsårsaksgrupper kan betraktes som komplette. For dødsfall hvor det er utført en obduksjon, kan det ta 6 måneder eller mer fra tidspunktet for dødsfallet til dødsfallet er ferdig kodet og kvalitetssikret i Dødsårsaksregisteret. Per nå er andel dødsfall hvor FHI har mottatt en obduksjonsrapport 7% (tabell 2). Det er sannsynlig at FHI fortsatt vil motta enkelte obduksjonsrapporter for 2025 etter at tallene som er brukt i denne rapporten ble offentliggjort. Det kan derfor komme små justeringer i tallene i etterkant. Dette gjelder spesielt dødsårsaker som selvmord, drap og rusutløste dødsfall, hvor obduksjonsresultatet ofte er viktig for fastsettelsen av den endelige dødsårsaken.

Tabell 2. Obduksjoner per år.

	2021		2022		2023		2024		2025*	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Rettsmedisinsk	2250	5,4	2391	5,2	2416	5,5	2353	5,3	2150	4,8
Medisinsk	1304	3,1	1325	2,9	1143	2,6	1123	2,5	976	2,2
Totalt	3554	8,5	3716	8,1	3559	8,1	3476	7,9	3126	6,9

*Antallet i 2025 kan fortsatt øke litt etter offentliggjøring av tallene i denne rapporten, da det antas at ikke alle rapporter for dødsfall som fant sted i 2025 har kommet inn til FHI ennå.

3.3 Dødsfall utløst av narkotika og alkohol (rusdødsfall)

Dødsårsaksregisteret bruker [Den europeiske unions narkotikabyrås \(EUDA, tidligere EMCDDA\) sin definisjon for gruppering av narkotikautløste dødsfall](#) (9). EUDA-definisjonen omfatter dødsfall fra flere dødsårsaksgrupper i europeisk kortliste. Den inkluderer forgiftningsulykker og selvmord med narkotika som ligger under hovedkapitlet ytre årsaker (voldsomme dødsfall). Fra det andre hovedkapitlet i europeisk kortliste som omfatter sykdomsdødsfallene inkluderes psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser som følge av rusmiddelbruk som er gruppert under psykiske lidelser (tabell 3).

Tabell 3. Narkotikautløste dødsfall EUDA-definisjon.

Dødsårsak	ICD-10 kode
Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser som følge av rusmiddelbruk	F11-F12, F14-F16, F19
Forgiftning med sentralstimulerende rusmidler	X41, X44, Y11 i kombinasjon med T3.6
Forgiftning med narkotika*	X42, X44, Y12, Y14 i kombinasjon med T40.0-T40.9
Selv mord med sentralstimulerende rusmidler	X61, X64 i kombinasjon med T43.6
Selv mord med narkotika*	X62, X64 i kombinasjon med T40.0-T40.9

*Narkotika inkluderer også legalt foreskrevne opioider.

Også for dødsfall som skyldes alkohol er det laget en samlekategori som ikke er en egen kategori i europeisk kortliste, men en samling dødsårsaker relatert til inntak av alkohol. Som for narkotika omfatter gruppen akutte forgiftninger og selvmord med alkohol, samt psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser grunnet kronisk alkohol overforbruk. Gruppen inneholder også somatiske sykdommer relatert til kronisk alkohol overforbruk (tabell 4).

Tabell 4. Dødsfall som skyldes alkohol – samlekategori.

Dødsårsak	ICD-10 kode
Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser som følge av alkohol	F10
Skade på nervesystemet som følge av alkohol	G31.2, G62.1, G72.1
Alkoholisk kardiomyopati	I42.6
Alkoholisk gastritt	K29.2
Alkoholisk leversykdom	K70
Sykdom i bukspyttkjertelen som følge av alkohol	K85.2, K86.0
Føtalt alkoholsyndrom	Q86.0
Andre alkoholskader	E24.4, P04.3
Forgiftningsulykker med alkohol	X45, Y15
Selv mord med alkohol	X65

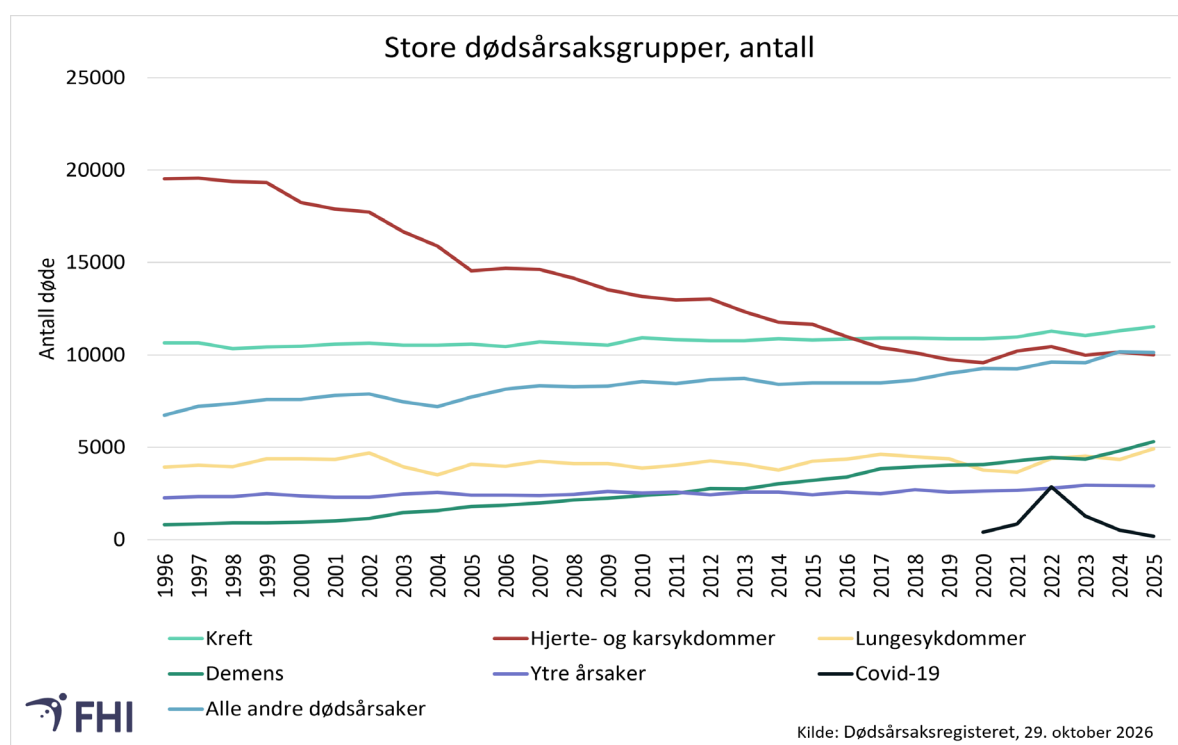
Tall for rusutløste dødsfall finnes i kapittelet om [rusutløste dødsfall](#) lenger ned i rapporten. Helsedirektoratet har fra 2025 overtatt ansvaret for rapporten «Narkotikautløste dødsfall i Norge», som da f.o.m dødsfall i 2024 og fremover publiseres på deres hjemmeside.

4 Tall for utvalgte dødsårsaker i 2025

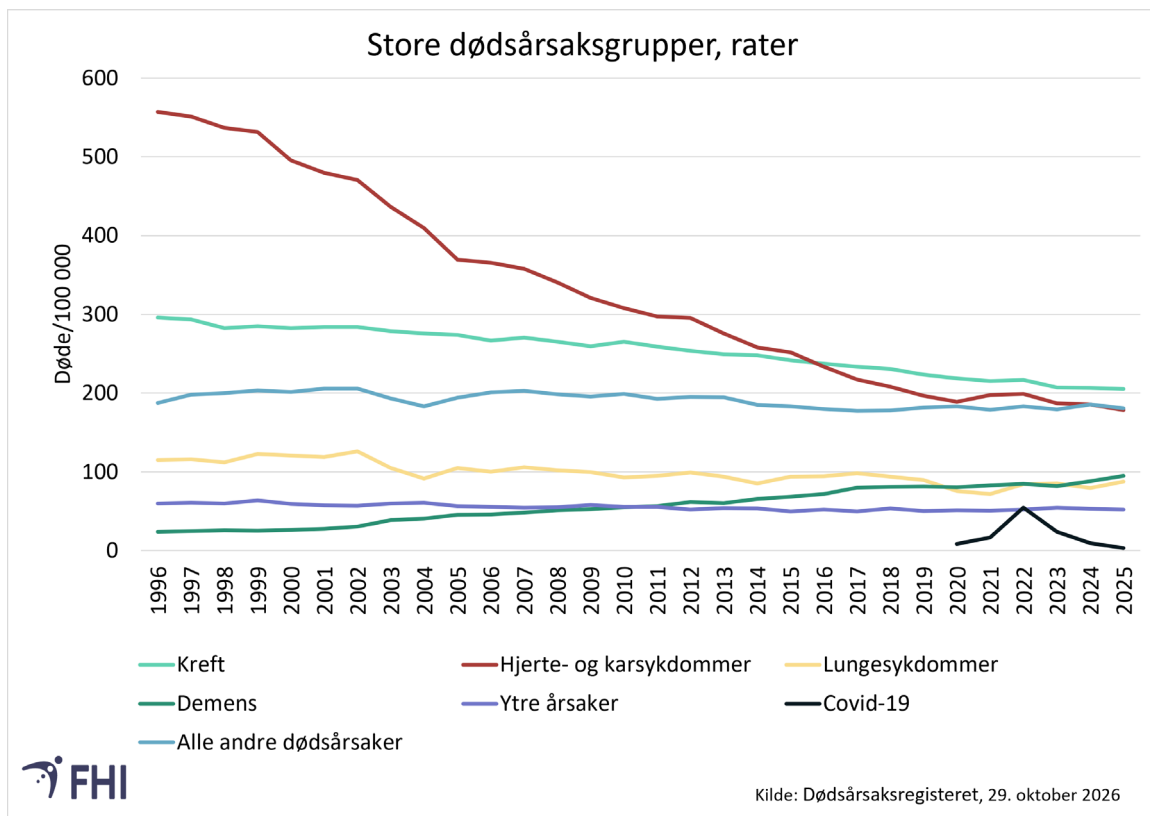
Tallene som presenteres i denne rapporten gjelder personer som på dødstidspunktet var bosatt i Norge, det vil si både norske og utenlandske statsborgere med lovlig opphold i Norge de siste seks månedene. Norske statsborgere bosatt i utlandet og utenlandske statsborgere (asylsøkere, turister og gjestearbeidere) er ikke med i disse tallene, men Dødsårsaksregisteret offentliggjør tall for disse gruppene i en egen rapport. Med mindre annet er oppgitt er alle tall for [underliggende dødsårsak](#).

4.1 Fordeling av og utvikling i de største dødsårsaksgrupper siste 30 år

Definisjoner (ICD-10): Kreft C00-C97, hjerte- og karsykdommer I00-I99, lungesykdommer J00-J99, demens F01, F03, F05.1, G30, ytre årsaker V01-Y89, covid-19 U07.1, U07.2, U10.9.



Figur 2a. Antall dødsfall for store dødsårsaksgrupper 1996-2025.



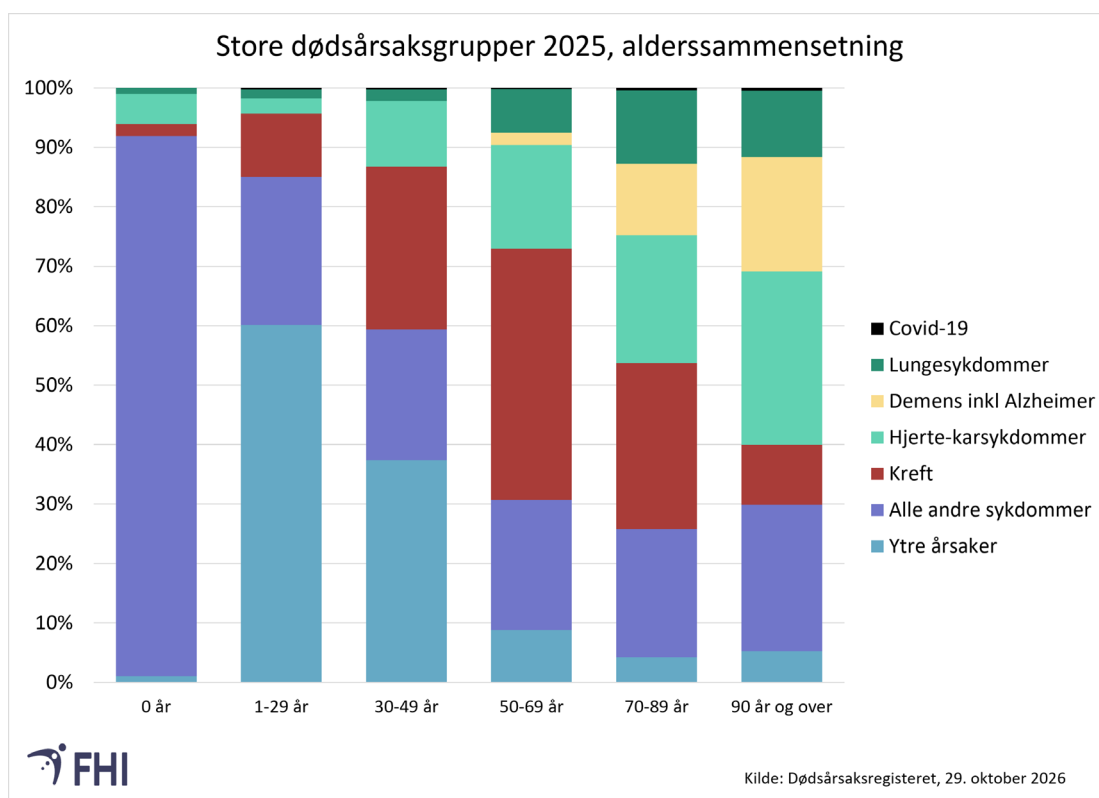
Figur 2b. Aldersstandardisert dødelighetsrate for store dødsårsaksgrupper 1996-2025.

Kreft (ondartede svulster) har vært den hyppigste dødsårsaken i Norge siden 2017 (figur 2a og 2b). Dette gjelder fortsatt i 2025. Etter kreft er det hjerte- og karsykdommer flest dør av, mens demens i løpet av de siste fem årene har etablert seg som den tredje største dødsårsaken foran lungesykdommer.

Antall hjerte- og kardødsfall har sunket drastisk de siste tiårene (figur 2a). I 2021 og 2022 var det for første gang siden slutten av 1980-tallet en liten økning i antallet hjerte- og kardødsfall, men har deretter falt til et lavere nivå igjen de siste årene. I 2025 er antallet dødsfall litt lavere enn i 2024. Antall demensdødsfall per år har økt kraftig siden 1980-tallet og fortsetter å øke i 2025. Dødsfall av lungesykdommer viser større variasjon fra år til år enn de andre store dødsårsaksgruppene. Under første del av pandemien i 2020 og 2021 var dødsfall av lungesykdommer (uten covid-19 dødsfall) historisk lavt, men økte igjen fra 2022.

De siste årene har det vært en økning i antall dødsfall av ytre årsak (ulykker, drap og selvmord), men tar man hensyn til en økende befolkning har dødelighetsraten vært relativt stabil. I 2025 er det registrert færre narkotikautløste dødsfall (313) enn i 2023 og 2024. Antall selvmord i 2025 (676), er også lavere enn de to foregående årene.

For mer detaljert beskrivelse av de enkelte dødsårsaksgruppene, se de respektive kapitlene i rapporten.



Figur 3. Fordeling av dødsårsaker i ulike aldersgrupper i 2025.

Det er store forskjeller i fordelingen av dødsårsaker mellom ulike aldersgrupper (figur 3). Et hovedskille går mellom dødsfall som skyldes sykdom, og de som skyldes ytre årsaker (ulykker, drap og selvmord). Mens ytre årsaker bare stod for 4,5 prosent av dødsfallene blant dem over 70 år, døde 41 prosent av de som var under 50 år av ytre årsaker. I gruppen 1-29 år er ytre årsaker den klart største dødsårsaksgruppen (60 prosent). Kreft utgjør en relativt stor andel av dødsfallene i mange aldersgrupper, særlig i aldersgruppen 30-69 år (40 prosent). Til sammenlikning utgjør kreftdødsfall 11 prosent av dødsfallene i gruppen 1-29 år og 10 prosent i gruppen 90 år og eldre. Dødsfall av demens finnes nesten utelukkende i de eldste aldersgruppene (over 70 år).

Spedbarnsdødeligheten i Norge er blant de laveste i hele verden. En stor andel av dødsfallene blant spedbarn som fødes levende er særegne, for eksempel plutselig, uventet spedbarnsdød (krybbedød), dødsfall kort tid etter fødsel på grunn av medfødte misdannelser, eller dødsfall som følge av fødselskomplikasjoner eller svært for tidlig fødsel.

Som vist i tabell 5, er aldersstandardisert dødelighetsrate høyere for menn enn for kvinner i alle de store dødsårsaksgruppene bortsett fra demens. Årsaken er trolig at kvinner oftere enn menn oppnår høy alder, hvor sjansen for å utvikle og dø av demens er større.

Tabell 5. Antall og aldersstandardisert dødelighetsrate for kvinner og menn fordelt på store dødsårsaksgrupper i 2025.

	Kjønn	Antall	Dødelighetsrate (per 100 000)
Alle årsaker	Kvinne	22405	695,0
	Mann	22594	929,7
Sykdommer	Kvinne	21033	651,5
	Mann	20474	848,1
Ytre årsaker	Kvinne	1202	37,7
	Mann	1715	66,6
Kreft	Kvinne	5300	176,2
	Mann	6220	244,0
Demens inkl. Alzheimers sykdom	Kvinne	3512	103,6
	Mann	1803	79,7
Hjerte- og karsykdommer	Kvinne	4846	144,4
	Mann	5164	218,0
Lungesykdommer	Kvinne	2498	77,9
	Mann	2426	102,9
Covid-19	Kvinne	77	2,4
	Mann	106	4,6
Ulykker	Kvinne	1011	30,9
	Mann	1174	47,2
Selvmord	Kvinne	165	5,9
	Mann	511	18,3
Alle andre sykdommer/skader	Kvinne	4826	147,9
	Mann	4785	200,0
Mangler dødsårsak	Kvinne	170	5,8
	Mann	405	15,0

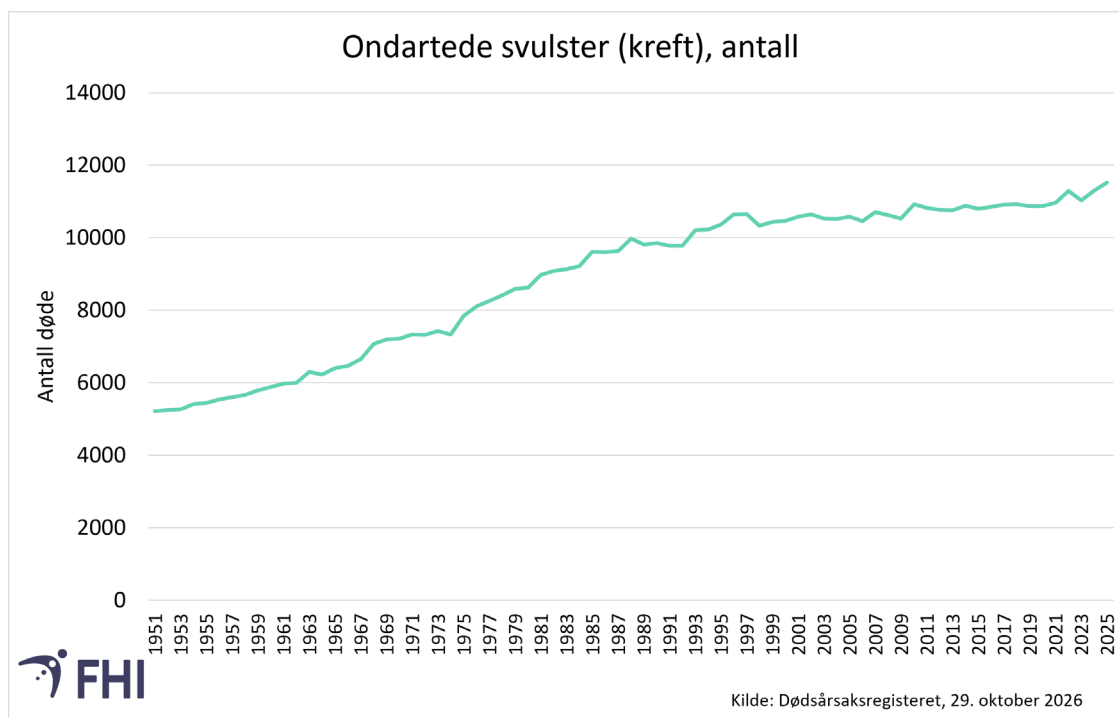
4.2 Kreft (ondartede svulster)

Definisjoner (ICD-10): Kreft C00-C97.

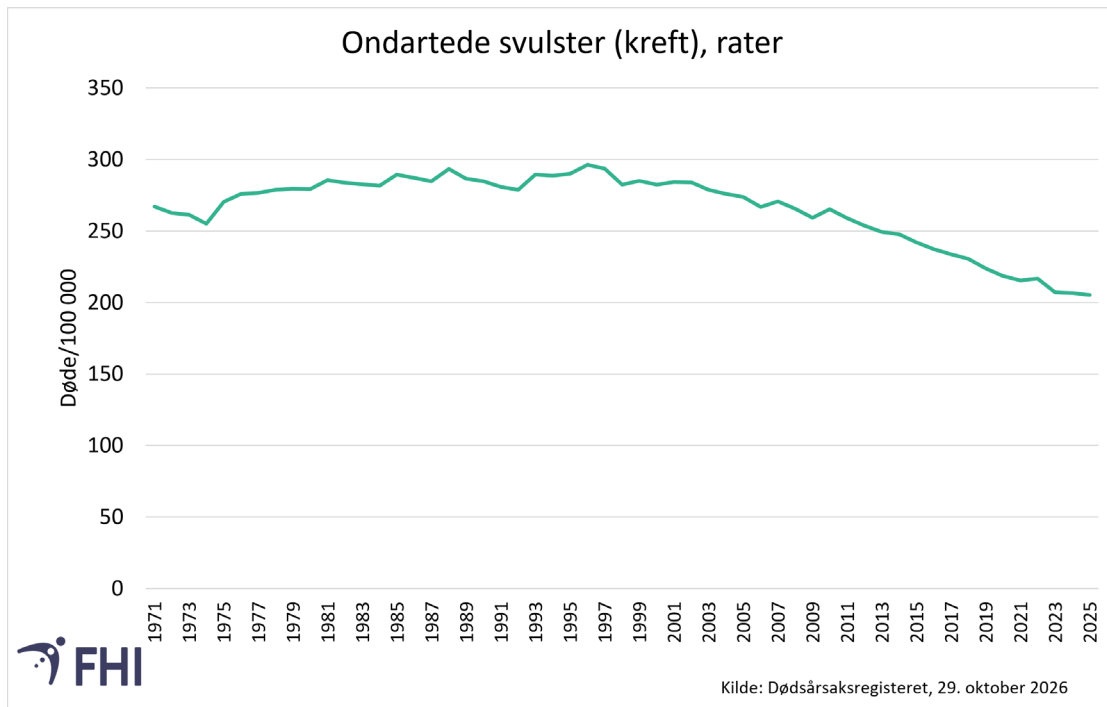
Aldersstandardisert dødelighet av kreft (ondartede svulster) var stigende frem til 1996, men har siden blitt gradvis redusert med ca. 30 prosent (figur 4b). På grunn av økende folketall og økende gjennomsnittsalder i befolkningen har likevel *antall* dødsfall på grunn av kreft fortsatt å øke (figur 4a). I 2025 er det registrert 11 520 dødsfall av kreft, sammenliknet med 11 302 i 2024. Den aldersstandardiserte dødelighetsraten for kreft fortsetter å falle (205 dødsfall per 100 000 i 2025), men har de siste årene ligget på tilnærmet samme nivå (207 per 100 000 i 2023 og 2024)

Figur 5 viser dødelighetsrater for de kreftformene flest dør av. Selv om dødeligheten av lungekreft faller, er det fortsatt den kreftformen som tar flest liv foran tykktarmskreft, hvor også dødelighetsraten er høy. Dødelighetsraten av bukspyttkjertelkreft har vært økende og passerte i 2024 dødelighetsraten for prostatakreft. Heretter kommer brystkreft, mens dødelighetsratene for hjernekreft og leverkreft ligger litt lavere og omtrent på samme nivå. Ratene i figur 5 er for begge kjønn samlet, så ratene for prostatakreft og brystkreft er derfor halvparten så store som i figur 6 og 7 der man bare ser på rater for henholdsvis menn og kvinner.

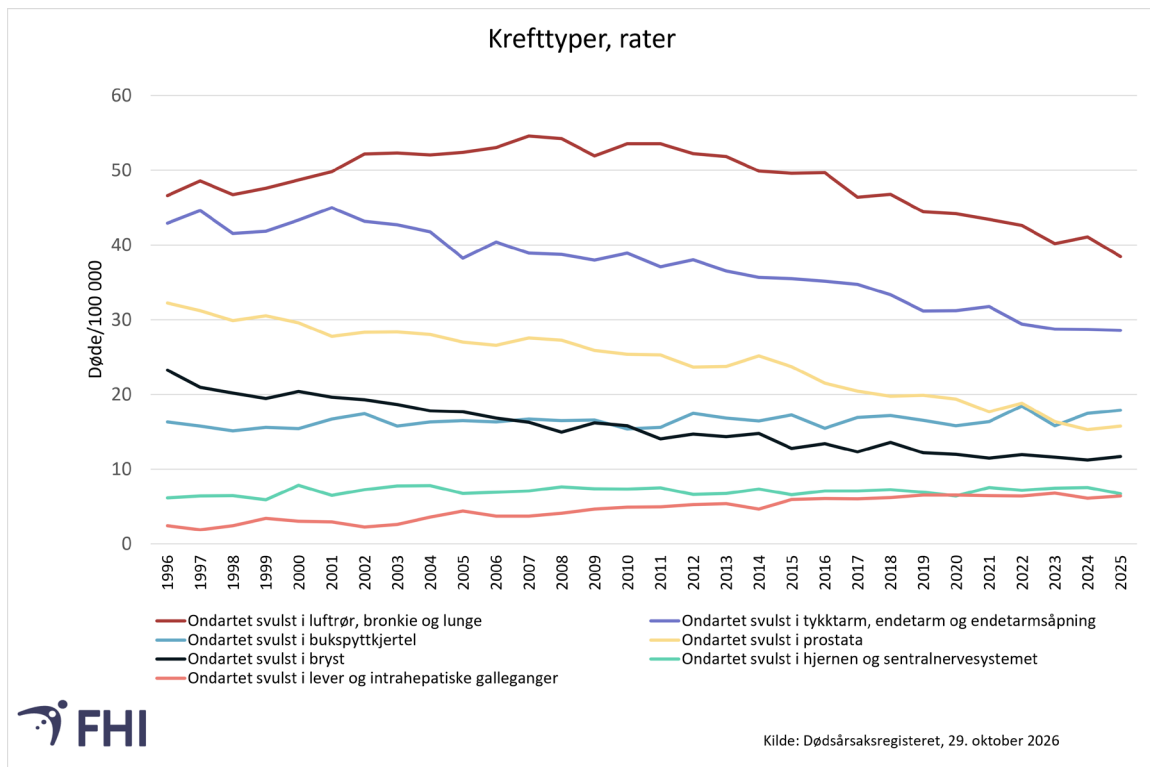
Sjansen for å dø av kreft øker jo eldre man blir, men kreft er også en av de sykdommene flest yngre dør av. Dette skyldes at yngre ikke i like stor grad rammes av andre dødelige sykdommer, selv om sjansen for å få og dø av kreft i ung alder er liten. Av de som døde av kreft i 2025 var 73 prosent 70 år eller eldre.



Figur 4a. Antall dødsfall for kreft 1951-2025.



Figur 4b. Aldersstandardisert dødelighetsrate for kreft 1971-2025.

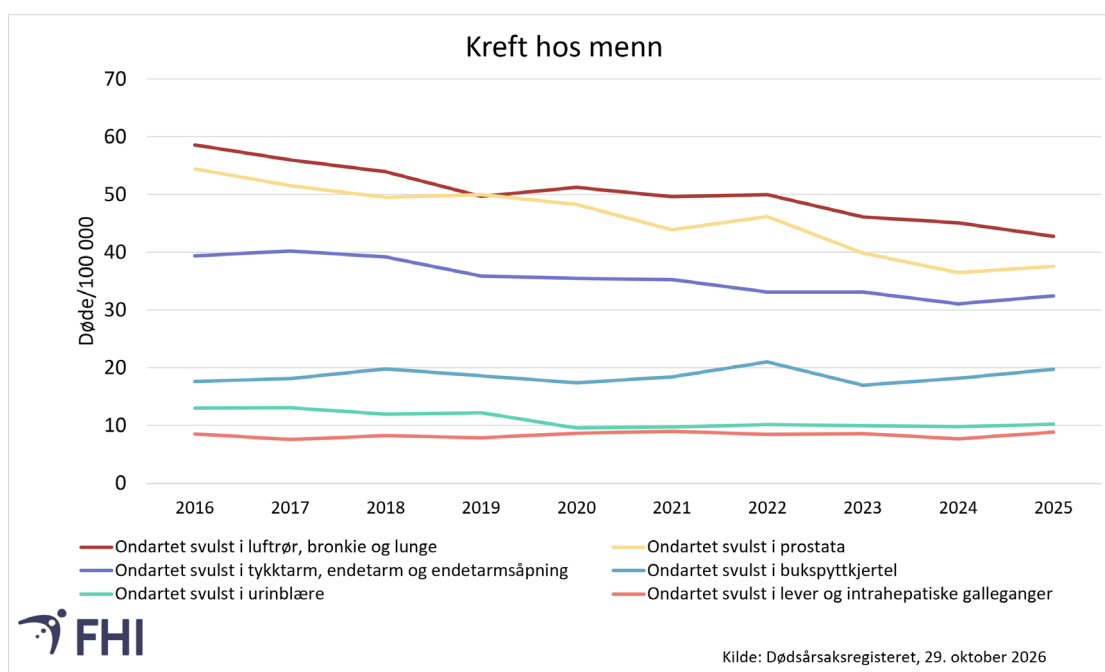


Figur 5. Aldersstandardisert dødelighetsrate for ulike krefttyper 1996-2025.

4.2.1 Kjønnsskjeller i kreftdødsfall

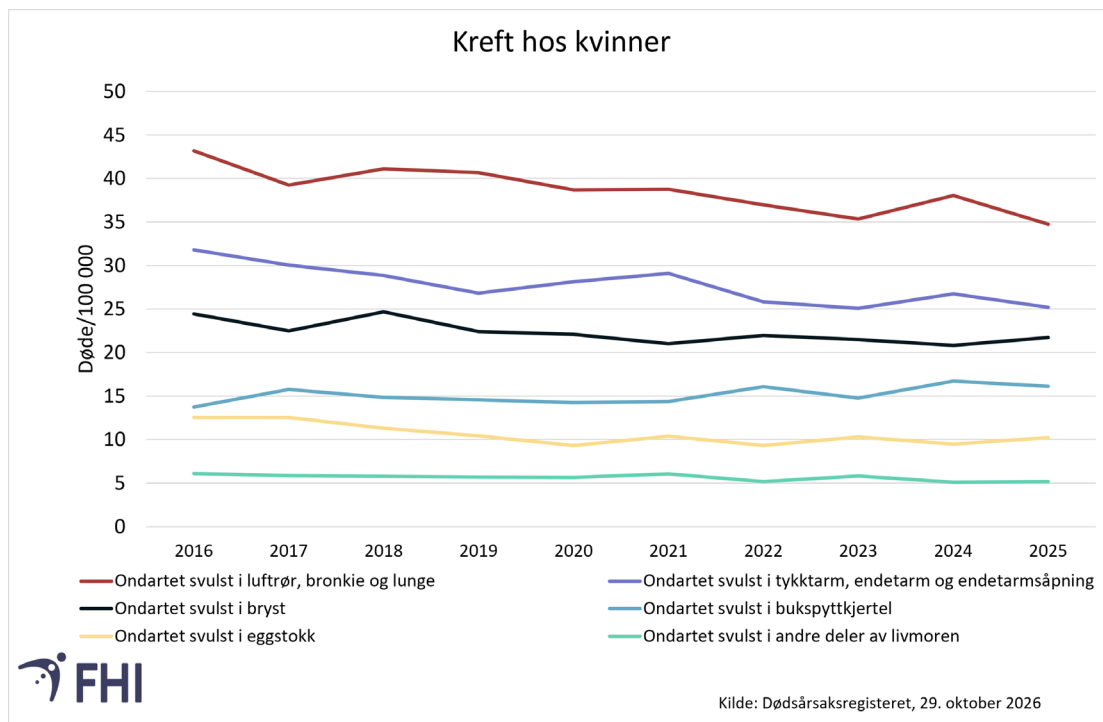
Definisjoner (ICD-10): Lungekreft C33-C34, prostatakrefte C61, tykktarmskreft C18-C21, urinblærekrefte C67, bukspyttkjertelkreft C25, leverkreft C22, brystkreft C50, eggstokkreft C56, livmorkreft C54-C55.

De fleste kreftdødsfall hos menn skyldes lungekreft (1 125), prostatakrefte (877) og tykktarmskreft (832) (figur 6). For menn har dødeligheten av både lungekreft, prostatakrefte og tykktarmskreft vært fallende siden årtusenskiftet. Mens raten for lungekreft fortsetter å falle i 2025 (42,8 per 100 000), er det en svak stigning i dødelighetsraten for tykktarmskreft, prostatakrefte og bukspyttkjertelkreft.



Figur 6. Kreftdødsfall hos menn 2016-2025. Aldersstandardiserte rater.

Også for kvinner er lungekreft den kreftformen som tar flest liv (1 032), etterfulgt av tykktarmskreft (771) og brystkreft (648) (figur 7). Dødeligheten av lungekreft økte frem til 2008, hvorefter den lå ganske stabilt frem til 2016 før den begynte å falle. I 2025 er dødelighetsraten på nivå med 2023 (34,7 per 100 000) etter en liten forbigående økning i 2024. Samlet sett er dødelighetstrenden fortsatt nedadgående. Dødeligheten av brystkreft har falt jevnt de siste tiårene, men flatet noe ut de siste årene. I 2025 er dødelighetsraten 21,7 per 100 000. Raten var på sitt høyeste i 1994 (40,8 per 100 000). Dødeligheten av tykktarmskreft har for kvinner vært markant nedadgående siden årtusenskiftet, men har også flatet noe ut de siste årene. I 2025 er den på 25,2 per 100 000, på samme nivå som i 2023 etter en liten forbigående økning i 2024.



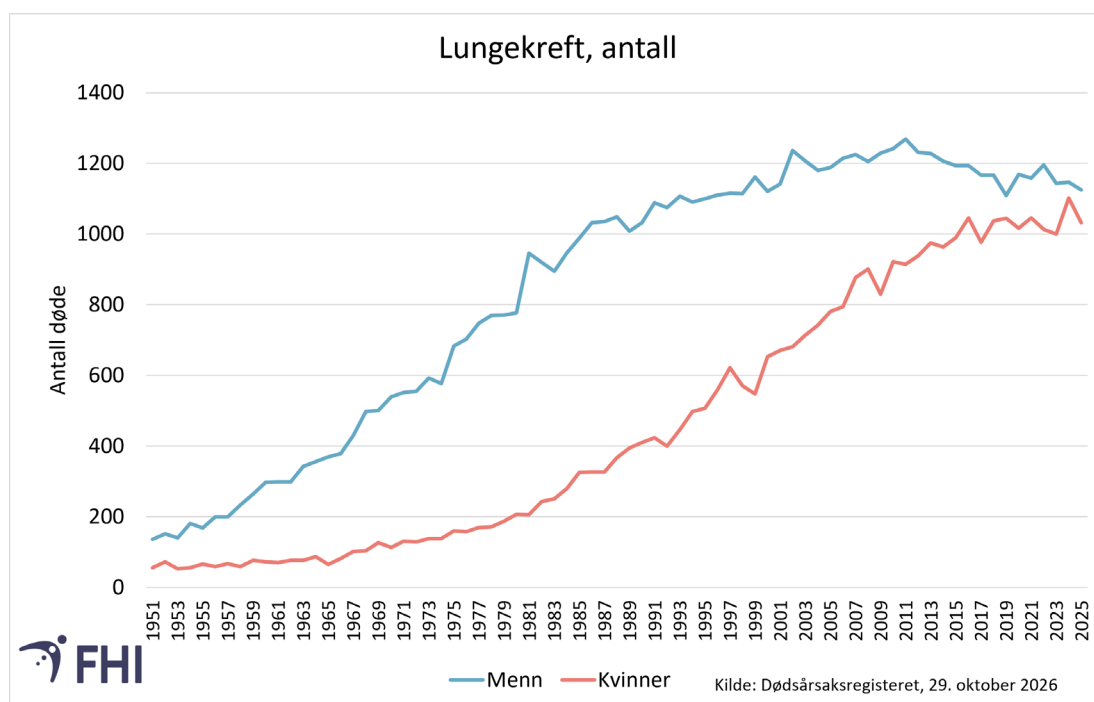
Figur 7. Kreftdødsfall hos kvinner 2016-2025. Aldersstandardiserte rater.

Mer informasjon om kreft finnes i Kreftregisteret sin årsrapport [Cancer in Norway](#) (10).

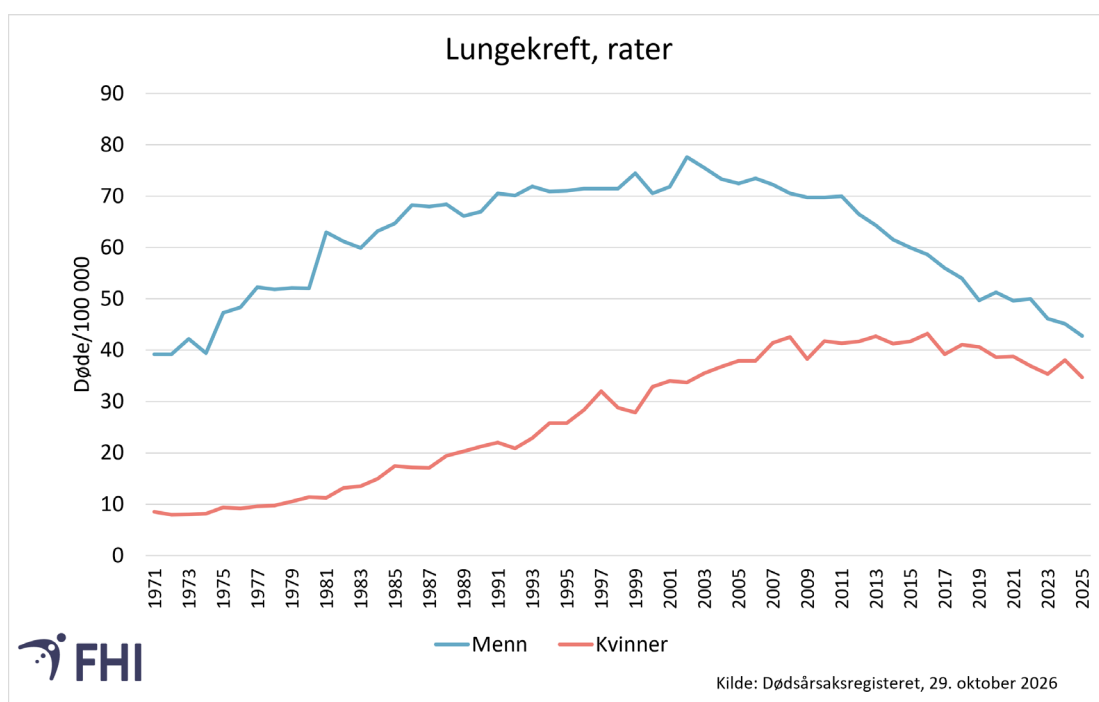
4.2.2 Lungekreft

Definisjoner (ICD-10): Lungekreft C33-C34.

Lungekreft er den kreftformen som samlet tar flest liv, også i 2025 (2 157 dødsfall) (figur 8a). Antall dødsfall har vært sterkt stigende fra 1950-tallet frem til for rundt ti år siden, hvor antall dødsfall har vært mer stabilt fra år til år. Tar man hensyn til befolkningstallet og alderssammensetningen i befolkningen, ser man at dødeligheten av lungekreft samlet for begge kjønn nådde en topp i aldersstandardisert dødelighetsrate i 2007 (54,6 per 100 000) (figur 8b). Lungekreftdødeligheten for hele befolkningen var i 2025 38,4 per 100 000, den laveste som noen gang er registrert. Dette gjelder også ratene for menn (42,8) og kvinner (34,7). Det årlige fallet i dødelighet startet tidligere og har vært kraftigere for menn enn for kvinner frem til 2019 hvor nedgangen i dødelighetsratene har fulgt hverandre mer parallelt. Mer informasjon om lungekreft finnes i Kreftregisteret sin [årsrapport for lungekreft](#) (11).



Figur 8a. Antall døde av lungekreft for menn og kvinner 1951-2025.

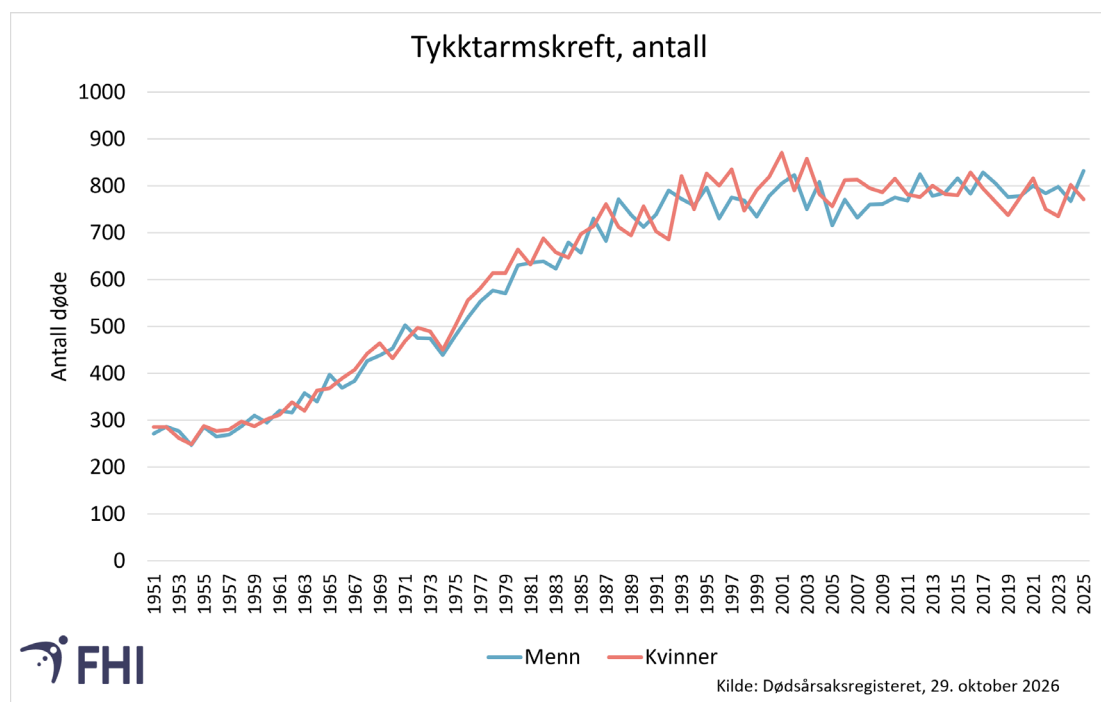


Figur 8b. Aldersstandardisert dødelighetsrater for lungekreft for menn og kvinner 1971-2025.

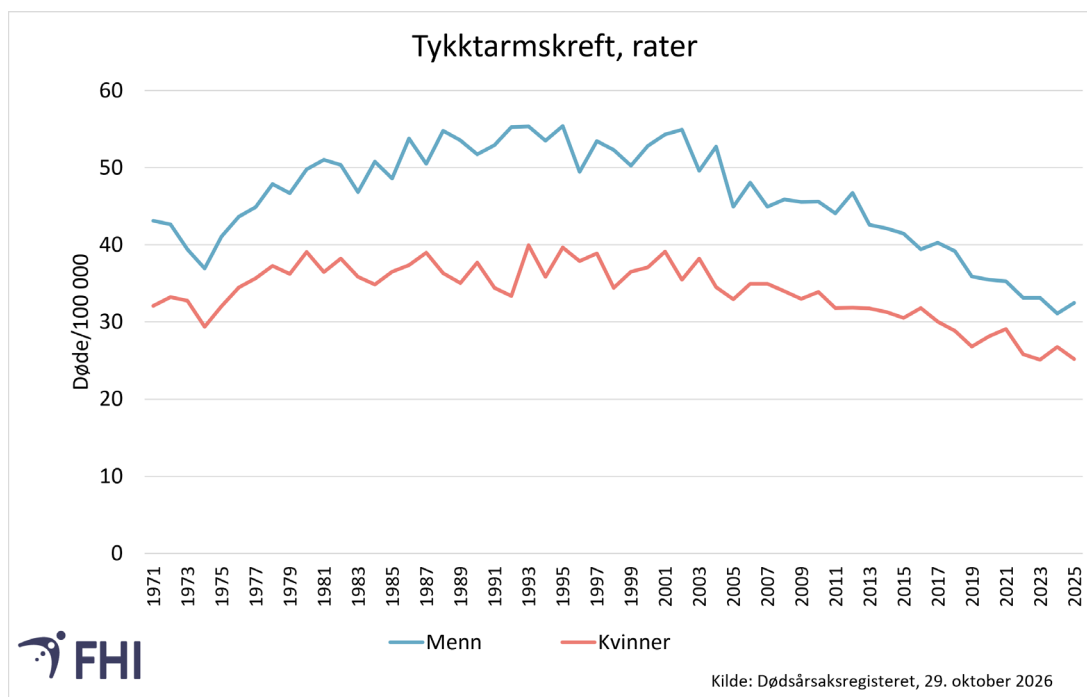
4.2.3 Tykktarmskreft

Definisjoner (ICD-10): Tykktarmskreft C18-C21.

Dødeligheten av tykktarmskreft fortsetter å falle sakte og er i 2025 den laveste som til nå er registrert (28,6 per 100 000) (figur 9b), men fortsatt på nivå med 2023 og 2024. Dødeligheten har vært fallende både for menn og kvinner siden årtusenskiftet. I 2025 var dødelighetsraten av tykktarmskreft for menn 32,5 og for kvinner 25,2 per 100 000. Mens dødelighetsraten hele tiden har ligget høyere for menn enn for kvinner, har antall dødsfall vært omtrent likt for begge kjønn (figur 9a). I 2025 døde 832 menn og 771 kvinner av tykktarmskreft. Mer informasjon om tykktarmskreft finnes i [Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft sin årsrapport](#) (12).



Figur 9a. Antall døde av tykktarmskreft hos menn og kvinner 1951-2025.

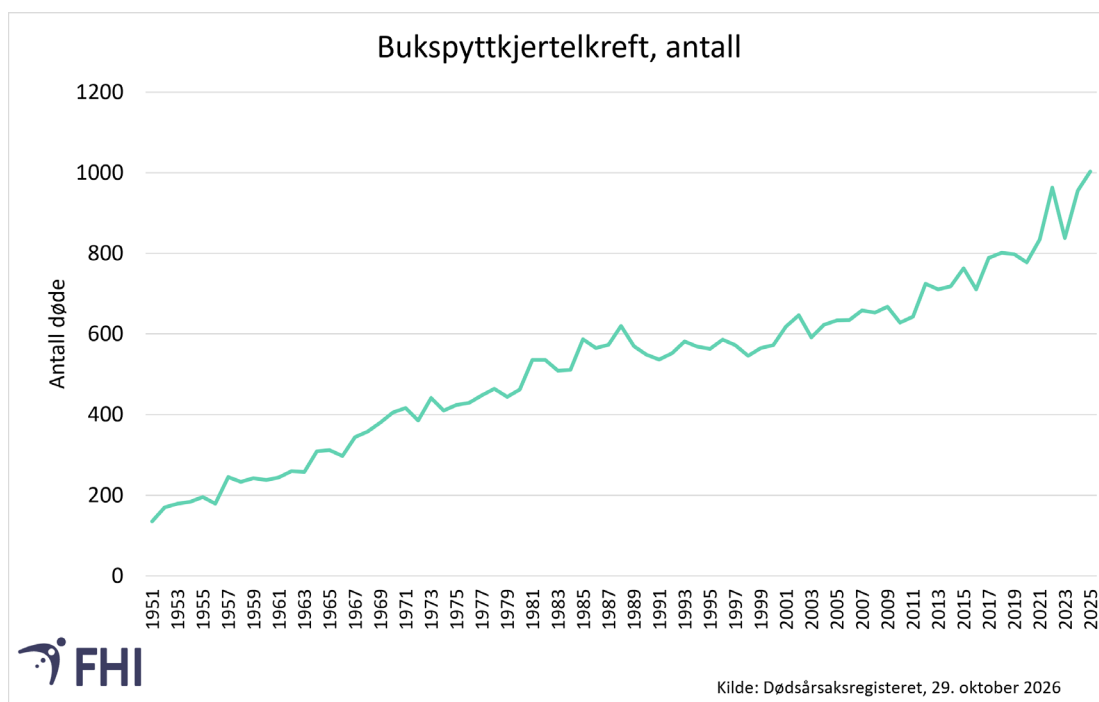


Figur 9b. Aldersstandardisert dødelighetsrate for tykktarmskreft hos menn og kvinner 1971-2025.

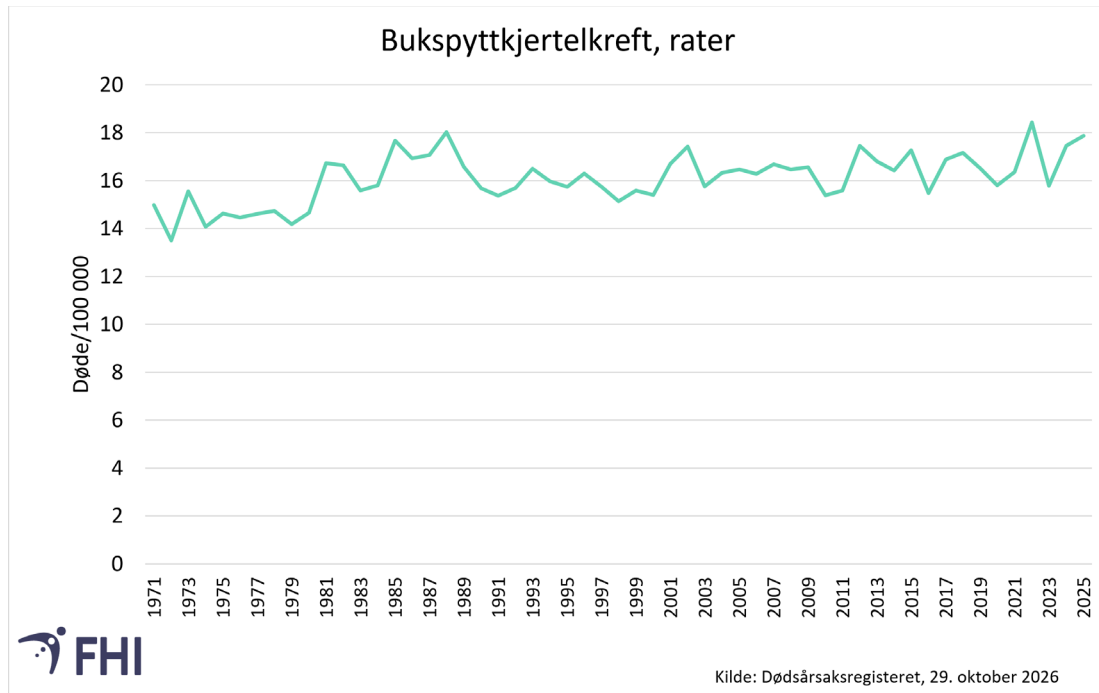
4.2.4 Bukspyttkjertelkreft

Definisjoner (ICD-10): Bukspyttkjertelkreft C25.

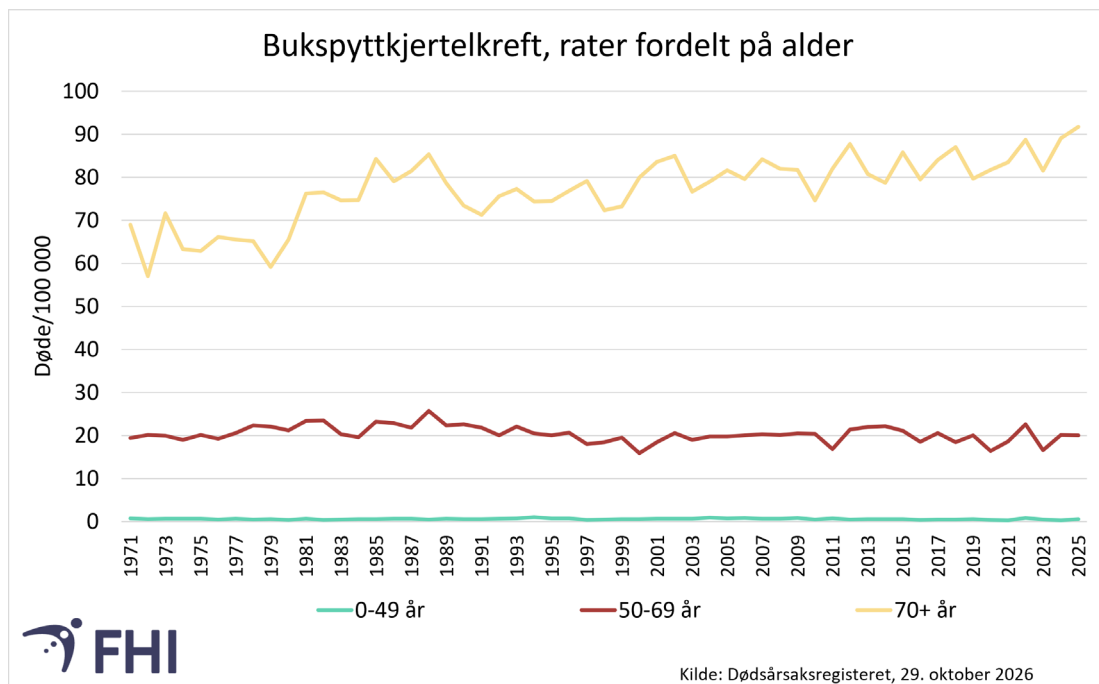
Antall dødsfall av kreft i bukspyttkjertelen har økt jevnt fra 1950-tallet (figur 10a). I 2025 døde over 1 000 personer av denne kreftformen (1 003). Sett i forhold til befolkningsutviklingen, har dødeligheten vært mer stabil, selv om den har svingt noe fra år til år (figur 10b). I 2025 ligger dødelighetsraten på 17,9 per 100 000. Dødeligheten har vært relativt stabil i alle aldersgrupper (figur 11).



Figur 10a. Antall døde av bukspyttkjertelkreft 1951-2025.



Figur 10b. Aldersstandardisert dødelighetsrate for bukspyttkjertelkreft 1971-2025.



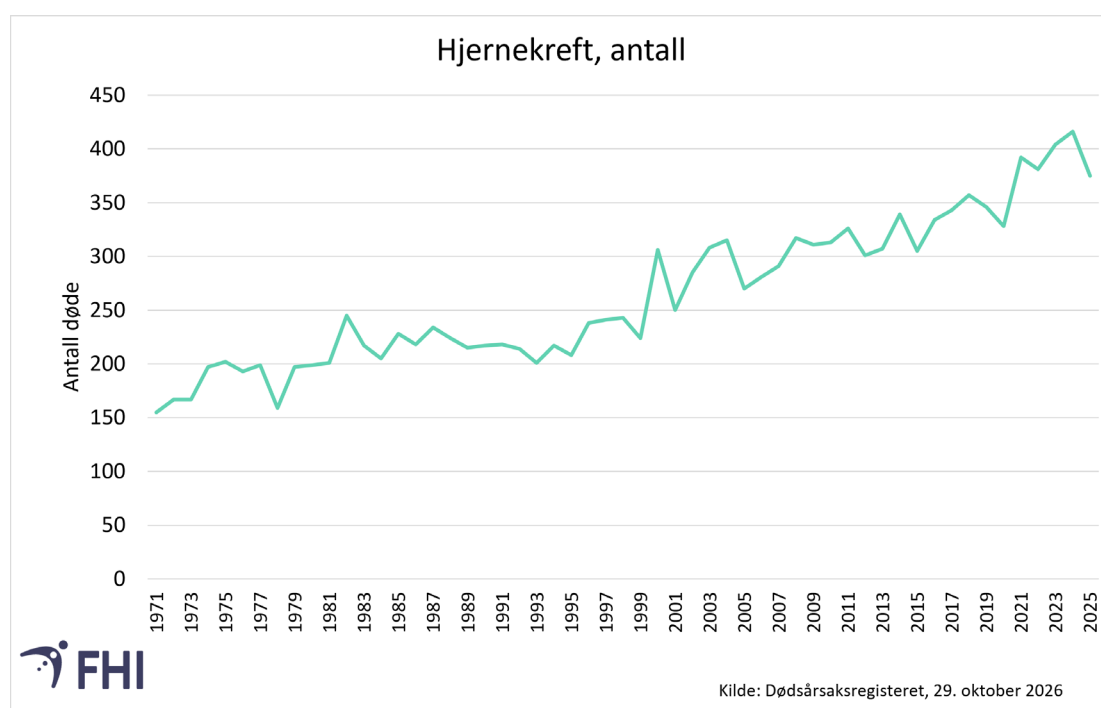
Figur 11. Dødelighetsrate 1971-2025 for bukspyttkjertelkreft i forskjellige aldersgrupper.

4.2.5 Hjernekreft

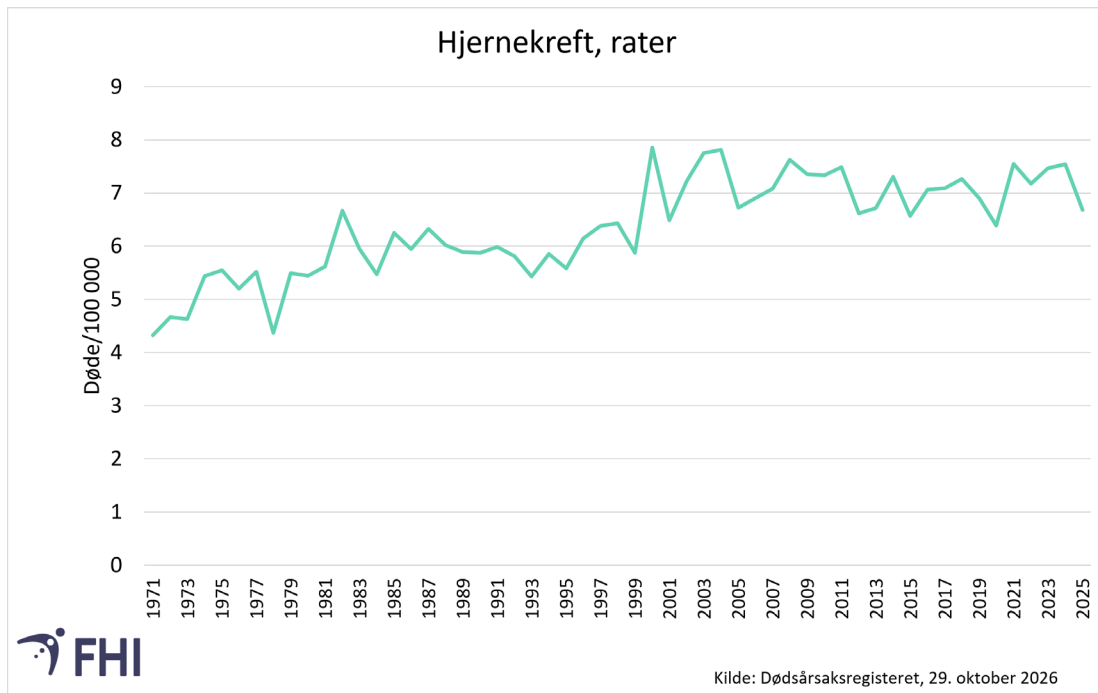
Definisjoner (ICD-10): Hjernekreft C70-C72.

Antall dødsfall av kreft i hjernen og sentralnervesystemet (hjernekreft) har økt jevnt fra 1970-årene. I 2025 døde 375 personer av denne kreftformen, litt færre enn i 2024, men trenden er likevel fortsatt økende (figur 12a). Hvis man tar hensyn til befolkningsstørrelsen og sammensetningen og ser på dødelighetsratene, så man et hopp i raten ved årtusenskiftet fra 5,9 i 1999 til 7,9 i 2000 hvor raten lå på sitt høyeste (figur 12b). Deretter har trenden vært relativt stabil selv om raten har svingt litt fra år til år. I 2025 er dødelighetsraten 6,7 per 100 000, litt lavere enn den har vært de siste tre årene.

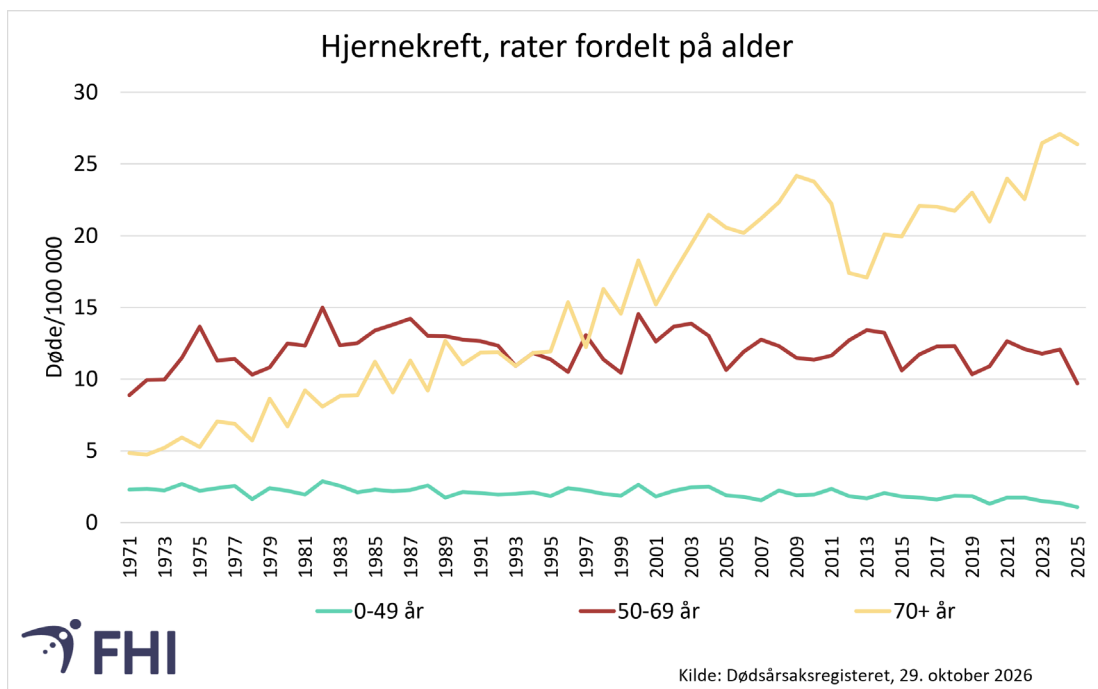
Litt flere menn enn kvinner dør av hjernekreft (234 versus 141 i 2025). Dødelighetsraten er også høyere for menn enn kvinner (8,6 versus 4,8). Utviklingen for kjønnene over tid har vært omtrent parallell. Dødeligheten for hjernekreft er størst i den eldste aldersgruppen og økende, men den er lavere og mer stabil i de yngre aldersgruppene (figur 13).



Figur 12a. Antall døde av hjernekreft 1971-2025.



Figur 12b. Aldersstandardisert dødelighetsrate for hjernekreft 1971-2025.



Figur 13. Dødelighetsrate 1971-2025 for hjernekreft i forskjellige aldersgrupper.

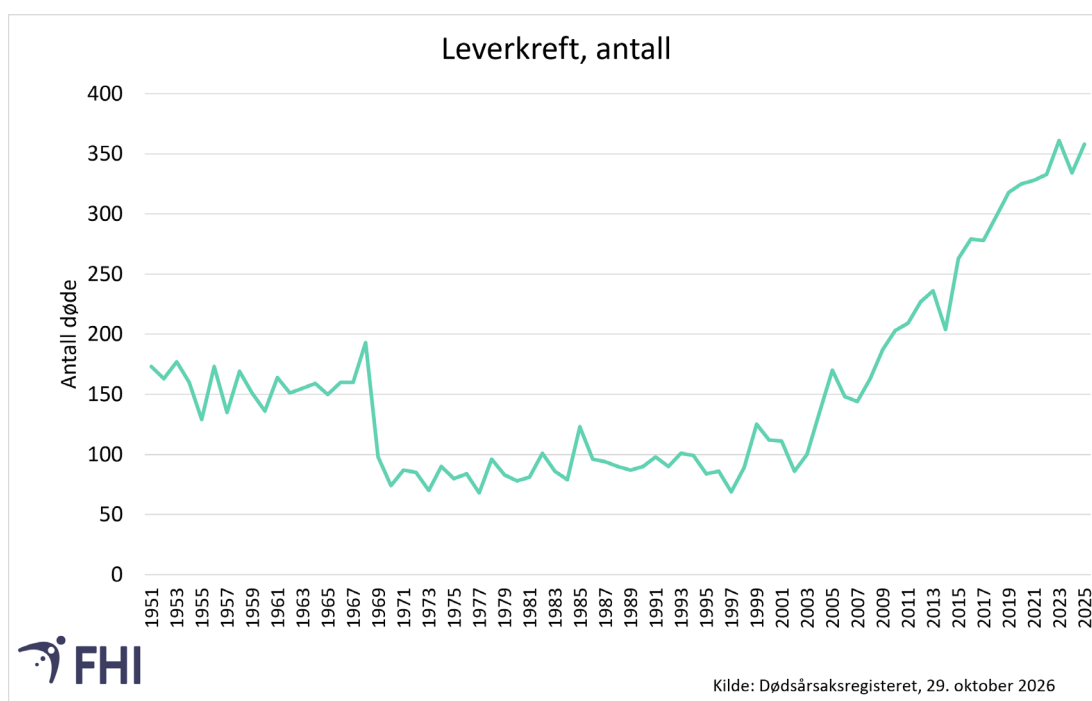
Mer informasjon kan finnes i [Norsk kvalitetsregister for hjerne- og ryggmargssvulster sin årsrapport](#) (13).

4.2.6 Leverkreft

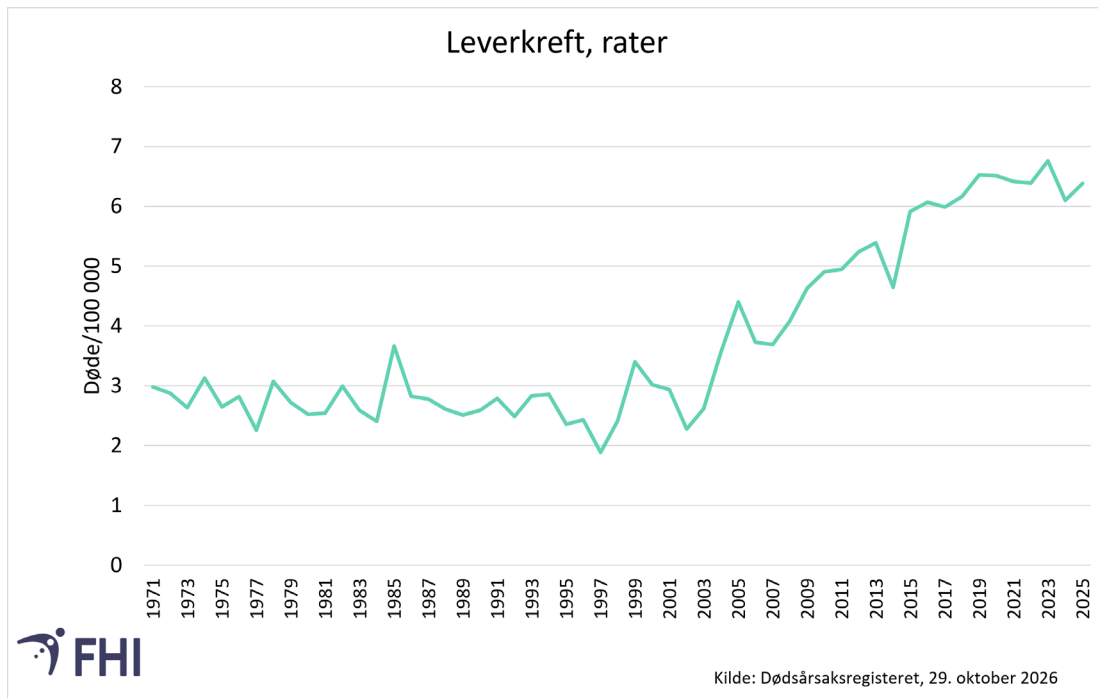
Definisjoner (ICD-10): Leverkreft C22.

Det har vært en kraftig økning i både antall dødsfall og dødelighetsrate for leverkreft siden rundt årtusenskiftet (figur 14a og 14b). Trenden som helhet er fortsatt oppadgående. I 2025 døde 358 personer av leverkreft tilsvarende en dødelighetsrate på 6,4 per 100 000.

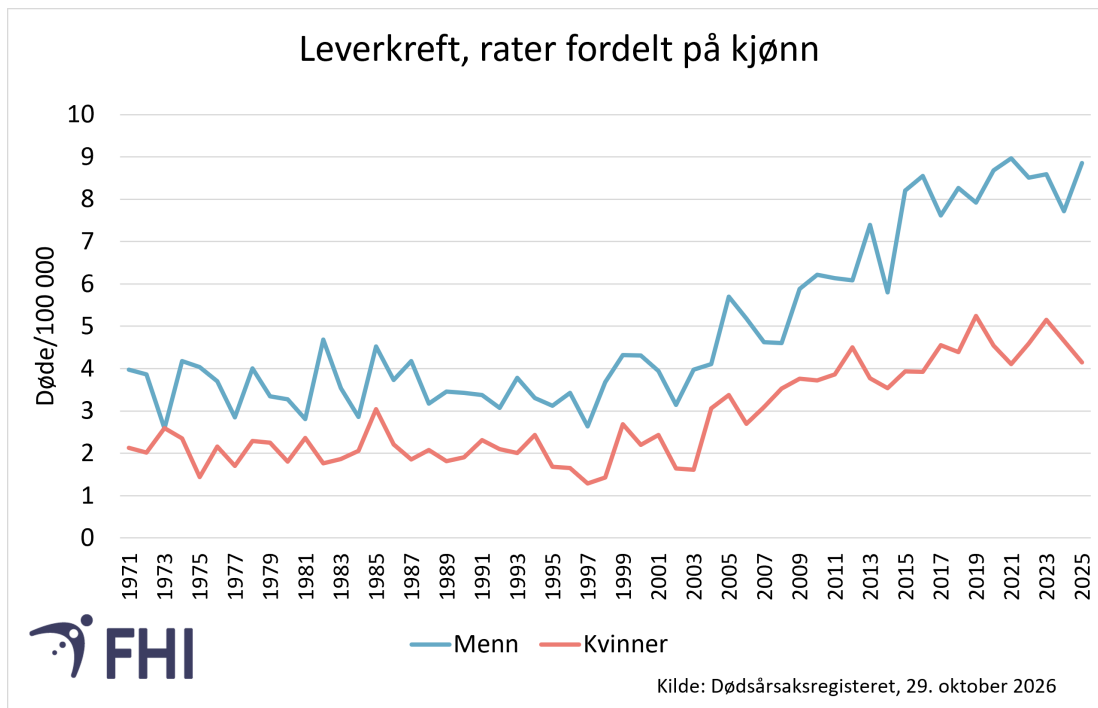
Dødeligheten av leverkreft er større for menn enn kvinner (figur 15). Den økningen man har sett i dødeligheten de siste tiårene har vært hos både menn og kvinner, men forskjellen har vært økende det siste tiåret. Det er flest eldre som dør av leverkreft. Det er også i denne aldersgruppen økningen har vært størst og fortsatt øker mest (figur 16). Det er også sett en økning i dødeligheten i gruppen 50-69 år siden tidlig 2000-tallet, men dødeligheten har i større grad stabilisert seg de siste årene enn hos de eldste.



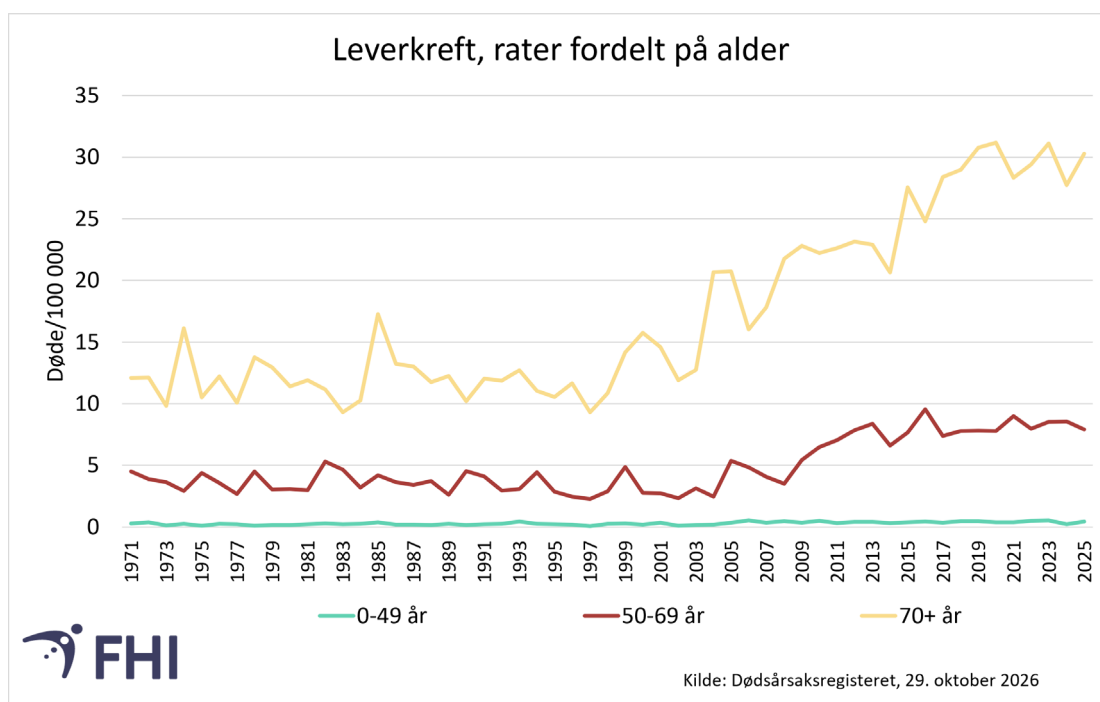
Figur 14a. Antall døde av leverkreft 1951-2025.



Figur 14b. Aldersstandardisert dødelighetsrate for leverkreft 1971-2025.



Figur 15. Aldersstandardisert dødelighetsrate 1971-2025 for leverkreft for menn og kvinner.

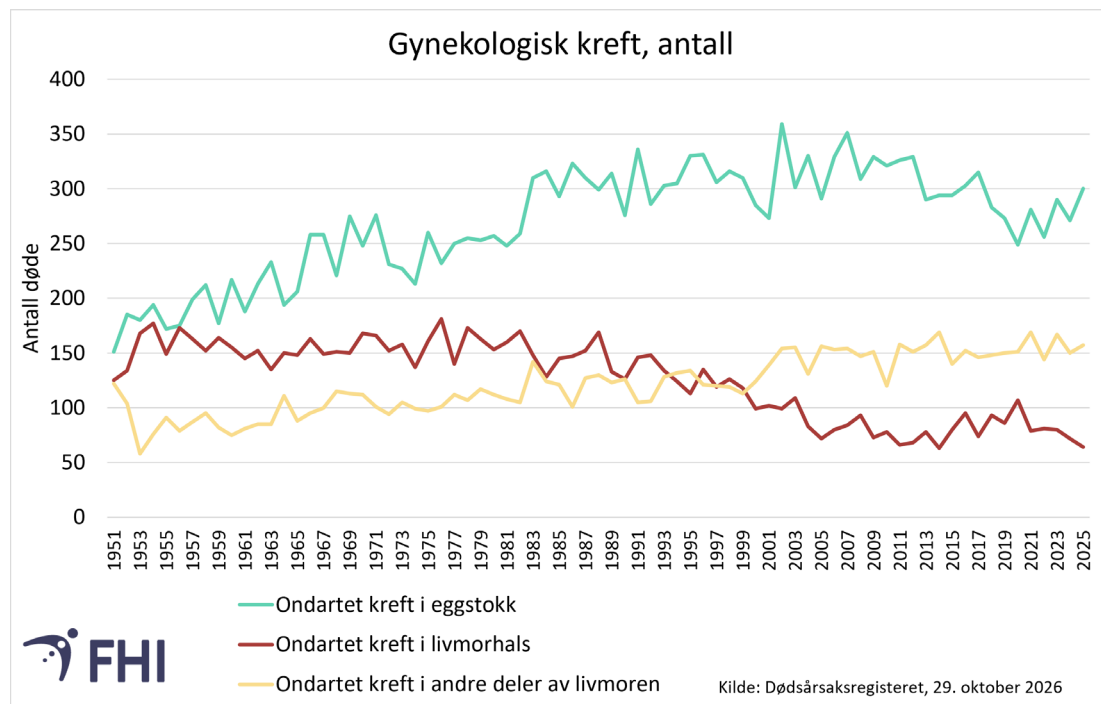


Figur 16. Dødelighetsrate 1971-2025 for leverkreft i forskjellige aldersgrupper.

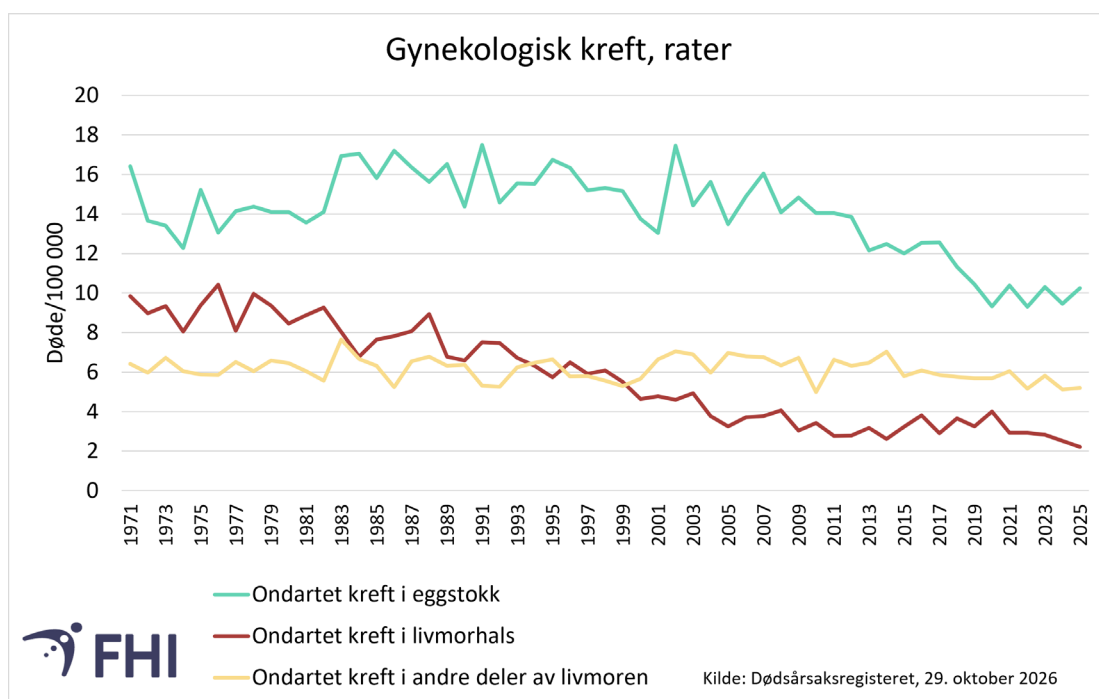
4.2.7 Gynekologisk kreft

Definisjoner (ICD-10): Eggstokkreft C56, livmorhalskreft C53, livmorkreft C54-C55.

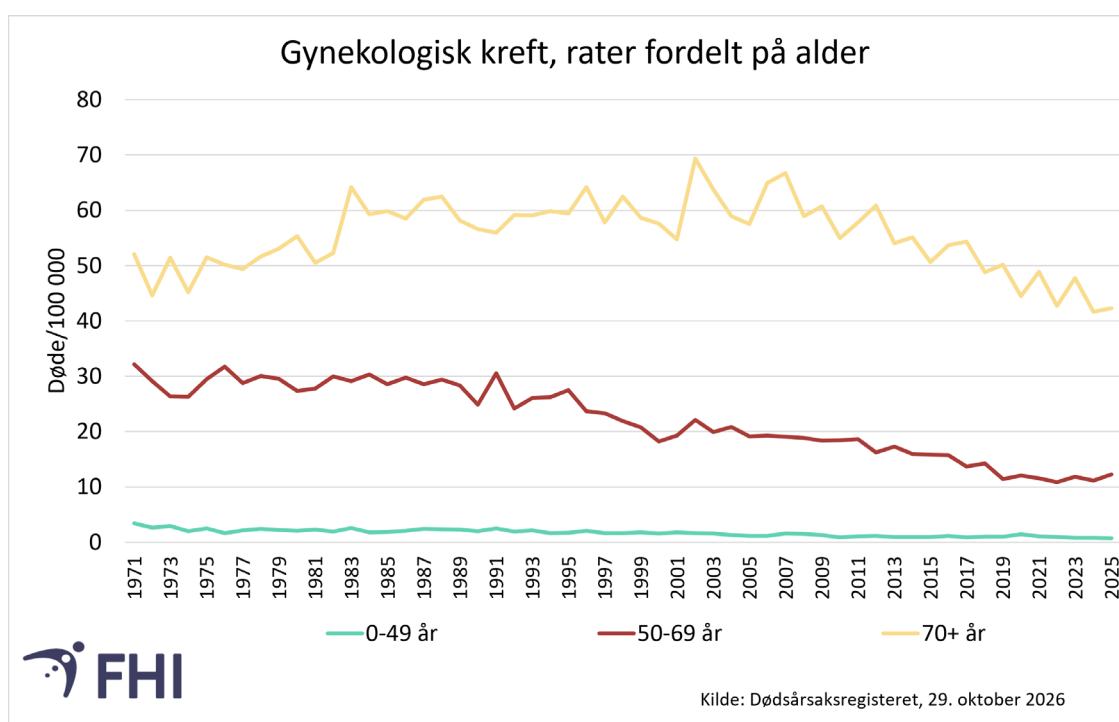
Her vises tall for dødsfall av eggstokkreft, livmorhalskreft og kreft i andre deler av livmoren (livmorkreft). Eggstokkreft er den gynekologiske kreftformen flest kvinner dør av (300 i 2025). I 2025 døde 64 kvinner av livmorhalskreft og 157 av livmorkreft (figur 17a). For både eggstokkreft og livmorhalskreft har raten vært fallende over tid, mens den for livmorkreft har vært mer stabil (figur 17b). For eggstokkreft starter fallet litt etter årtusenskiftet forutgått av en mer stabil fase i tiårene før. De siste årene har dødelighetsraten igjen vært stabil. For livmorhalskreft har dødelighetsraten vært jevnt fallende fra 1980-tallet og ligger i 2025 på 2,2 per 100 000. Dødeligheten fortsetter dermed å falle. Samlet sett er dødeligheten av gynekologisk kreft størst i de eldste aldersgruppene (figur 18).



Figur 17a. Antall døde av gynekologiske kreftformer 1951-2025.



Figur 17b. Aldersstandardisert dødelighetsrate for gynekologiske kreftformer 1971-2025.



Figur 18. Dødelighetsrate 1971-2025 for gynekologiske kreftformer i forskjellige aldersgrupper.

Mer informasjon om gynekologisk kreft finnes i Kreftregisteret sin [årsrapport for gynekologisk kreft](#) (14).

4.3 Hjerne- og karsykdommer

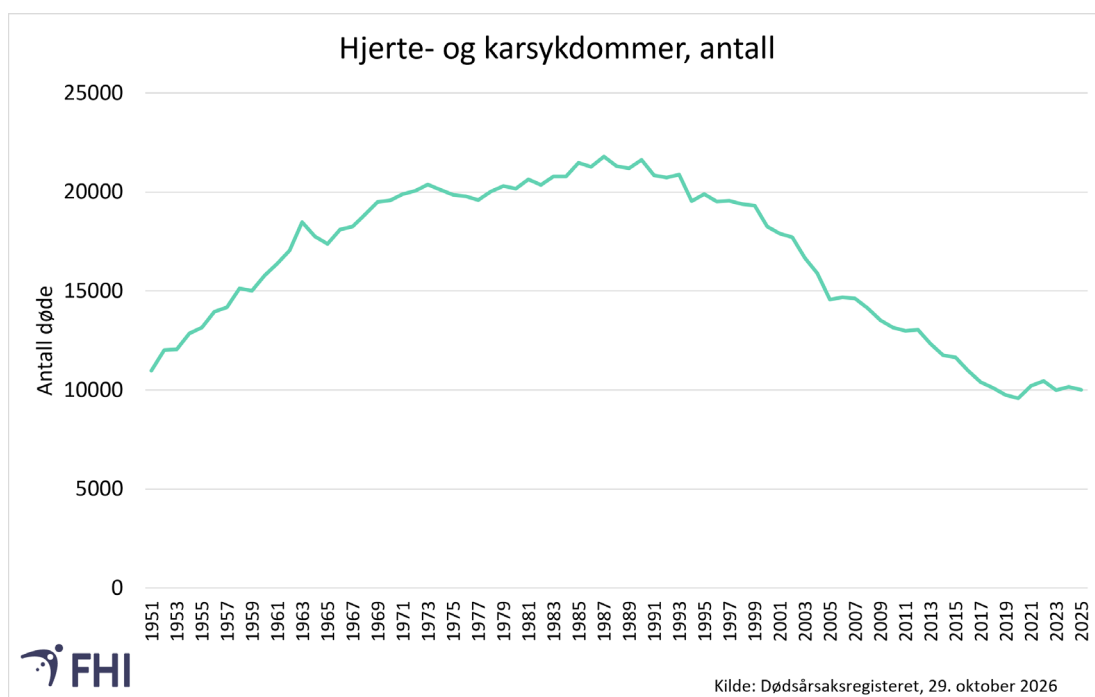
Definisjoner (ICD-10): Alle hjerne- og karsykdommer I00-I99, akutt hjerteinfarkt I21-I22, andre iskemiske hjertesykdommer I20, I23-I25, hypertensjon I10-I15, hjerteblokk sykdommer/ledningsforstyrrelser I44-I49, hjertesvikt I50-I51, karsykdommer i hjernen I60-I69.

I 2025 ble det registrert 10 010 dødsfall av hjerne- og karsykdommer (tabell 6). I 2021 og 2022 var det for første gang siden slutten av 1980-tallet en økning i antallet hjerne- og kardødsfall, men som siden 2023 har falt litt igjen. I 2025 er antallet dødsfall totalt 140 færre enn i 2024 (figur 19a).

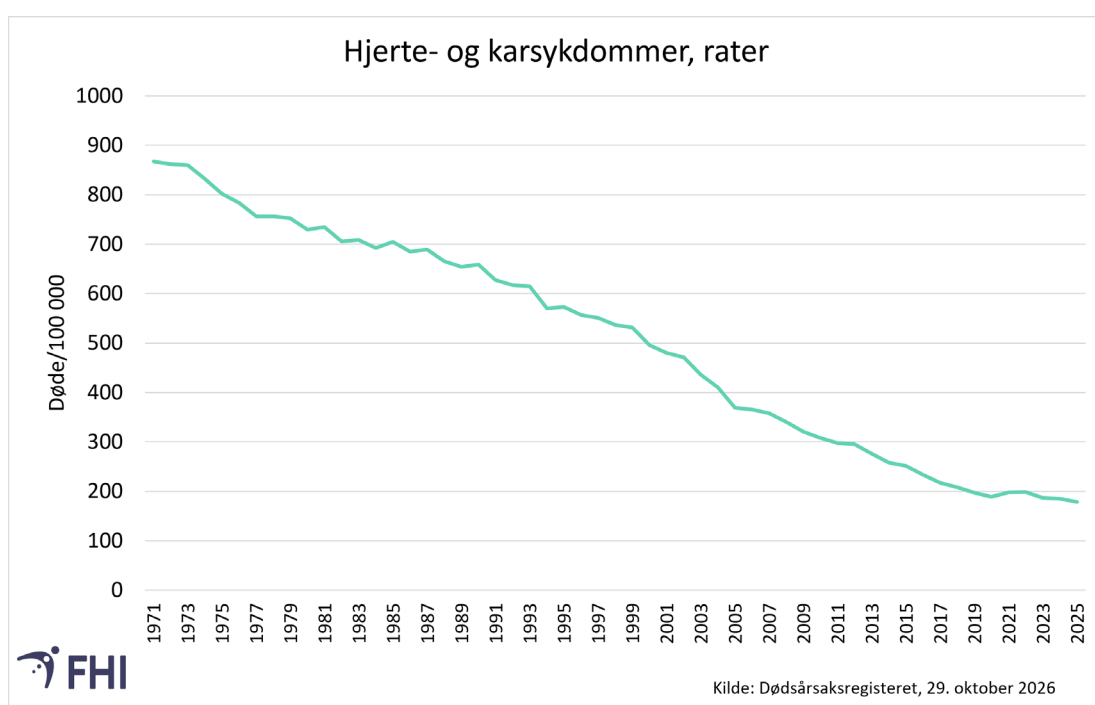
Den aldersstandardiserte dødelighetsraten av hjerne- og karsykdom har hatt en formidabel nedgang de siste 50 årene og ligger nå på under en fjerdedel av hva den var i 1971. Særlig for akutt hjerteinfarkt og for karsykdommer i hjernen har dødeligheten blitt redusert. Fra 1971 til 2019 sank dødelighetsraten fra 867 til 196 per 100 000. I 2020-2021 lå raten på hhv. 189 og 198 før hjerne- og kardødeligheten fra 2023 igjen var lavere. Den aldersstandardiserte dødelighetsraten fortsetter å synke og var i 2025 den laveste noensinne (178 per 100 000), men nedgangen fra år til år har de siste årene flatet mer ut og vært mindre enn tidligere år (figur 19b).

Tabell 6. Antall dødsfall og dødelighetsrate for ulike hjerne- og karsykdommer 2025.

Dødsårsaksgruppe (ICD-10)	Antall dødsfall	Aldersstandardisert dødelighetsrate per 100 000
Alle hjerne- og karsykdommer (I00-I99)	10 010	178,4
Akutt hjerteinfarkt (I21-I22)	1 318	23,5
Andre iskemiske hjertesykdommer (I20, I23-I25)	2 059	36,7
Hypertensjon (I10-I15)	992	17,7
Hjertesvikt (I50-I51)	1 201	21,4
Karsykdommer i hjernen inkl. hjerneblødning, hjerneinfarkt og hjerneslag (I60-I69)	2 109	37,6

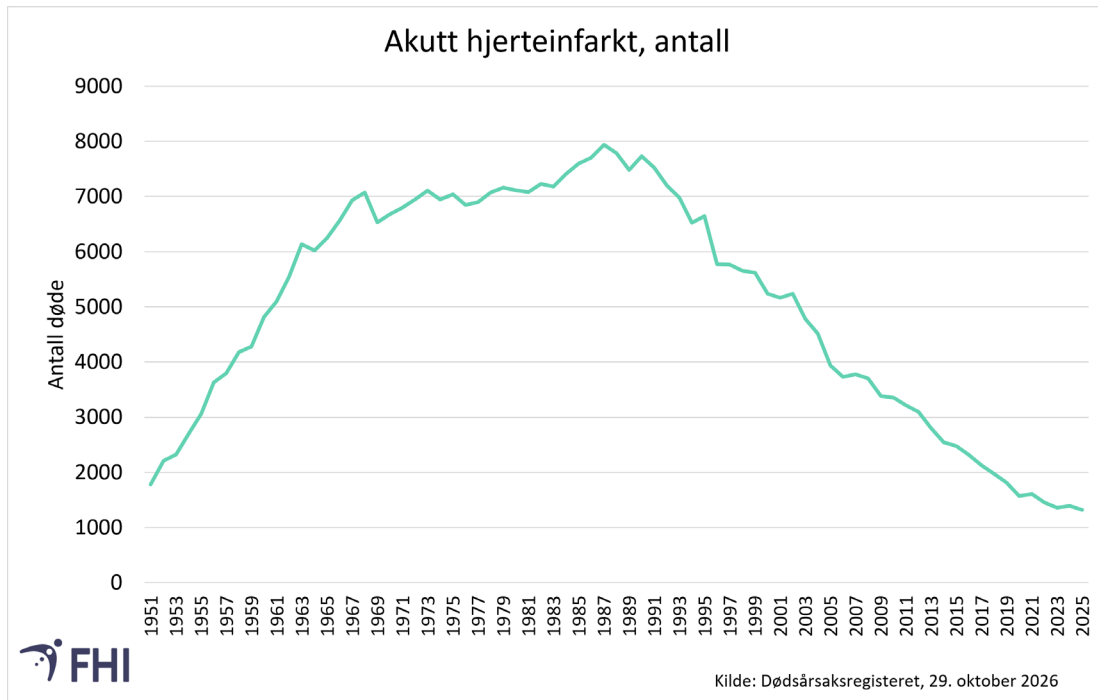


Figur 19a. Antall døde av hjerte- og karsykdommer samlet 1951-2025.

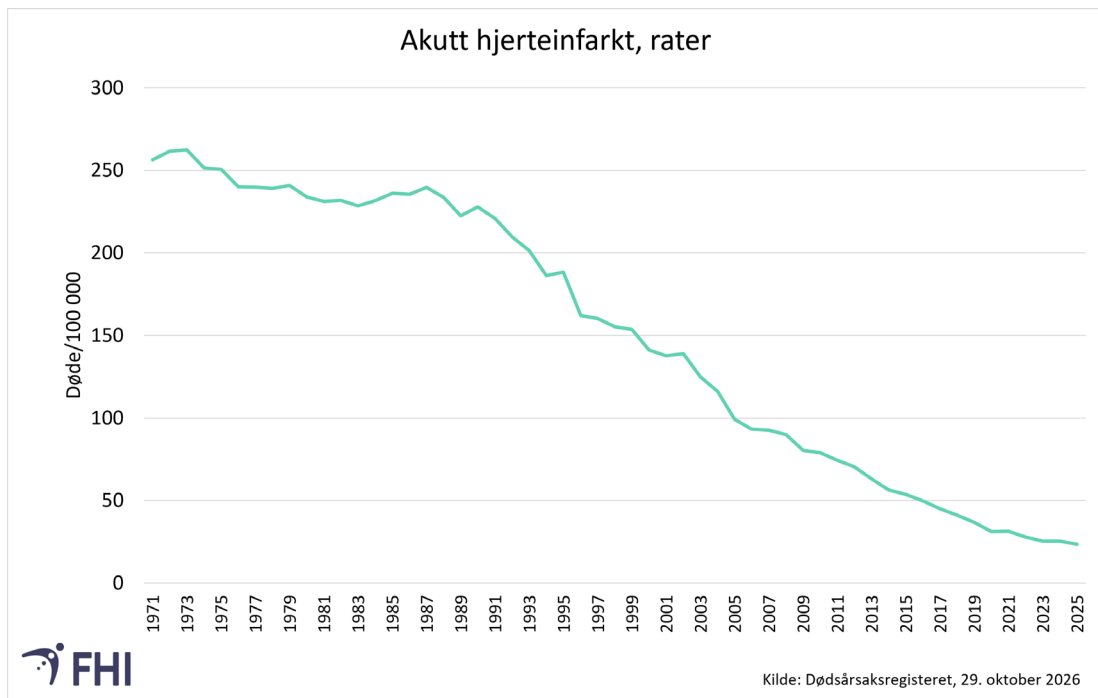


Figur 19b. Aldersstandardisert dødelighetsrate for hjerte- og karsykdommer samlet 1971-2025.

Aldersstandardisert dødelighet av akutt hjerteinfarkt har blitt redusert med over 90 prosent siden 1971, fra 256 til 23,5 per 100 000 (figur 20a og 20b) i 2025. Utviklingen er tilsvarende for hjerneslag (figur 23a og 23b).



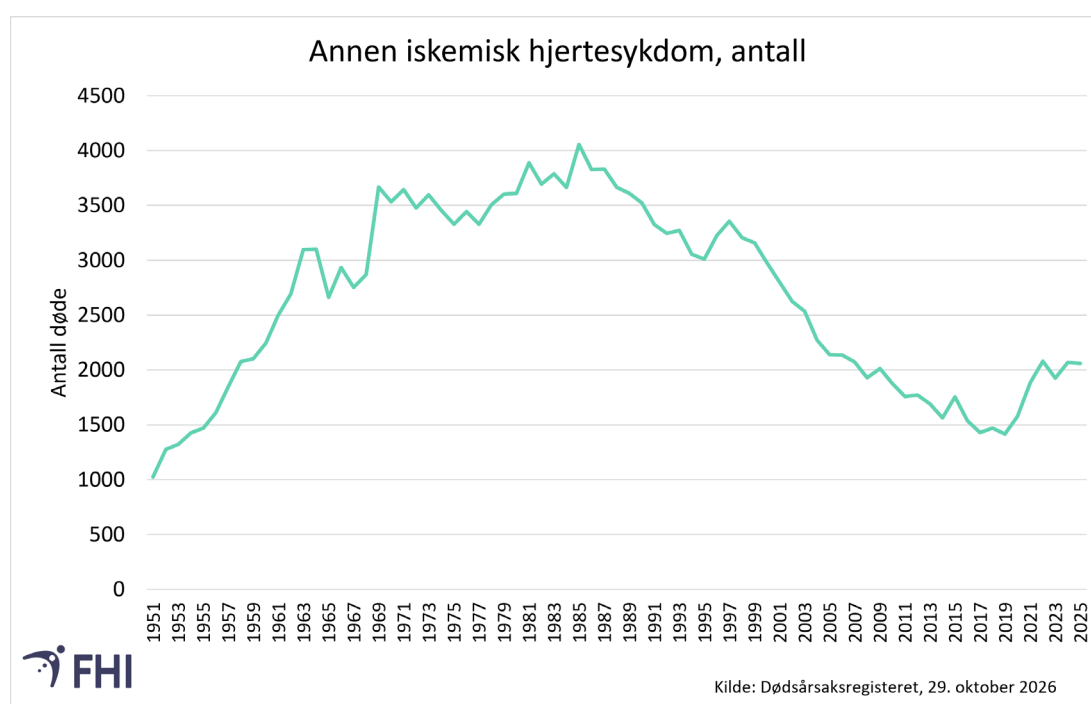
Figur 20a. Antall døde av akutt hjerteinfarkt 1951-2025.



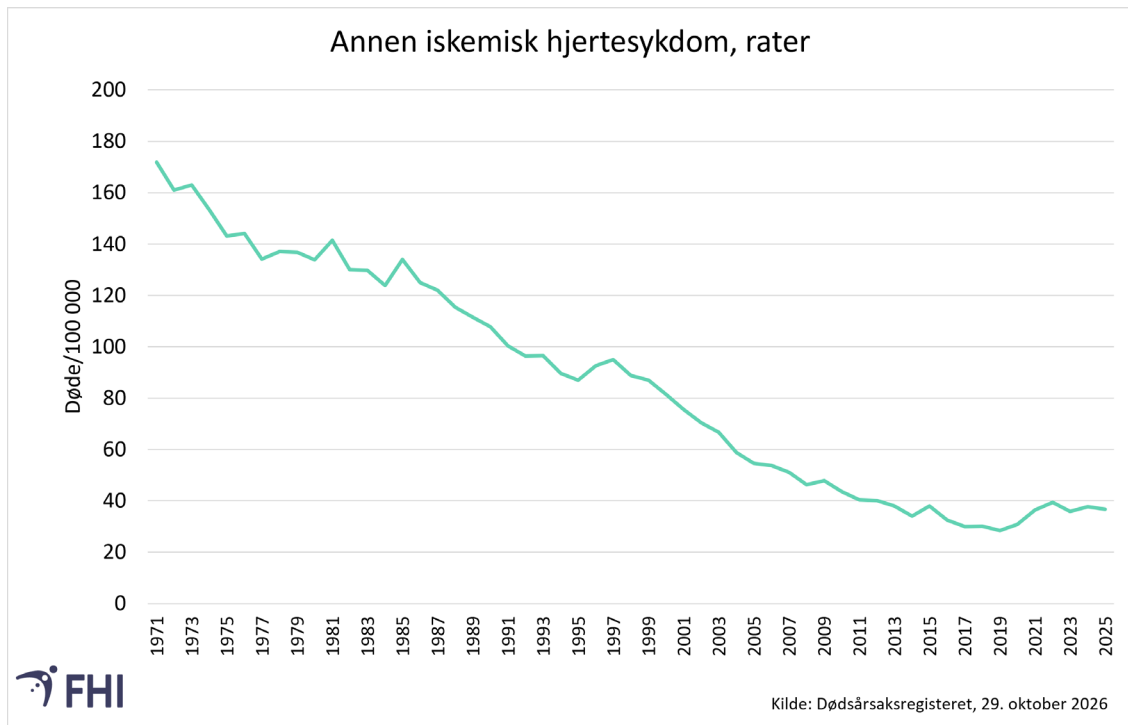
Figur 20b. Aldersstandardisert dødelighetsrate for akutt hjerteinfarkt 1971-2025.

Som vist i figur 21a og 21b er det ikke sett tilsvarende nedgang i samlegruppen andre iskemiske hjertesykdommer som for hjerteinfarkt og karsykdommer i hjernen. Denne gruppen inkluderer kroniske iskemiske sykdommer som angina pectoris og følgetilstander etter akutt hjerteinfarkt. Det er færre som får akutt hjerteinfarkt, men også flere som på grunn av bedre akuttbehandling overlever dette, men ofte med noen følgetilstander. Dette resulterer i at flere lever med kronisk iskemisk hjertesykdom ved dødstidspunktet. Dette kan ha påvirket fordelingen mellom dødsfall av akutt og mer kronisk hjertesykdom som underliggende dødsårsak.

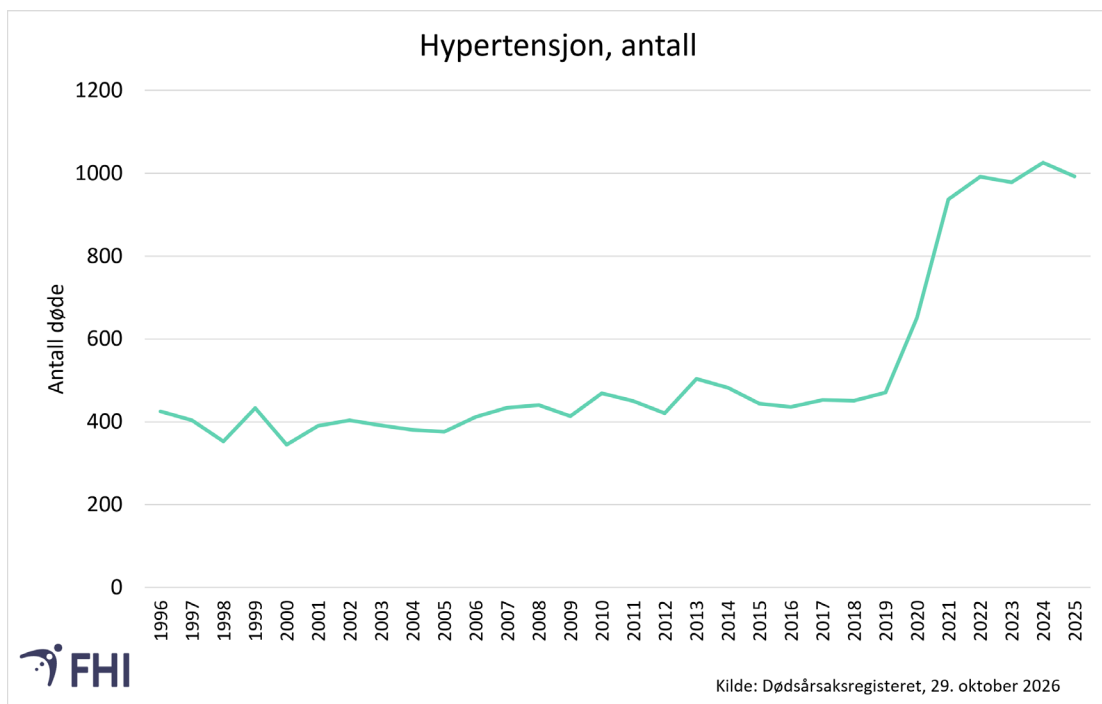
En annen faktor som også kan ha påvirket fordelingen mellom forskjellige dødsårsaksgrupper innen hjerte- og karsykdommer er innføringen av elektronisk dødsmelding. For flere av de mer uspesifikke og kroniske hjerte- og karsykdommene ser man parallelt med innføringen av elektronisk dødsmelding en relativt brå økning i antall dødsfall. Dette gjelder spesielt "annen iskemisk hjertesykdom" (figur 21a og 21b) og hypertensjon (høyt blodtrykk) (figur 22a og 22b). I 2025 var det 992 dødsfall grunnet hypertensjon, omtrent på samme nivå det ble sett i hvert av årene i perioden 2021-2024, rett etter innføringen av elektronisk melding, dermed en flat trend. For akutt hjerteinfarkt og karsykdommer i hjernen har man ikke sett en slik brå økning (figur 20b og 23b).



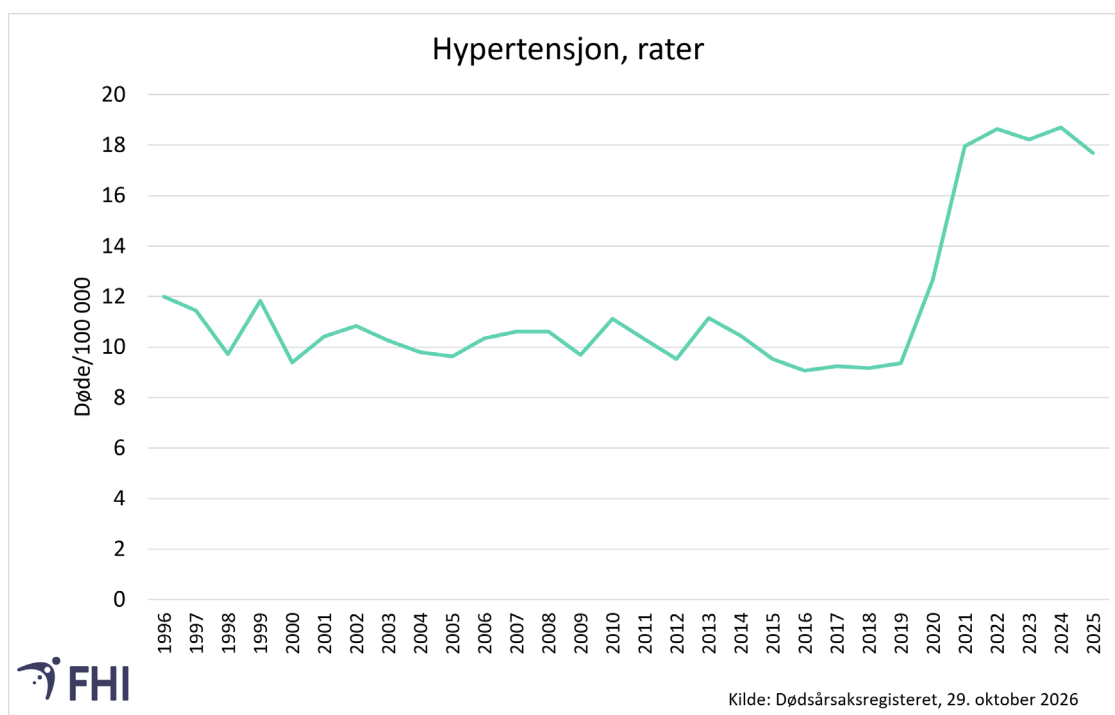
Figur 21a. Antall dødsfall av annen iskemisk hjertesykdom 1951-2025.



Figur 21b. Aldersstandardisert dødelighetsrate for annen iskemisk hjertesykdom 1971-2025.



Figur 22a. Antall dødsfall av hypertensjon 1996-2025.

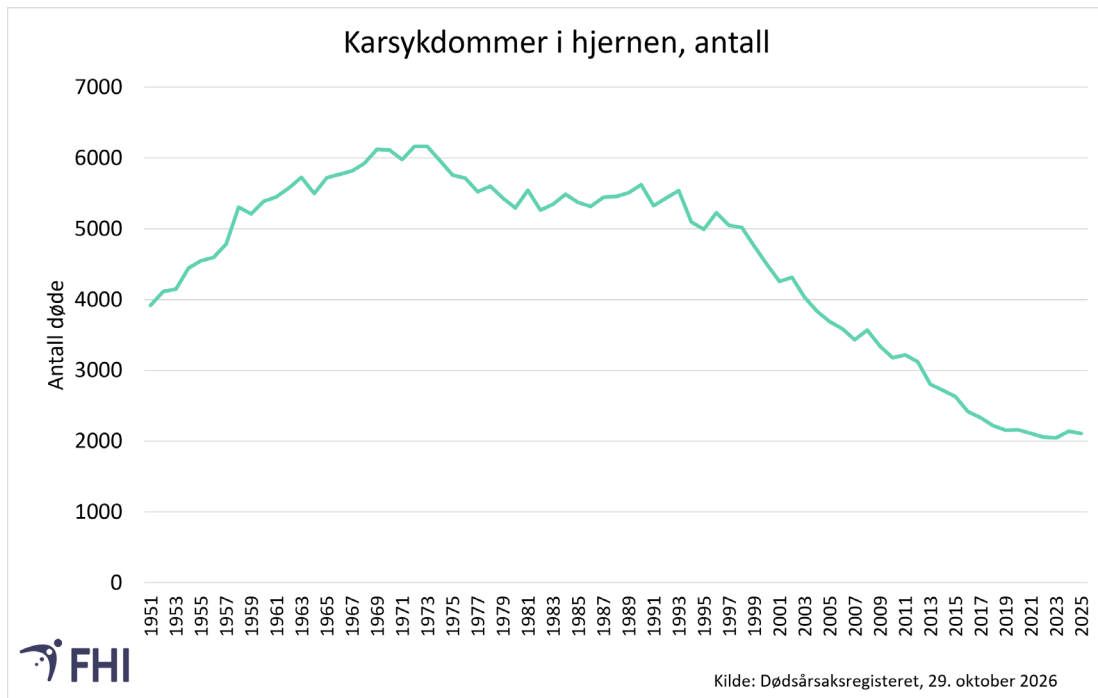


Figur 22b. Aldersstandardisert dødelighetsrate for hypertensjon 1996-2025.

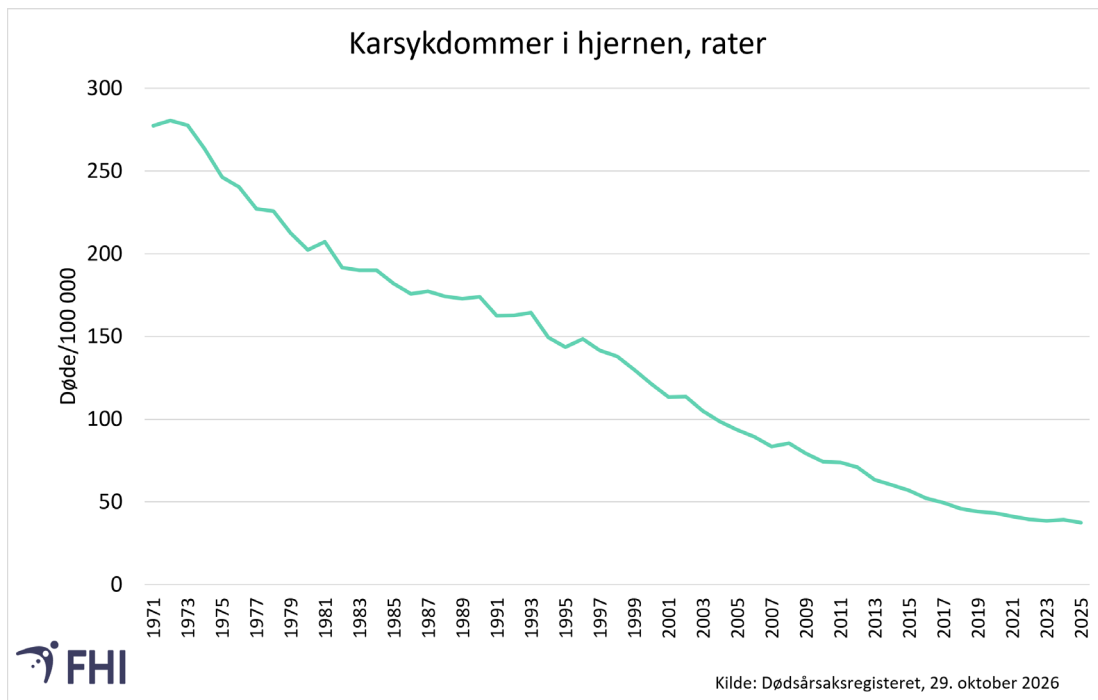
4.3.1 Karsykdommer i hjernen (inkludert hjerneslag)

Utviklingen innenfor behandlingen av karsykdommer i hjernen (inkludert hjerneinfarkt og hjerneblødning) har gjort store fremskritt de siste tiårene. Den aldersstandardiserte dødelighetsraten har blitt redusert betydelig fra raten på 1970-tallet. I 2025 døde 2 109 personer av disse sykdommene, sammenlignet med 6 163 i 1972, som er det året med høyest antall registrerte dødsfall. Den aldersstandardiserte raten er nå 37,6 per 100 000 som er noe av det laveste som er registrert. Til sammenlikning var dødelighetsraten 280 i 1972 og 121 i 2000.

Den aldersjusterte dødeligheten på grunn av karsykdommer i hjernen er i 2025 på tilsvarende lave nivå som i 2024. Det kan se ut som at den årlige reduksjonen i dødelighet av karsykdommer i hjernen nå flater noe mer ut (figur 23b).



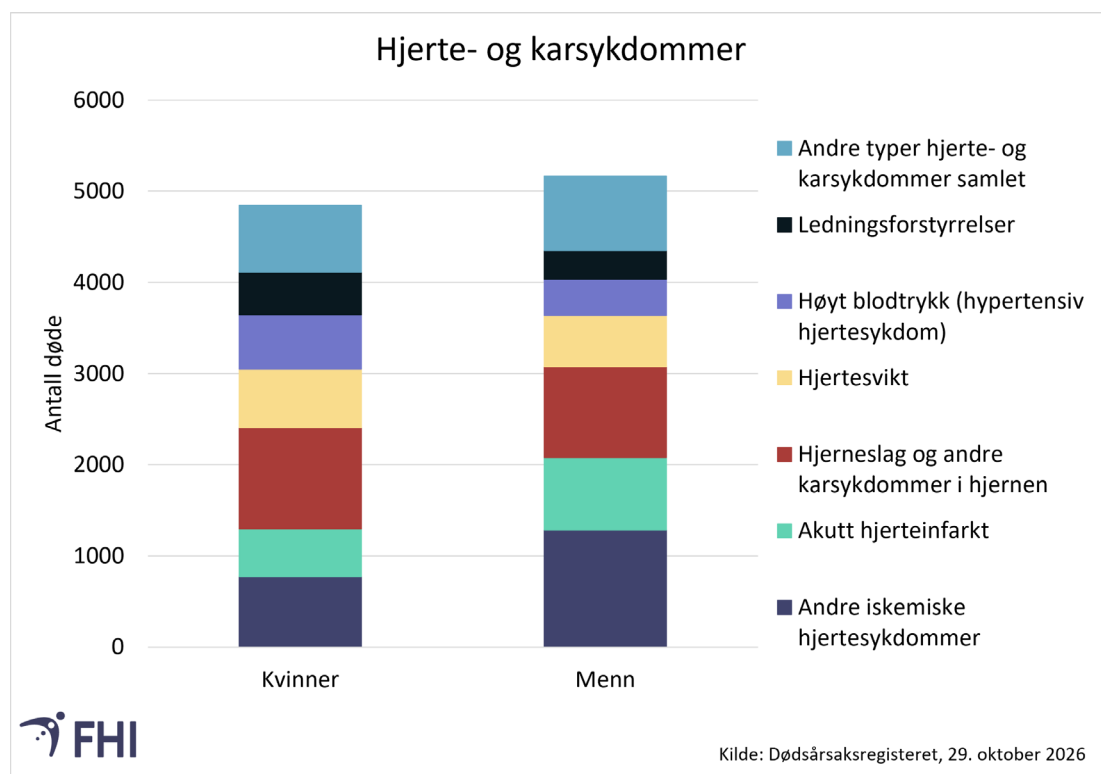
Figur 23a. Antall døde av karsykdommer i hjernen 1951-2025.



Figur 23b. Aldersstandardisert dødelighetsrate for karsykdommer i hjernen 1971-2025.

4.3.2 Kjønnsfordeling i hjerte- og karsykdommer

I 2025 forekom 5 164 hjerte- og kardødsfall hos menn (51,5 prosent av alle slike dødsfall) og 4 846 (48,5 prosent) hos kvinner. Fortsatt dør flere menn enn kvinner av iskemisk hjertesykdom inkludert akutt hjerteinfarkt. Litt flere kvinner dør av hypertensjon (høyt blodtrykk), karsykdommer i hjernen, og ledningsforstyrrelser i hjertet (figur 24).

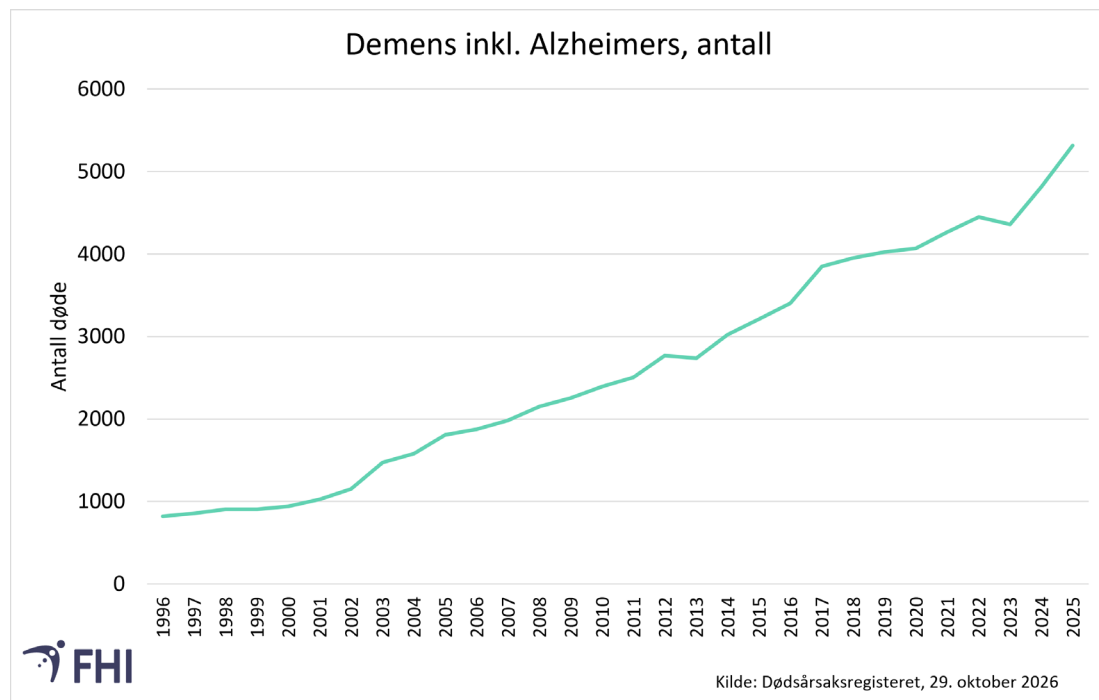


Figur 24. Antall dødsfall av forskjellige grupper av hjerte- og karsykdommer fordelt på kjønn for 2025.

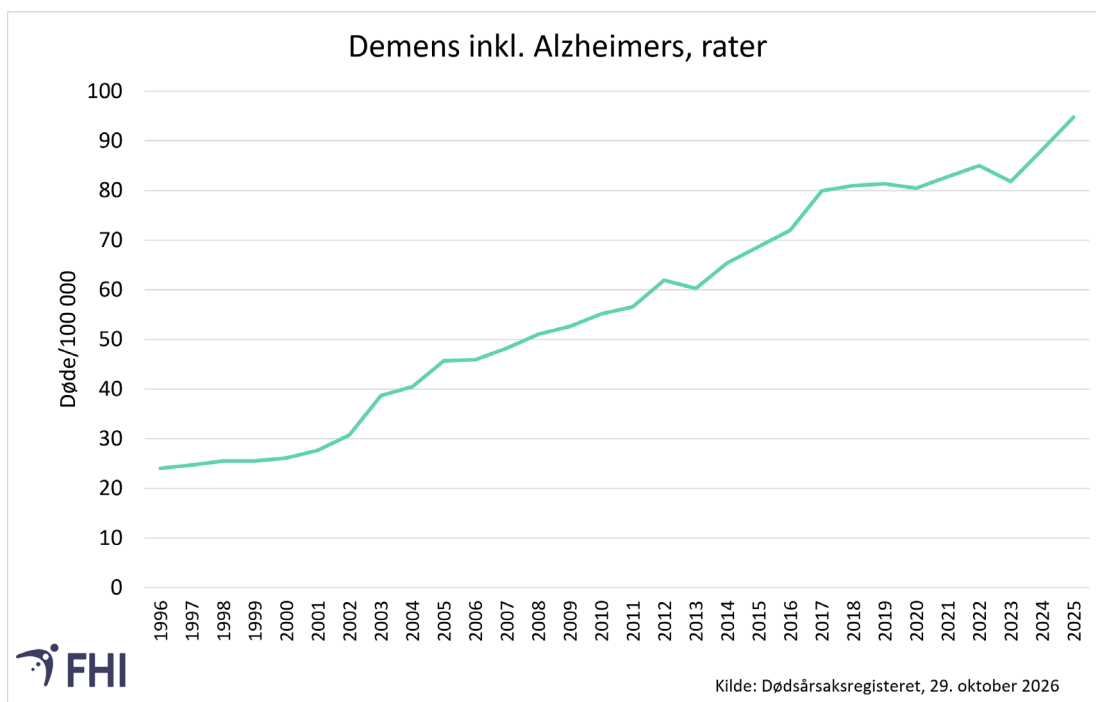
4.4 Demens

Definisjoner (ICD-10): Demens F01, F03, G30.

I dødsårsaksgruppen demens regnes dødsfall som følge av Alzheimers sykdom, vaskulær demens og uspesifisert demens. Antallet dødsfall av demens har økt betraktelig siden 1980-tallet. I 2025 fortsetter det samlede antall dødsfall av demenssykdommer å øke (5 315) med over 500 flere dødsfall enn i 2024 (4 813) (figur 25a). Dødelighetsraten av demens har også økt kraftig gjennom mange tiår, hvoretter det var en mer stabil periode i årene fra 2017 (79,9 per 100 000) til 2023 (81,8 per 100 000). De siste to årene har den igjen fortsatt å øke og ligger i 2025 på 94,7 per 100 000 (figur 25b).

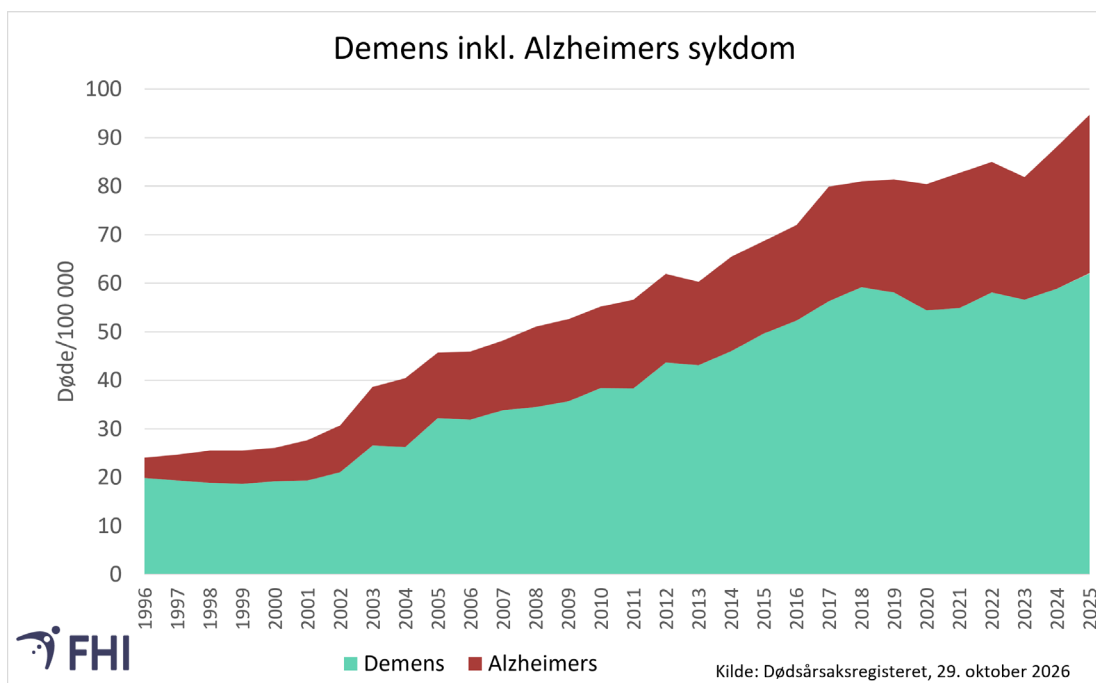


Figur 25a. Antall dødsfall av demens 1996-2025.



Figur 25b. Aldersstandardisert dødelighetsrate for demens 1996-2025.

Andelen av demensdødsfall som er registrert grunnet Alzheimers sykdom har økt siden slutten av 1990-tallet. I 1996 var dødelighetsraten av Alzheimers sykdom og annen demenssykdom hhv. 4,2 og 19,9 per 100 000, mens den i 2025 er hhv. 32,7 og 62,1 per 100 000 (figur 26).



Figur 26. Aldersstandardisert dødelighetsrate av Alzheimers sykdom og annen demens 1996-2025.

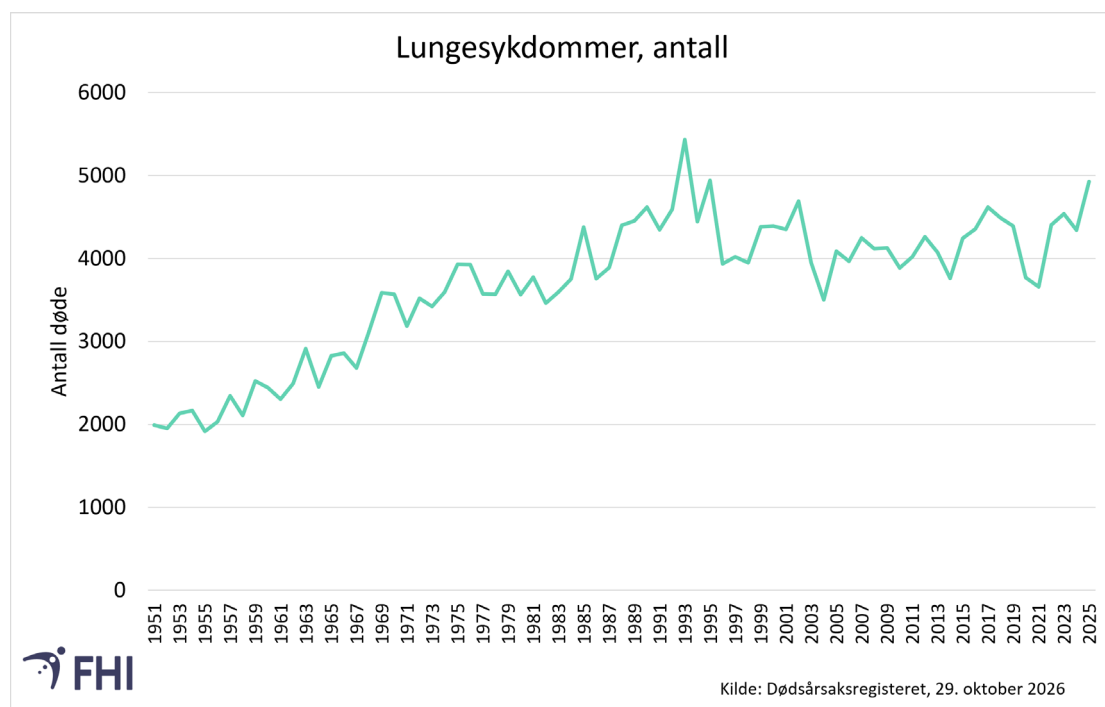
Litt mer utdypende informasjon om [Demens som dødsårsak](#) (15) finnes i denne artikkelen fra 2020.

4.5 Lungesykdommer og covid-19 sykdom

Definisjoner (ICD-10): Lungesykdommer J00-J99, influensa J09-J11, lungebetennelse J12-J18, kols og liknende sykdommer J40-J44, J47, astma J45-J46, andre lungesykdommer J00-J06, J20-J39, J60-J99, covid-19 U07.1, U07.2, U10.9.

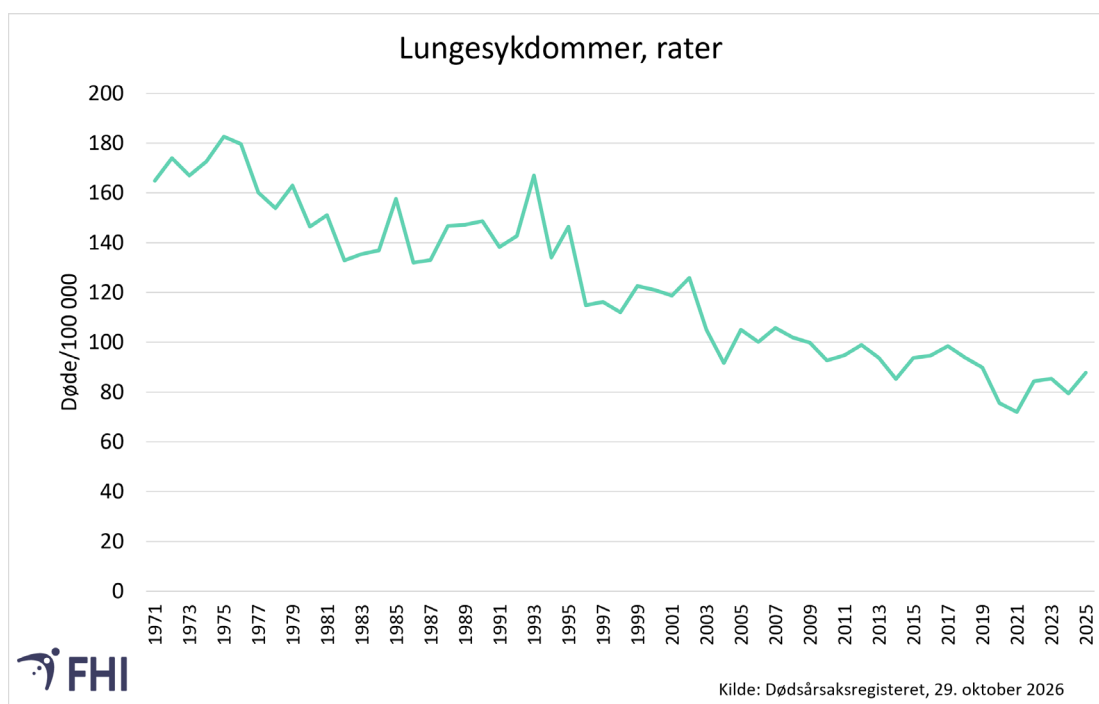
Dødsfall av lungesykdommer omfatter sykdommer som lungebetennelse, influensa, astma, kols og andre kroniske lungesykdommer. Selv om covid-19 sykdom hovedsakelig gir lungesykdom, er denne ikke inkludert i WHO sin klassifikasjon av lungesykdommer (ICD-10). I dette kapitlet vises likevel noen figurer og tall for covid-19 dødsfall relatert til dødsfall av andre lungesykdommer.

Frem til starten av 1990-tallet økte antall dødsfall av lungesykdommer kraftig fra år til år, men har siden stabilisert seg på et noe lavere nivå (figur 27a). I de to første pandemiårene (2020-2021) falt antall dødsfall av lungesykdommer (ikke inkludert covid-19) ganske betydelig i forhold til årene før. Dette skyldtes sannsynligvis redusert forekomst av luftveisinfeksjoner grunnet smitteverntiltak. De siste årene har antallet økt litt igjen og i 2025 er det registrert 4 924 dødsfall av lungesykdom.



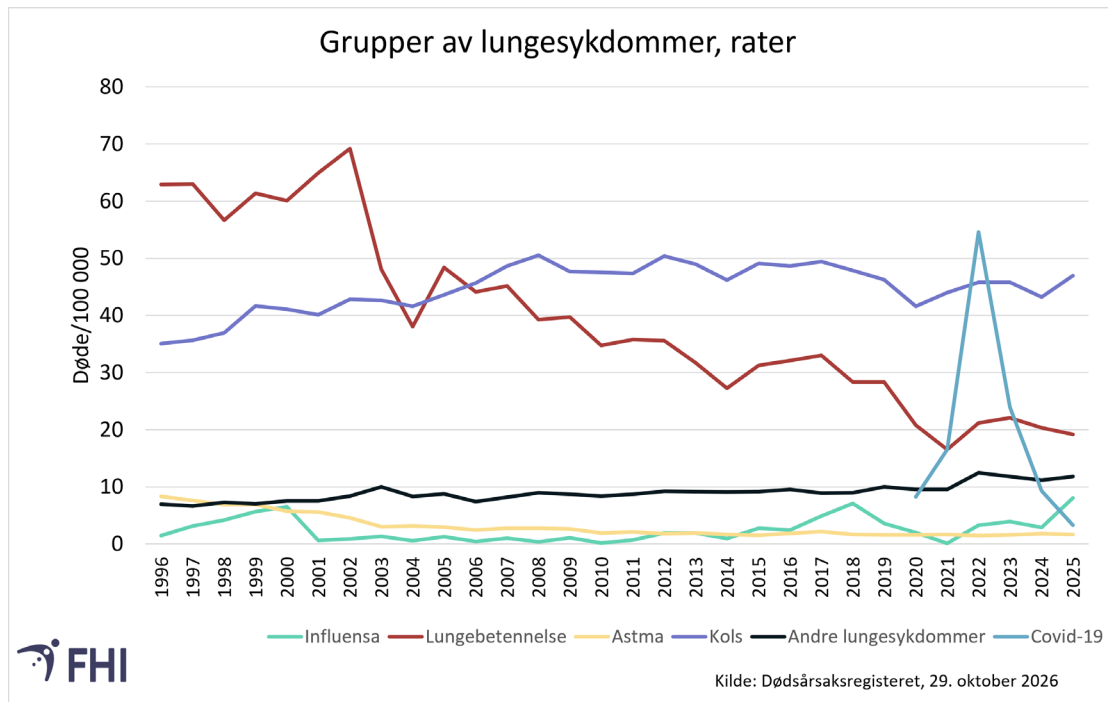
Figur 27a. Antall dødsfall av lungesykdommer 1951-2025.

Den samlede dødelighetsraten for lungesykdommer i 2025 var 87,8 per 100 000. Selv om antallet lunge dødsfall økte frem til 1993 før trenden snudde, har likevel raten sett i et langtidsperspektiv sunket jevnt siden 1970-tallet (figur 27b).

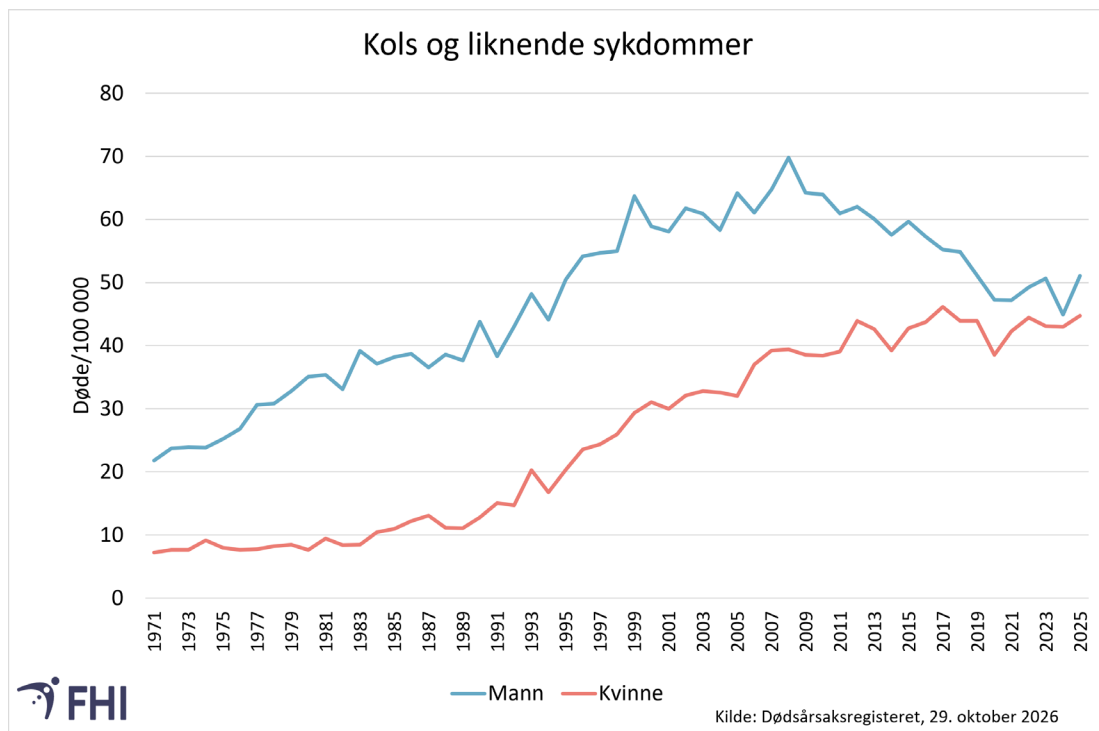


Figur 27b. Aldersstandardiserte rater for lungesykdommer 1971-2025.

Dette fallet skyldtes først og fremst et betydelig fall i dødeligheten av lungebetennelse (figur 28). Dødelighetsraten av lungebetennelse er litt høyere for menn enn for kvinner. Denne forskjellen har vært stabil over tid. Samtidig som dødeligheten av lungebetennelse falt, så man en økning i dødeligheten av kols, som var spesielt kraftig fra 1990-tallet til tidlig 2000-tallet, hvorefter dødelighetsraten stabiliserte seg på 40-50 per 100 000. I 2025 er den aldersstandardiserte dødelighetsraten av kols 47,0 per 100 000. Historisk har menn hatt mye høyere dødelighet av kols enn kvinner, men det siste tiåret har ratene stadig nærmet seg hverandre og i 2025 er raten for menn 51,1 per 100 000, mens den for kvinner er 44,7. Mens raten for menn generelt har vært synkende fra 2008, har man for kvinner fra 2017 sett en utflating av den oppadgående trenden (figur 29).

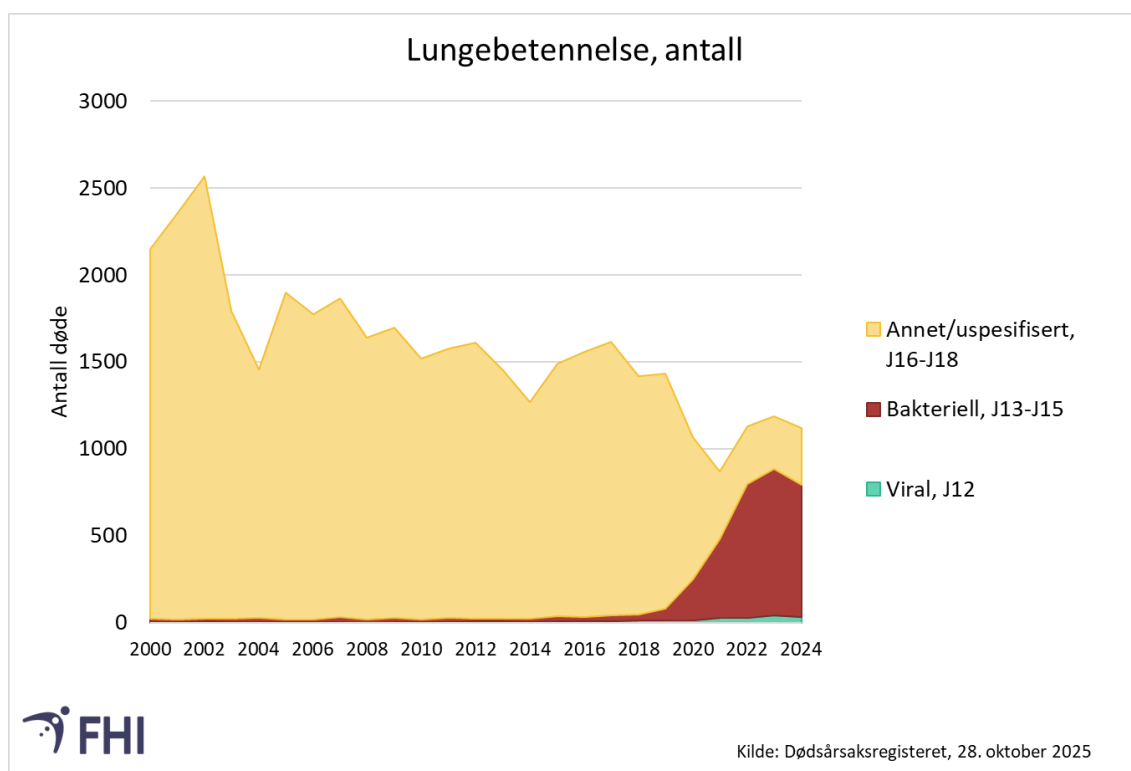


Figur 28: Aldersstandardisert dødelighetsrate av ulike lungesykdommer og covid-19 1996-2025.



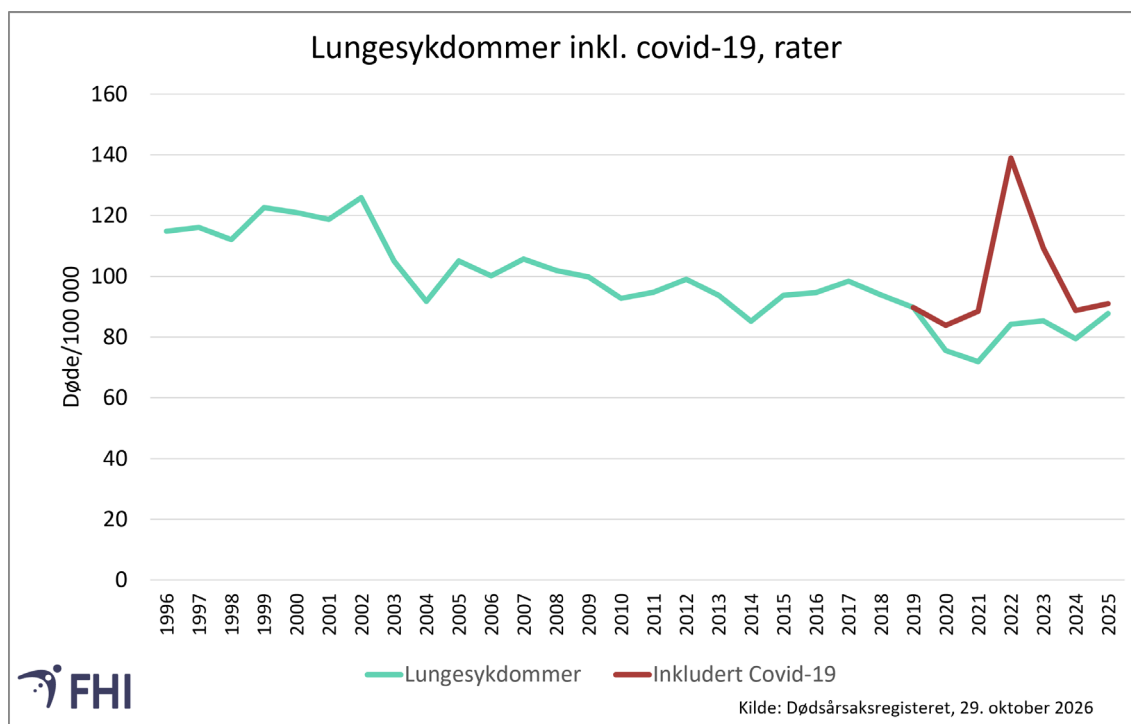
Figur 29: Aldersstandardisert dødelighetsrate 1971-2025 fordelt på kjønn for kols og liknende sykdommer.

Etter innføringen av elektronisk døds melding fra 2018, har diagnosene for lungebetennelse blitt stadig mer spesifiserte (figur 30). Dette gjelder spesielt spesifisering av bakteriell årsak (16).



Figur 30. Antall dødsfall av lungebetennelse spesifisert på undergrupper 2000-2024.

Inkluderes covid-19 dødsfall i lungedødsfallene blir bildet et annet (figur 31). I 2022 og 2023 var det mange covid-19 dødsfall. De siste årene har antall covid-19 dødsfall vært lavere og endrer ikke lenger dødsårsaksbildet for lungesykdommer vesentlig. I 2025 var det 183 dødsfall registrert med covid-19 som underliggende dødsårsak. Les mer om covid-19 dødsfall under pandemien i FHI sin rapport "[Dødelighet i Norge under koronapandemien 2020-2023](#)" (17).



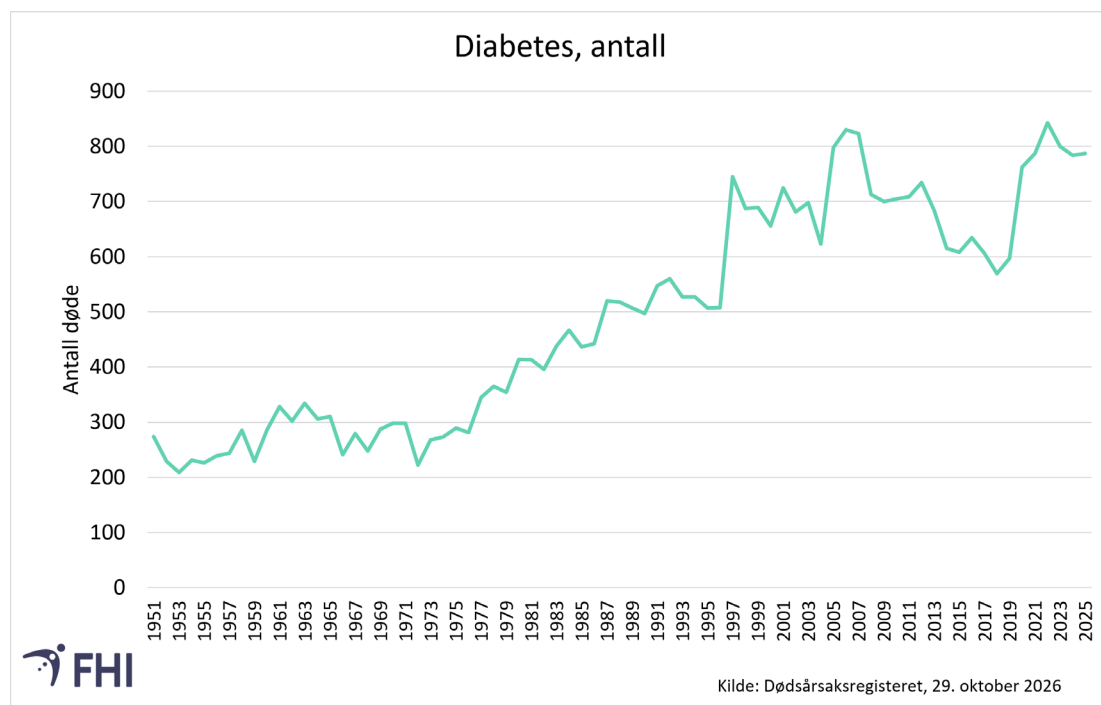
Figur 31. Aldersstandardisert dødelighetsrate av lungesykdommer og lungesykdommer inkludert covid-19 1996-2025.

4.6 Diabetes

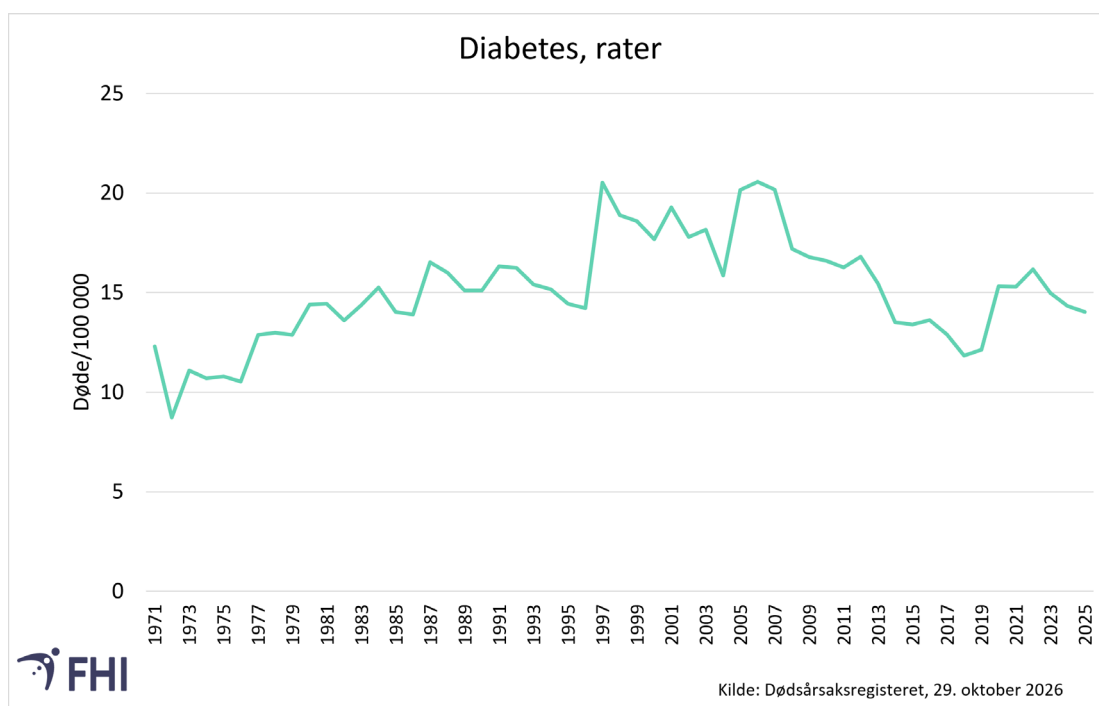
Definisjoner (ICD-10): Diabetes mellitus E10-E14.

I 2025 er det registrert 787 dødsfall på grunn av diabetes (diabetes mellitus). Dette er tilsvarende tall som for 2024 (784). Ser man på utviklingen i diabetesdødsfall i et historisk perspektiv, har det siden 1950-tallet vært en økning i antall døde frem til begynnelsen av 2000-tallet. Etter noen år med nedgang i diabetesdødsfall frem til starten av covid-19-pandemien, økte antall dødsfall kraftig i 2020 og nådde et nytt toppår i 2022 med 843 dødsfall etterfulgt av en liten nedgang de siste årene (figur 32a).

Hvis man tar hensyn til befolkningsveksten og alderssammensetningen i befolkningen har dødelighetsraten også falt frem mot 2019 hvoretter man så et hopp i raten i 2020. I 2025 var dødelighetsraten på 14,0 dødsfall per 100 000, slik at raten har falt litt igjen og vært stabil de siste par årene og ligger nå på omtrent samme nivå som i 1996 (figur 32b).



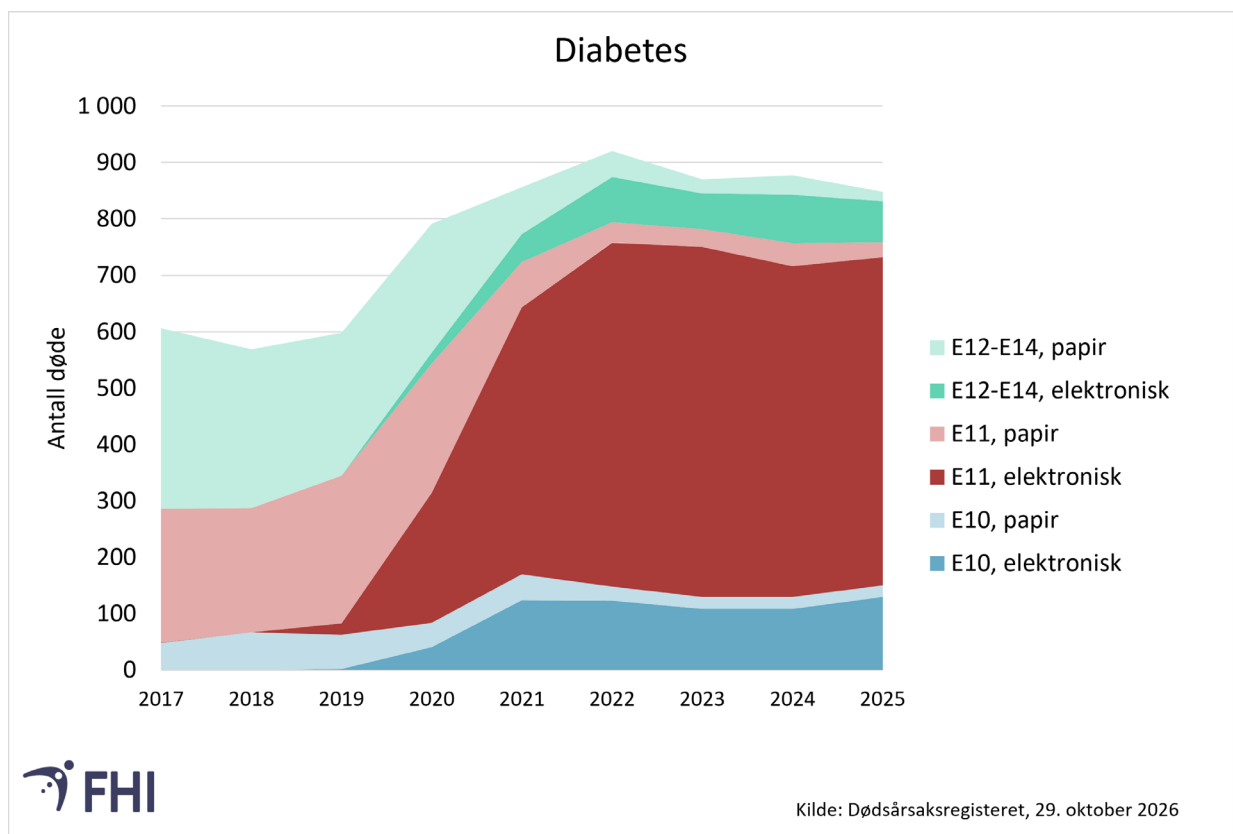
Figur 32a. Antall dødsfall av diabetes samlet 1951-2025.



Figur 32b. Aldersstandardiserte dødelighetsrater for diabetes samlet 1971-2025.

Siden økningen i diabetesdødsfall kom parallelt med både pandemien og innføringen av elektronisk døds melding, har det vært utfordrende å avgjøre hva som kan ha ligget til grunn for økningen. Effekter av pandemien som sosial isolering og utsatt oppfølging i helsetjenesten, kan ha hatt betydning. En tilsvarende økning i diabetesdødsfall er også sett i flere andre land i pandemiårene. Diabetes har også vært assosiert med økt risiko for å dø av covid-19, dette er nærmere analysert i denne [rapporten](#) fra FHI (18).

En annen forklaring kan være endret bruk av diabetesrelaterte diagnosekoder i elektronisk døds melding sammenlignet med tidligere papirmelding. Innføringen av elektronisk døds melding har i tillegg resultert i bruk av mer spesifikke koder for diabetes slik som diabetes type 2 (ICD-10 kode E11) i stedet for uspesifisert diabetes (ICD-10 kode E12-14) (figur 33). Denne trenden har holdt seg stabil de siste årene etter innføring av elektronisk døds melding. Mer dyptgående analyser finnes i artikkelen: [Introduction of Electronic Death Notification in Norway – Impact on Diabetes Mortality Registration](#) (19).



Figur 33. Diabeteskode (E10-E14) og type dødsattest (papir eller elektronisk) 2017-2025.

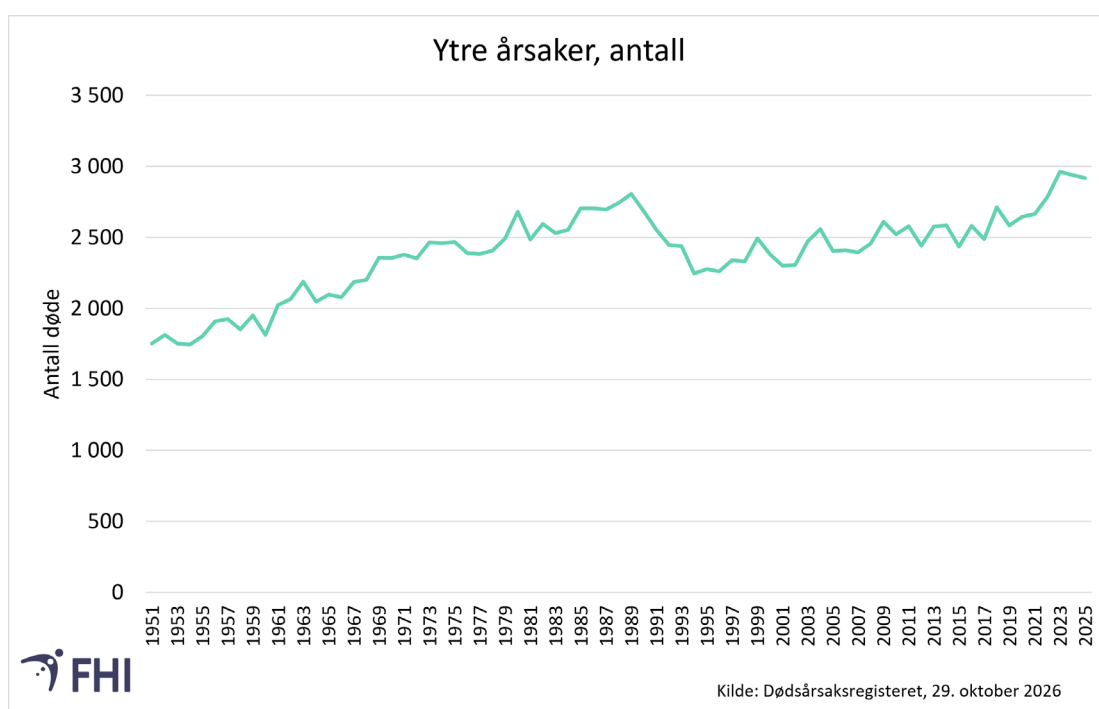
4.7 Ytre årsaker

Definisjoner (ICD-10): Skader og forgiftninger (voldsomme dødsfall) V01-Y89.

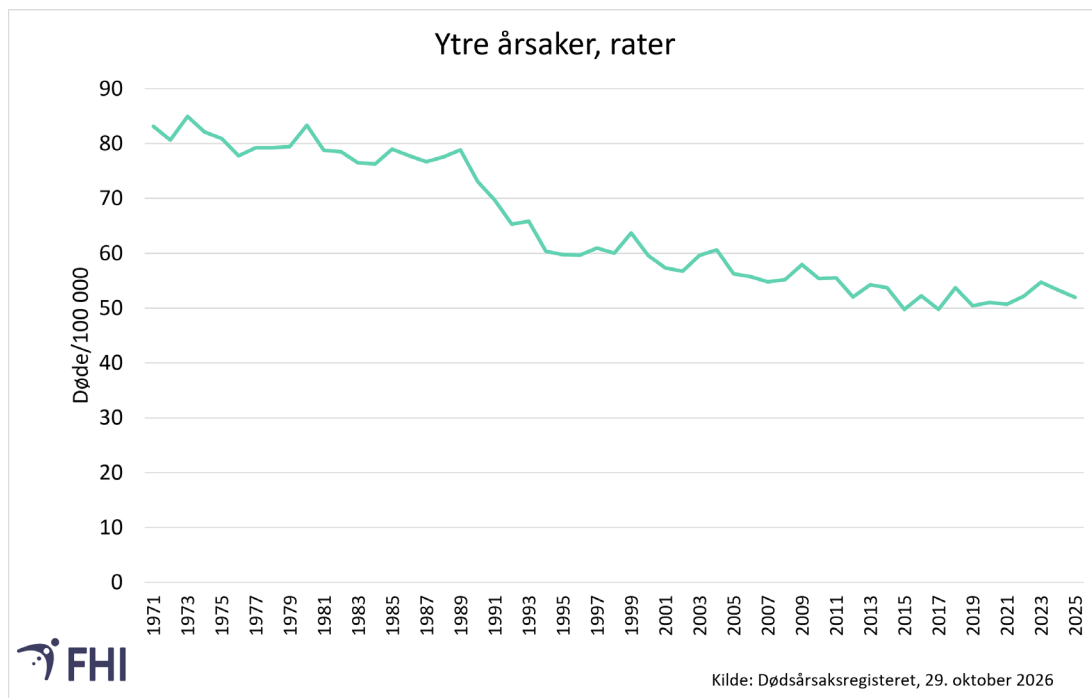
Med dødsfall av ytre årsak menes dødsfall der en ytre påvirkning har forårsaket døden (voldsomme dødsfall). I denne kategorien inngår også dødsfall der det ikke har vært mulig å avgjøre om dødsfallet skyldtes en ytre påvirkning eller sykdom, men det er få dødsfall som er registrert på denne måten i Norge. De tre hovedkategoriene er **ulykker, selvmord og drap**, der ulykker er den største gruppen. Det er få dødsfall av ytre årsaker sammenliknet med dødsfall av sykdommer. Dette gjør at man i denne kategorien oftere vil se større prosentvise svingninger fra år til år som kan skyldes naturlig variasjon mer enn reelle endringer. Det er derfor viktig også å se på trendene i et lengre perspektiv.

Dødsfall av ytre årsak forekommer i alle aldersgrupper, men er relativt sett hyppigst i de yngste aldersgruppene. I gruppen 1-29 år står ytre årsak for 60 prosent av dødsfallene ([figur 3](#)). Dette skyldes at ikke like mange unge rammes og dør av sykdommer. Selvmord og drap er de hyppigste årsakene til voldsomme dødsfall i de yngste aldersgruppene, mens ulykkesdødsfall er hyppigere hos de eldre. Flere menn enn kvinner dør av ytre årsak.

I 2025 døde 2 917 personer av ytre årsak. Antallet ligger fortsatt på omtrent samme nivå som det har gjort de to foregående årene, etter at man så et markant hopp i antallet fra 2022 til 2023 ([figur 34a](#)). Når man tar høyde for endringer i befolkningsantallet og befolkningssammensetningen har dødelighetsraten vært relativt stabil de siste ti årene, selv om den varierer noe fra år til år. Sett i et enda lengre perspektiv, har utviklingen vært svært positiv med et kraftig fall i dødeligheten fra 1970-årene og frem til i dag ([figur 34b](#)). I 2025 var 59 prosent av de som døde av ytre årsak menn.



Figur 34a. Antall dødsfall av ytre årsak (voldsomme dødsfall) 1951-2025.



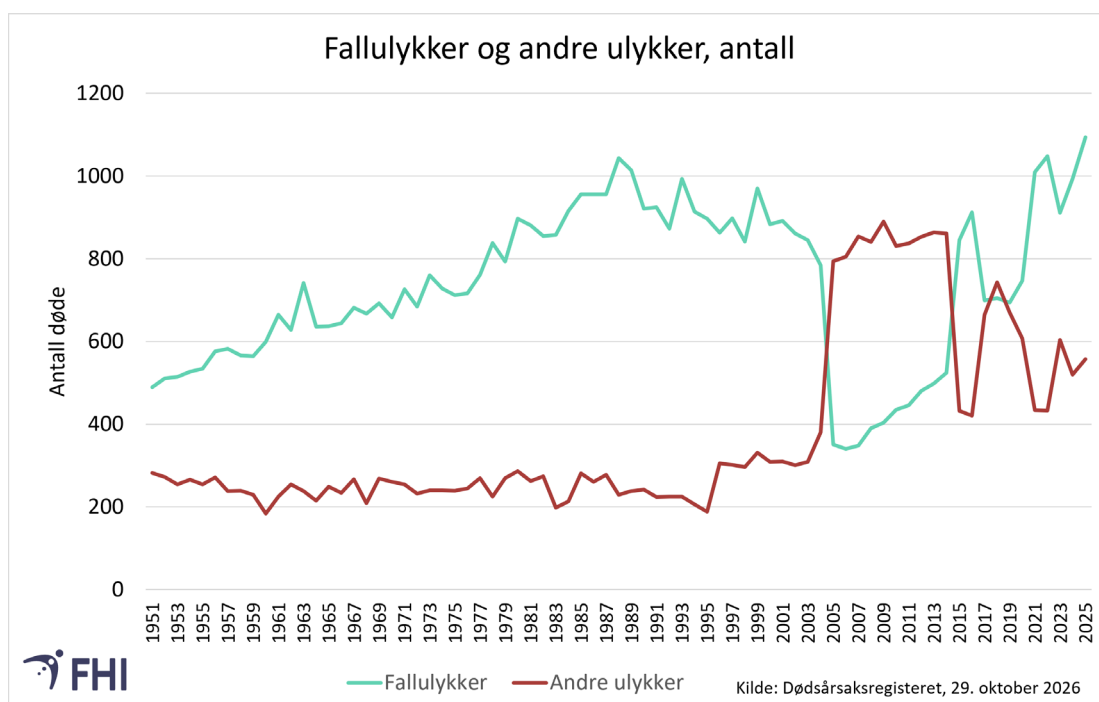
Figur 34b. Aldersstandardisert dødelighetsrate for dødsfall av ytre årsak (voldsomme dødsfall) 1971-2025.

4.7.1 Ulykker

Definisjoner (ICD-10): Ulykker V01-X59, Y85-Y86, transportulykker V01-V99, Y85, fallulykker W00-W19, andre ulykker W20-W64, W75-X39, X50-59, Y86.

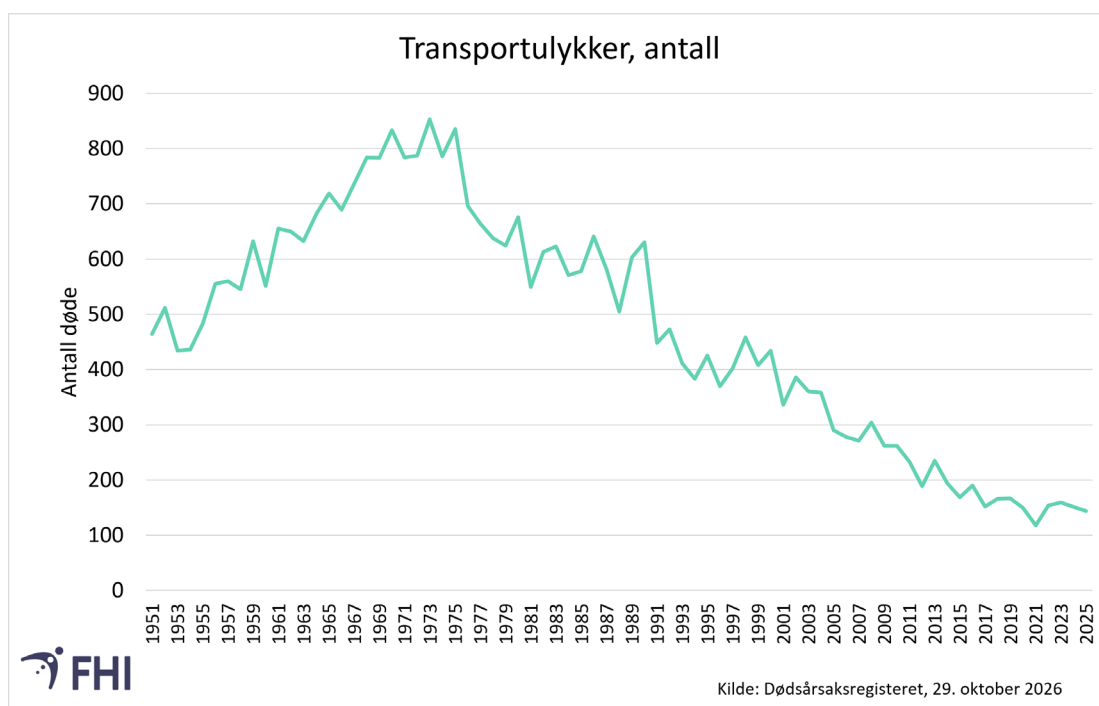
Ulykker omfatter transportulykker, fallulykker, drukningsulykker, forgiftningsulykker (overdoser) og uspesifiserte ulykker. Med 2 185 dødsfall i 2025 utgjorde ulykker 75 prosent av dødsfallene i gruppen ytre årsak. Dette gir en aldersstandardisert dødelighetsrate på 38,9 per 100 000 innbyggere.

Den største gruppen ulykkesdødsfall er fallulykker (1 093 i 2025). 92 prosent av disse var hos personer over 70 år. Litt flere kvinner enn menn dør i fallulykker (53 vs. 47 prosent). Et prosjekt i 2015-2016 forbedret statistikken på dødsfall grunnet fallulykker. Disse dødsfallene ble tidligere ofte registrert som uspesifisert (annen) ulykke. Erfaringer fra dette prosjektet ble tatt inn i elektronisk døds melding og flere dødsfall registreres nå korrekt som fallulykker i stedet for uspesifisert (annen) ulykke (19). Økningen man har sett i dødsfall av fallulykker de siste årene representerer derfor sannsynligvis ikke kun en reell økning, men også mer korrekt registrering (figur 35).

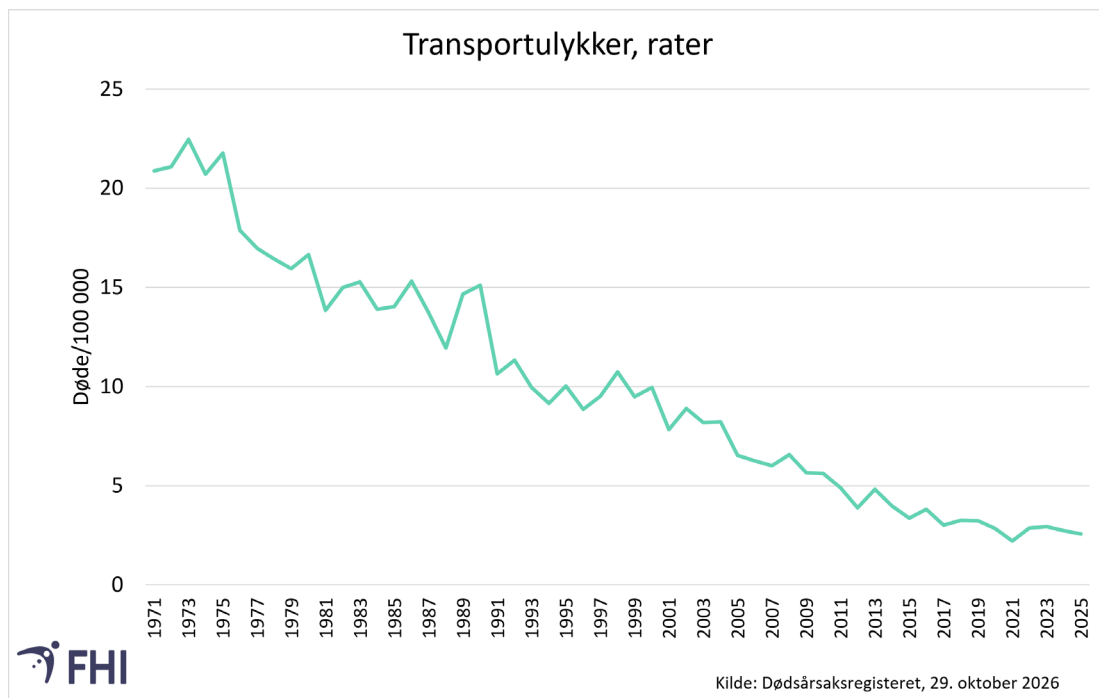


Figur 35. Kategorier av ulykkesdødsfall 1951-2025.

I gruppen transportulykker inngår alle former for ulykker der et kjøretøy er involvert, altså både bil, båt, fly, sykkel osv. De fleste transportulykkene er knyttet til dødsulykker med bil. Antall dødsfall knyttet til transportulykker har falt kraftig siden slutten av 1970-tallet, mest blant de unge. Aldersstandardisert dødelighetsrate falt fra en topp på 22,5 per 100 000 i 1973 til en bunn på 2,2 per 100 000 i 2021. Det årlige fallet i dødelighetsraten for transportulykker har flatet litt ut de siste 5-10 årene og har de siste årene ligget ganske stabilt (figur 36b). I 2025 er det registrert 144 transportulykker (figur 36a) med en dødelighetsrate på 2,6 per 100 000 (figur 36b).



Figur 36a. Antall dødsfall av transportulykker 1951-2025.



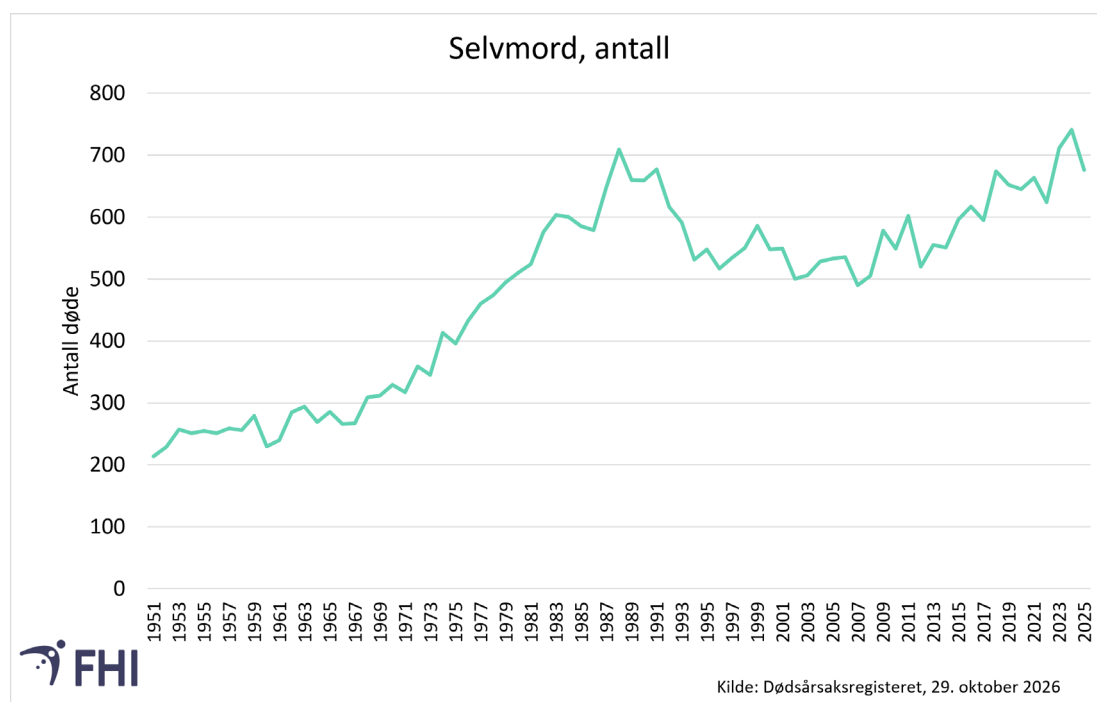
Figur 36b. Aldersstandardisert dødelighetsrate for transportulykker 1971-2025.

4.7.2 Selvmord

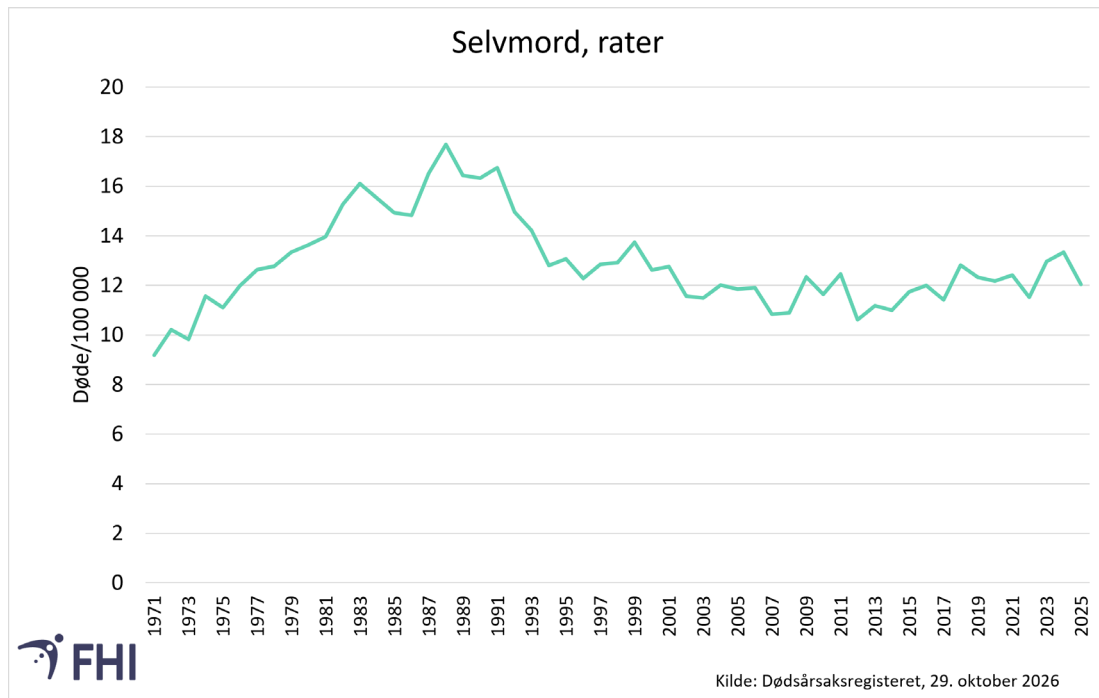
Definisjoner (ICD-10): Selvmord X60-X84, Y87.0.

Historisk er 1988 det året med den høyeste selvmordsraten på 17,7 per 100 000 (figur 37b) . Etter dette har dødelighetsraten falt jevnt frem til 2012, hvor den var på sitt laveste (10,6 per 100 000) før den har steget langsomt igjen. Siden årtusenskiftet er 2007 det året med færrest registrerte selvmord (490) (figur 37a). I 2023 var antall selvmord (711) for første gang høyere enn i 1988 (709) og i 2024 økte det til 741.

I 2025 er det registrert 676 selvmord, 65 færre enn i 2024, tilsvarende en aldersstandardisert dødelighetsrate på 12,0 per 100 000 (figur 37a og 37b).

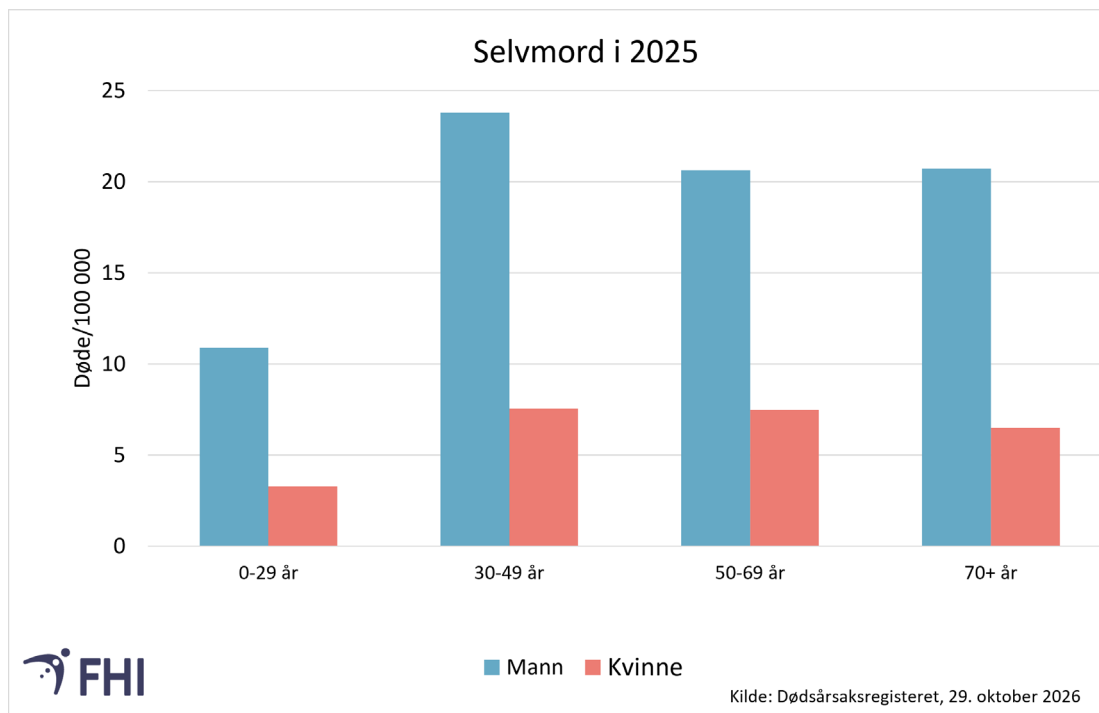


Figur 37a. Antall selvmord 1951-2025.



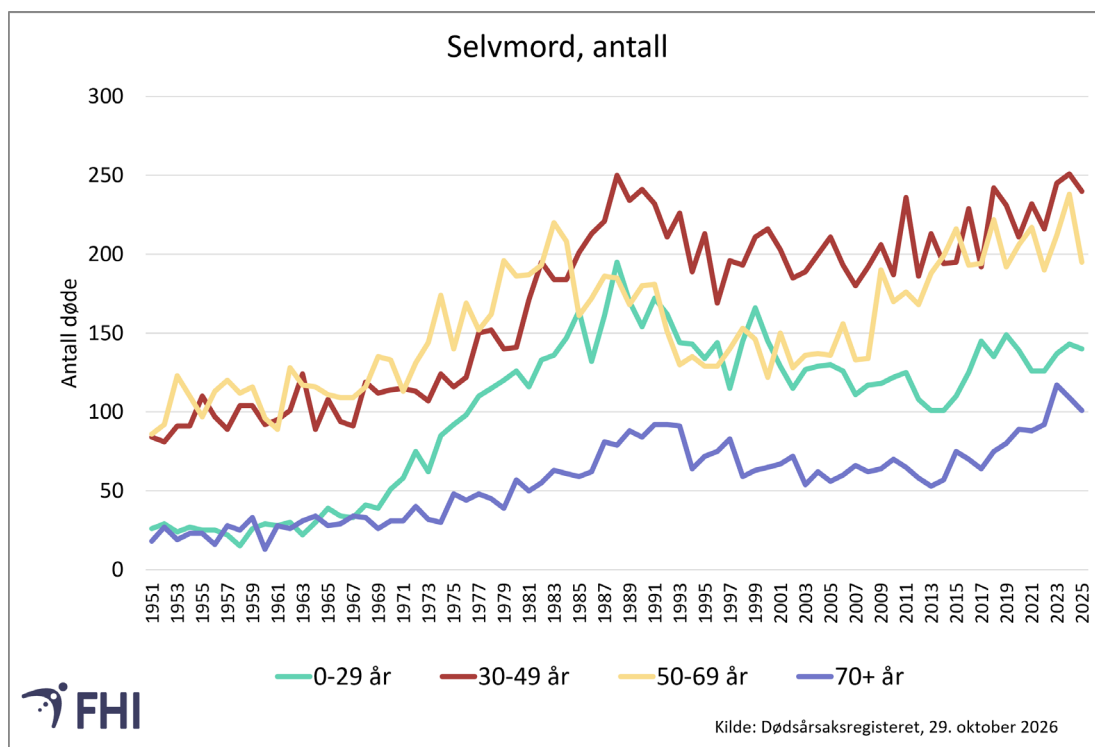
Figur 37b. Aldersstandardisert dødelighetsrate for selvmord 1971-2025.

Flest menn tar selvmord. 511 av de registrerte selvmordene i 2025 var blant menn, tilsvarende 76 prosent av alle selvmord og en dødelighetsrate på 18,3 per 100 000. For kvinner var antallet i 2025 165 tilsvarende en dødelighetsrate på 5,9 per 100 000. Figur 38 viser selvmordsratene fordelt på kjønn i forskjellige aldersgrupper. I alle aldersgruppene er det vesentlig flere menn enn kvinner som tar selvmord. I 2025 var dødelighetsraten høyest for menn i alderen 30-49 år.

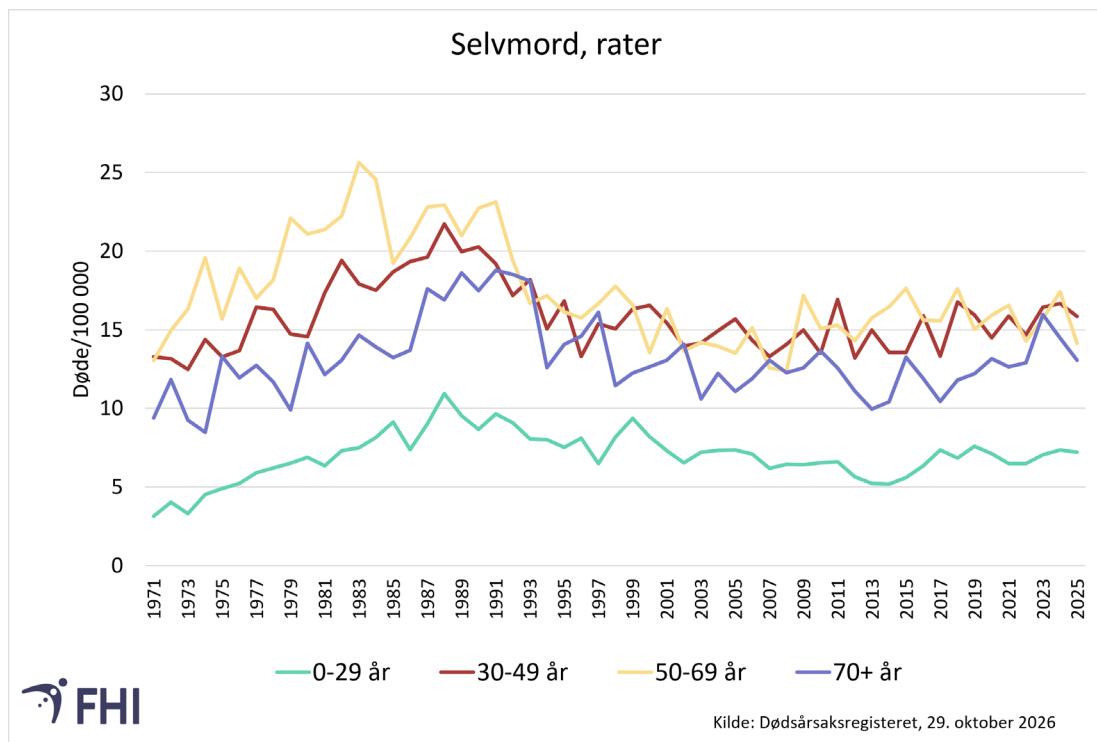


Figur 38. Dødelighetsrater for selvmord i 2025 for forskjellige aldersgrupper og kjønn.

Det høyeste antall selvmord og de høyeste dødelighetsratene finner man i aldersgruppene 30-49 og 50-69 år, men det er i de eldste aldersgruppene (70+ år) man har sett den største økningen (figur 39a og 39b). Dødelighetsraten for aldersgruppen 70+ år har de siste årene nærmet seg den for 30-49 år og 50-69 år. For den yngste aldersgruppen har selvmordsraten samlet sett vært relativt stabil siden årtusenskiftet.



Figur 39a. Antall selvmord i perioden 1951-2025 for forskjellige aldersgrupper.



Figur 39b. Dødelighetsrate for selvmord i perioden 1971-2025 for forskjellige aldersgrupper.

Siden selvmord er en relativt sjelden dødsårsak, kan det forekomme betydelige prosentvise svingninger fra år til år som skyldes tilfeldig variasjon mer enn reelle endringer i tallene. Selv om det i 2025 er registrert litt færre selvmord enn de to foregående årene, har trenden samlet sett vært litt stigende.

Fordi enkelte obduksjonsrapporter kommer sent inn til FHI og obduksjonsresultater kan være viktige for fastsettelse av selvmord som dødsårsak, kan det komme noen justeringer i selvmordstallene for 2025 også etter offentliggjøringen av dødsårsakstallene som er brukt i denne rapporten. Det er også sannsynlig at det er mørketall for selvmord, som gjør at antall selvmord i realiteten er litt høyere enn det som er registrert. Mer informasjon om mørketall ved selvmord finnes i en egen [rapport](#) utgitt av Folkehelseinstituttet i 2025 (20).

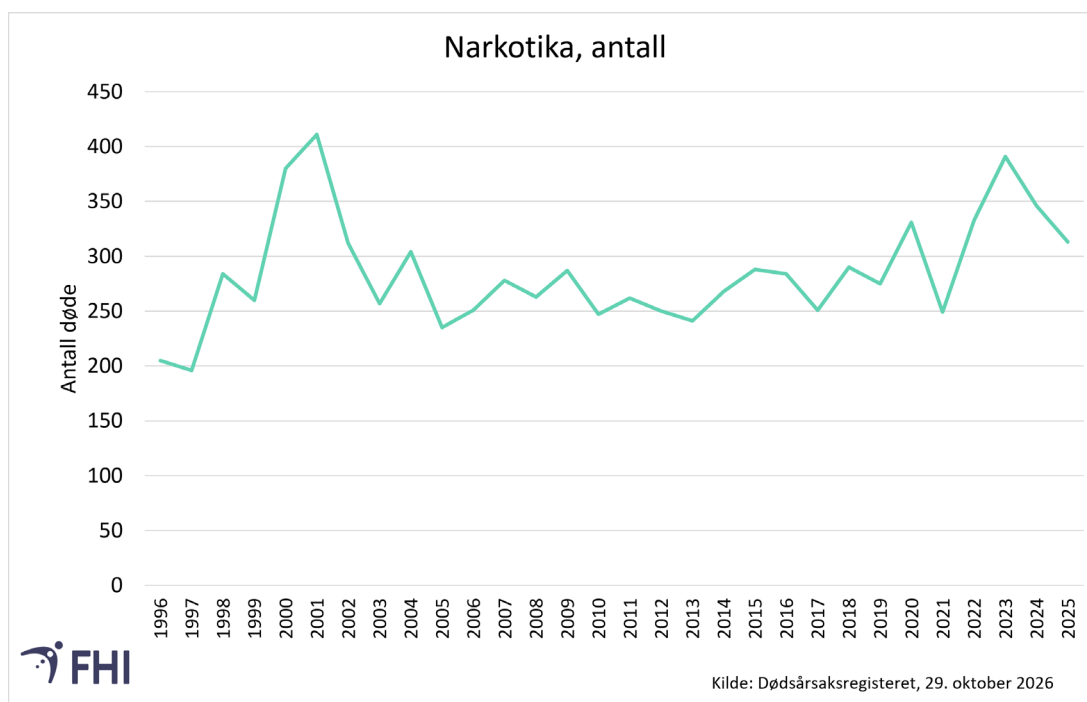
Mer utdypende informasjon om selvmord finnes i [Folkehelserapporten](#) (2)

4.8 Rusdødsfall

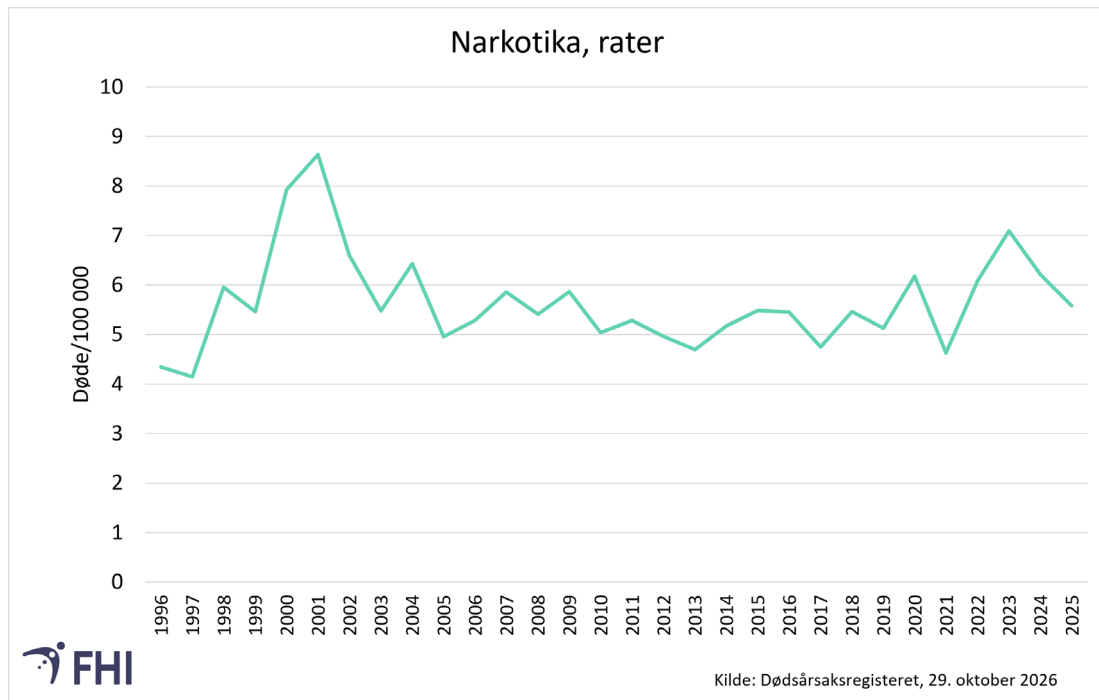
Dødsårsaksregisteret bruker Den europeiske unions narkotikabyrå (EUDA, tidligere EMCDDA) sin definisjon for overvåkningen av narkotikautløste dødsfall. Gruppen er ikke en del av europeisk kortliste. Dødsfallene her inneholder både forgiftningsulykker, selvmord med forgiftning som metode og følgesykdommer og -tilstander av kronisk rusmisbruk. Mer informasjon om hvilke sykdommer, tilstander og ICD-10 koder som inngår i grupperingene av narkotikautløste dødsfall og alkoholholdige dødsfall finnes [her](#). Obduksjonsresultater er ofte viktig for fastsettelsen av rusrelaterte dødsårsaker. Det er derfor sannsynlig at det kan komme noen små justeringer i tallene for rusutløste dødsfall i etterkant da enkelte obduksjonsrapporter ennå ikke har kommet inn til FHI.

4.8.1 Narkotikautløste dødsfall

I 2025 er det registrert 313 narkotikautløste dødsfall (også kalt overdosedødsfall), litt færre enn i 2023 (391) og 2024 (346). Det laveste antallet siden årtusenskiftet var i 2005 med 235 dødsfall (figur 40a). For narkotikautløste dødsfall har dødelighetsraten fulgt svingningene i antall dødsfall og ligger i 2025 på 5,6 per 100 000 (figur 40b).



Figur 40a. Antall narkotikautløste dødsfall 1996-2025.

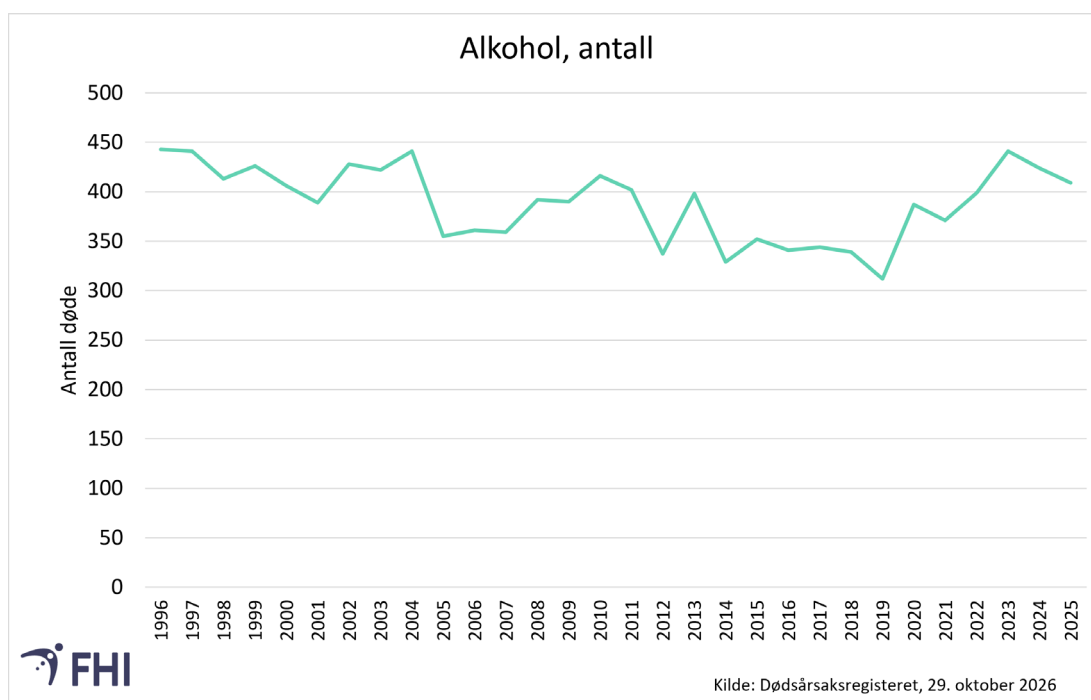


Figur 40b. Aldersstandardisert dødelighetsrate for narkotikautløste dødsfall 1996-2025.

Nærmere omtale og mer detaljerte analyser av narkotikautløste dødsfall i Norge i 2025 finnes i en egen rapport som fra 2025 utgis av Helsedirektoratet og som finnes på deres sider. Flere tall for narkotikautløste dødsfall finnes også på [FHI statistikk](#) (1).

4.8.2 Alkoholutløste dødsfall

Det har vært en økning i både antall og aldersstandardisert dødelighetsrate for alkoholutløste dødsfall de siste årene. I 2025 var det 409 alkoholutløste dødsfall. Det var en liten nedgang fra 2024 (424) (figur 41a), men fortsatt høyt i forhold til tidligere år. Færrest registrerte alkoholutløste dødsfall var det i 2019 med 312 dødsfall og en dødelighetsrate som var 50 prosent lavere enn i 1996. Aldersstandardisert rate for alkoholutløste dødsfall i 2025 var 7,3 mot 7,7 per 100 000 i 2024 (figur 41b). Siden økningen i alkoholdødsfall kom parallelt med innføringen av elektronisk dødsmelding er det ikke usannsynlig at noe av økningen kan tilskrives endringer i innrapporteringsrutinene. Dette utelukker ikke andre årsakssammenhenger.

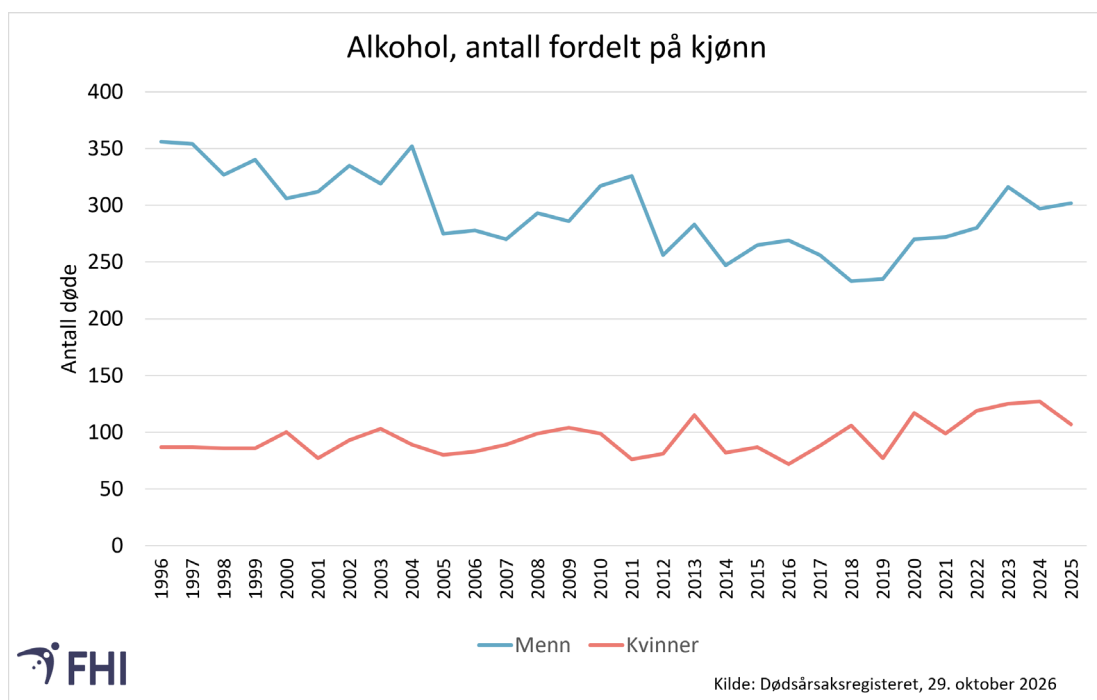


Figur 41a. Antall alkoholutløste dødsfall 1996-2025.

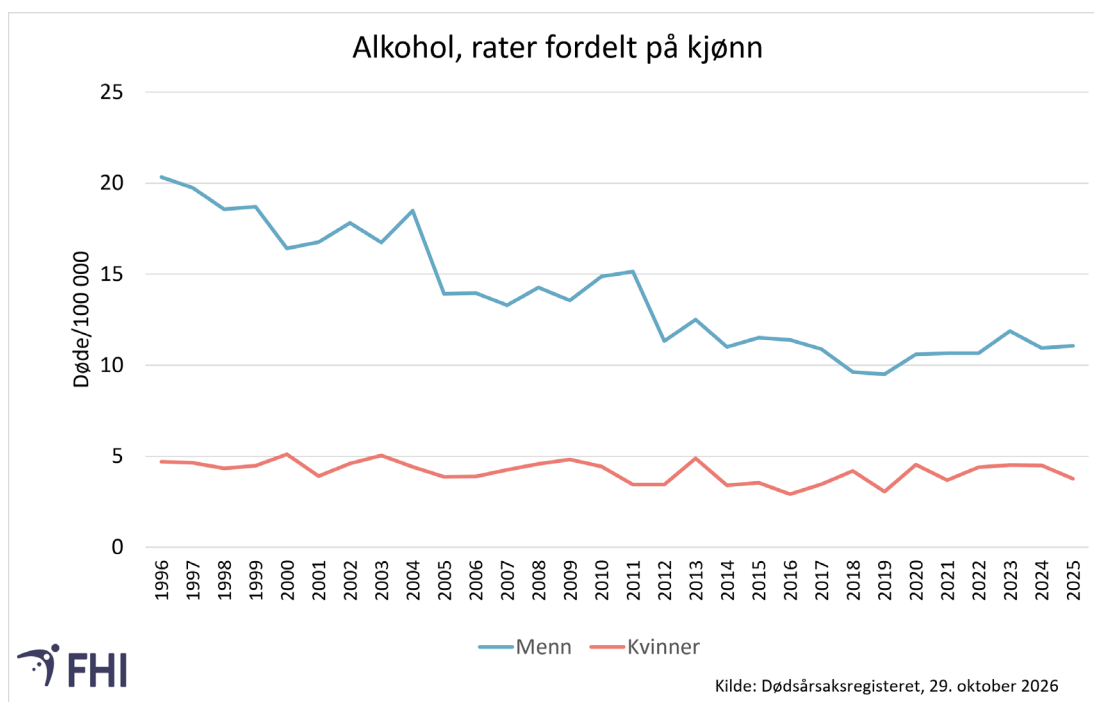


Figur 41b. Aldersstandardisert dødelighetsrate for alkoholutløste dødsfall 1996-2025.

Antall dødsfall utløst av alkohol og dødelighet relatert til alkohol er større for menn enn for kvinner (figur 42a). Mens dødelighetsraten siden slutten av 1990-tallet har vært relativt stabil for kvinner har den sunket jevnt for menn. Den økningen i dødelighet man har sett de siste årene har fortrinnsvis vært hos menn (figur 42b). I 2025 er antall dødsfall for kvinner 107 og dødelighetsraten 3,8 per 100 000, mens det for menn er registrert 302 dødsfall og en dødelighetsrate på 11,1 per 100 000.



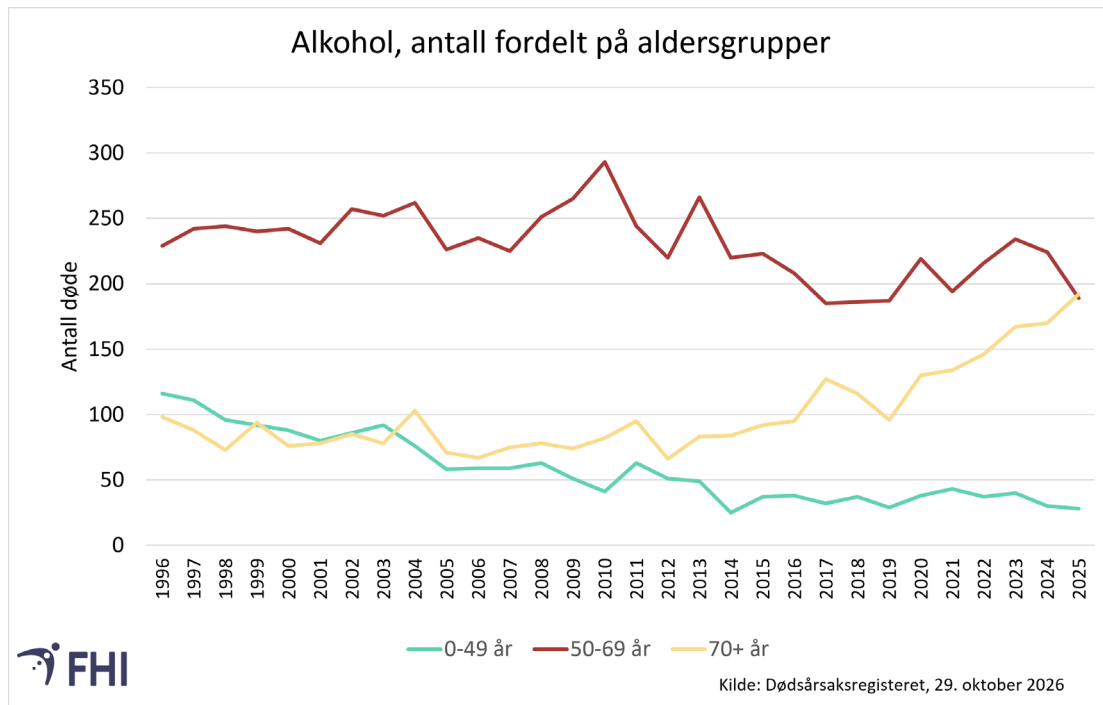
Figur 42a. Antall alkoholutløste dødsfall for menn og kvinner 1996-2025.



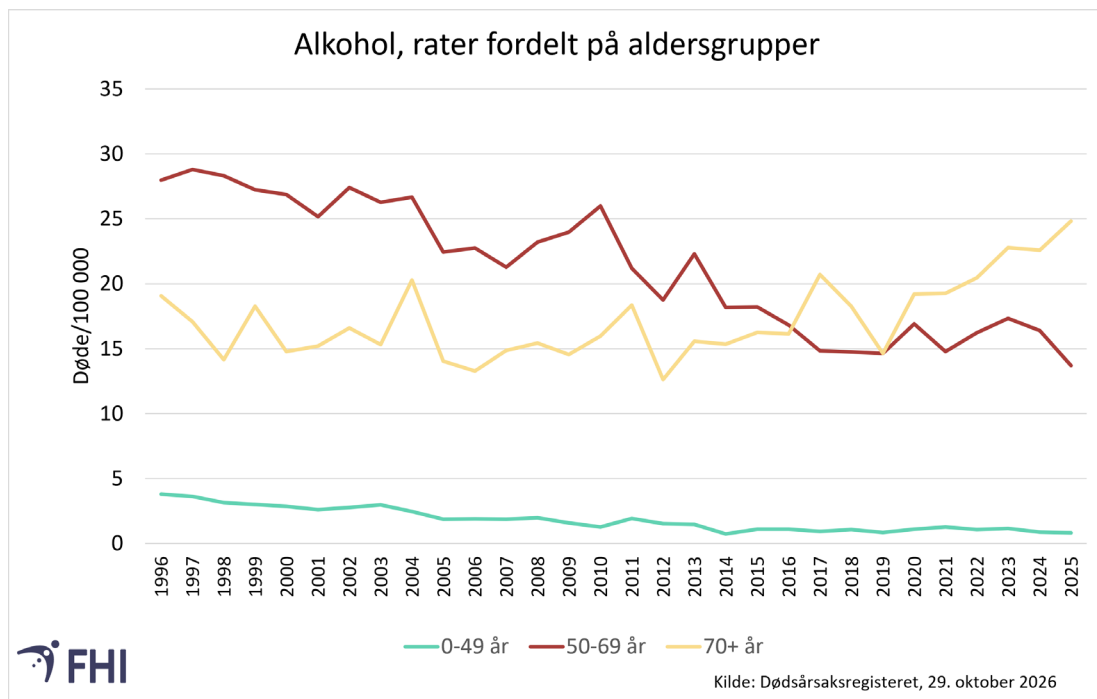
Figur 42b. Aldersstandardisert dødelighetsrate for alkoholutløste dødsfall for menn og kvinner 1996-2025.

Antall alkoholutløste dødsfall har for gruppen under 50 år sunket siden slutten av 1990-tallet frem til 2014 hvor man har det laveste antallet dødsfall – 78 prosent lavere enn i 1996. Dødelighetsraten har i samme periode sunket fra rundt 4 til 1 per 100 000. Deretter har raten ligget relativt stabilt. I 2025 er det registrert 28 dødsfall i denne aldersgruppen og en dødelighetsrate på 0,8 per 100 000.

Antall alkoholutløste dødsfall har frem til 2025 vært høyest i gruppen 50-69 år. Økningen har derimot vært størst i aldersgruppen 70+ år hvor antallet har steget jevnt siden 2012 (66) og fortsetter å stige i 2025 (192) (figur 43a). I 2025 har antallet akkurat passert gruppen 50-69 år (189). Dødelighetsraten for aldersgruppen 70+ år passerte dødelighetsraten for gruppen 50-69 år i 2016 hvoretter den har fortsatt å stige. I 2025 ligger den på 24,8 per 100 000 (figur 43b).



Figur 43a. Antall alkoholutløste dødsfall for forskjellige aldersgrupper 1996-2025.



Figur 43b. Dødelighetsrate for alkoholutløste dødsfall for forskjellige aldersgrupper 1996-2025.

Hovedparten av de alkoholutløste dødsfallene skyldes psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser som følge av alkohol og alkoholisk leversykdom, tilstander som ses ved langvarig alkoholoverforbruk (tabell 7).

Tabell 7. Antall dødsfall av alkoholutløste sykdommer, tilstander og skader i årene 2021-2025.

Dødsårsak	ICD-10 koder	2021	2022	2023	2024	2025
Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser som følge av alkohol	F10	133	140	160	176	165
Skade på nervesystemet som følge av alkohol	G31.2, G62.1, G72.1	5	6	7	14	11
Alkoholisk leversykdom	K70	175	199	209	183	192
Sykdom i bukspyttkjertelen som følge av alkohol	K85.2, K86.0	14	15	16	18	8
Forgiftningsulykker med alkohol	X45, Y15	34	36	45	28	30
Andre tilstander utløst av alkohol	I42.6, K29.2, Q86.0, E24.4, P04.3, X65	10	3	4	5	3

Flere tall for alkoholutløste dødsfall finnes på [FHI statistikk](#) (1).

5 Konklusjon

Dataene i Dødsårsaksregisteret utgjør med sin informasjon om dødsårsaker i hele Norges befolkning et viktig grunnlag for styring av helsetjenestene, og er et viktig bidrag til forskning. Dataene har generelt god kvalitet og dekningsgraden er høy. Tallene i denne rapporten er oppdatert 29. oktober 2026 og man antar at de er tilnærmet komplette, selv om små endringer kan tilkomme.

Kreft er fortsatt den hyppigste dødsårsaken. Dødelighetsraten for alle typer kreft samlet fortsetter å falle litt i 2025, men ligger på omtrent samme nivå som de siste to årene. For lungekreft og tykktarmskreft er dødelighetsratene de laveste som noen gang er registrert. Etter en lang periode med kraftig nedgang i dødeligheten av hjerte- og karsykdommer kan det se ut som den årlige nedgangen de siste fem årene er ved å flate noe ut. Dødelighetsraten er likevel i 2025 lavere enn noen gang. Dødeligheten av demens fortsetter å øke i takt med en aldrende befolkning, mens dødeligheten av lungesykdommer ligger på nivå med siste års registreringer.

I 2025 er det registrert 676 selvmord, 65 færre enn året før. Det er også i 2025 registrert noe færre narkotikarelaterte dødsfall (313) enn foregående år.

Referanser

1. FHI statistikk, Folkehelseinstituttet (tilgang: 26.10.2026); <https://statistikk.fhi.no/daar/>
2. Folkehelse rapporten, Folkehelseinstituttet (tilgang: 26.10.2026); <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/>
3. Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger, Dødsårsaksregisterforskriften (FOR-2001-12-21-1476) Lovdata (tilgang: 26.10.2026); <https://lovdata.no/forskrift/2001-12-21-1476>
4. Helsedata.no, Folkehelseinstituttet (tilgang: 26.10.2026); <https://helsedata.no/>
5. Skatteetaten, Slik vet du om du er registrert som bosatt i Folkeregisteret eller ikke (publisert: 05.05.2021); <https://skatteetaten.no/presse/nyhetsrommet/slik-vet-du-om-du-er-registrert-som-bosatt/>
6. Statistisk sentralbyrå (tilgang: 26.10.2026); <https://www.ssb.no/omssb/kvalitet-i-offisiell-statistikk/retningslinjer-for-europeisk-statistikk>
7. Europeisk kortliste for dødsårsaker (COD-SL-2012); <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/helseregistre/dar/europeisk-kortliste-for-dodsarsaker--norsk-utvidelse-2012.pdf>
8. World Health Organization (WHO) (publisert: 20.04.2020). International guidelines for certification and classification (coding) of covid-19 as cause of death. International Statistical Classification of Diseases; https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/icd/covid-19/guidelines-cause-of-death-covid-19-20200420-en.pdf?sfvrsn=35fdd864_2&download=true
9. Den europeiske unions narkotikabyrå (EUDA) (tilgang: 26.10.2026); https://www.euda.europa.eu/data/stats2026/methods/drd_en
10. Kreftregisteret, Folkehelseinstituttet. Cancer in Norway: Annual report 2025 (publisert: 06.05.2026); <https://www.fhi.no/publ/2026/cancer-in-norway-2025>
11. Kreftregisteret, Folkehelseinstituttet. Nasjonalt kvalitetsregister for lungekreft: Årsrapport 2025 (publisert: 06.05.2026); <https://www.fhi.no/publ/2026/nasjonalt-kvalitetsregister-for-lungekreft-arsrapport-2025>
12. Kreftregisteret, Folkehelseinstituttet. Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft: Årsrapport 2025 (publisert: 06.05.2026); <https://www.fhi.no/publ/2026/nasjonalt-kvalitetsregister-for-tykk--og-endetarmskreft-arsrapport-2025>
13. Kreftregisteret, Folkehelseinstituttet. Nasjonalt kvalitetsregister for hjerne- og ryggmargssvulster: Årsrapport 2025 (publisert: 06.05.2026); <https://www.fhi.no/publ/2026/kvalitetsregister-for-hjerne--og-ryggmargssvulster-arsrapport-2025/>

14. Kreftregisteret, Folkehelseinstituttet. Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft: Årsrapport 2025 (publisert: 05.08.2026); <https://www.fhi.no/publ/2026/nasjonalt-kvalitetsregister-for-gynekologisk-kreft-arsrapport-2025/>
15. Raknes G m. fl, Folkehelseinstituttet. (2020, 12. Desember). Demens som dødsårsak; <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/demens-som-dodsarsak/>
16. Fortun I m. fl., BMC Public Health, 03. august 2026 (online). The Impact of paper to electronic death records on garbage codes in the Norwegian Cause of Death Registry 2018-2023. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-026-28607-3>
17. Knudsen AKS m. fl, Folkehelseinstituttet (2024, 16. april). Dødeligheten i Norge under koronapandemien 2020-2023. <https://www.fhi.no/publ/2024/dodelighet-i-norge-under-koronapandemien-2020-2023/>
18. Himmels JPW, Borge TC, Brurberg KG, Gravningen KM. COVID-19: COVID-19 and risk factors for hospital admission, severe disease and death [Covid-19 og risikofaktorer for sykehusinnleggelse, alvorlig sykdom og død - en hurtigoversikt, fjerde oppdatering. Hurtigoversikt 2021] Oslo: Norwegian Institute of Public Health, 2021. ISBN 978-82-8406-207-5
19. Eng, HM et. al, Plos One (publisert: 02.12.2024). Introduction of Electronic Death Notification in Norway – Impact on Diabetes Mortality Registration; <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0311106>
20. Ellingsen m. fl. Injury death certificates without specification of the circumstances leading to the fatal injury - the Norwegian Cause of Death Registry 2005-2014. Popul Health Metr. 2018 Dec 24;16(1):20. doi: 10.1186/s12963-018-0176-2. PMID: 30583729; PMCID: PMC6304779.
21. Folkehelseinstituttet (publisert: april 2025). Utredning av hvordan mørketall ved selvmord kan reduseres; <https://www.fhi.no/contentassets/3f19fb203ad648e1a60854d0064f1fbf/rapport-fra-ekspertgruppe.pdf>

Vedlegg

Vedlegg 1 – Dekningsgradsrapport Dødsårsaksregisteret 2025

DÅR – Analyse av dekningsgrad 2025

Gunhild Forland Slungård
29. oktober 2026

Dette dokumentet sammenligner dødsfallene hvor det er meldt inn dødsårsak til Dødsårsaksregisteret (DÅR) via legeerklæring om dødsfall (dødsmelding) og alle dødsfall som er registrert i Folkeregisteret (FREG).

Fordi Folkeregisteret ikke lenger registrerer dødskommune, er det ikke mulig å fastslå om dødsfallet fant sted i utlandet eller i Norge for dødsfall der dødsmelding ikke er mottatt.

Oversikt

Bosatte:

	Bare FREG	DÅR	Sum	Dekningsgrad
2016	714	39937	40651	98,24
2017	756	39980	40736	98,14
2018	878	39953	40831	97,85
2019	1178	39428	40606	97,10
2020	1202	39406	40608	97,04
2021	745	41110	41855	98,22
2022	625	45226	45851	98,64
2023	608	43135	43743	98,61
2024	634	43585	44219	98,57
2025	575	44424	44999	98,72
Sum	7915	416184	424099	98,13

Dekningsgrad kjønn

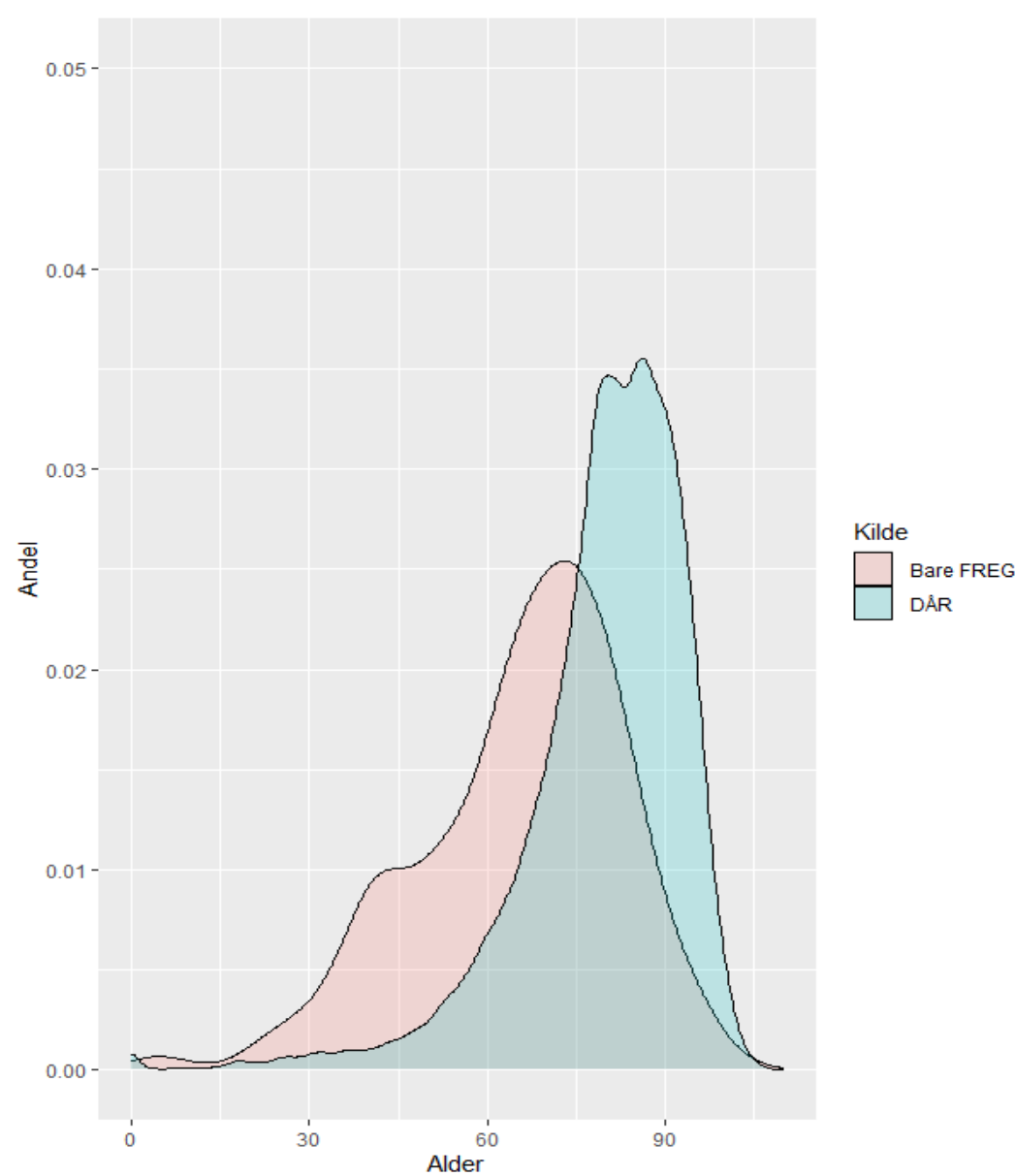
Dekningsgrad 2025, bosatte

	Bare FREG	DÅR	Sum	Dekningsgrad
Kvinner	170	22226	22396	99,24
Menn	405	22169	22574	98,21
Totalt	575	44395	44970	98,72

Aldersfordeling

Aldersfordeling 2025 blant bosatte, begge kjønn

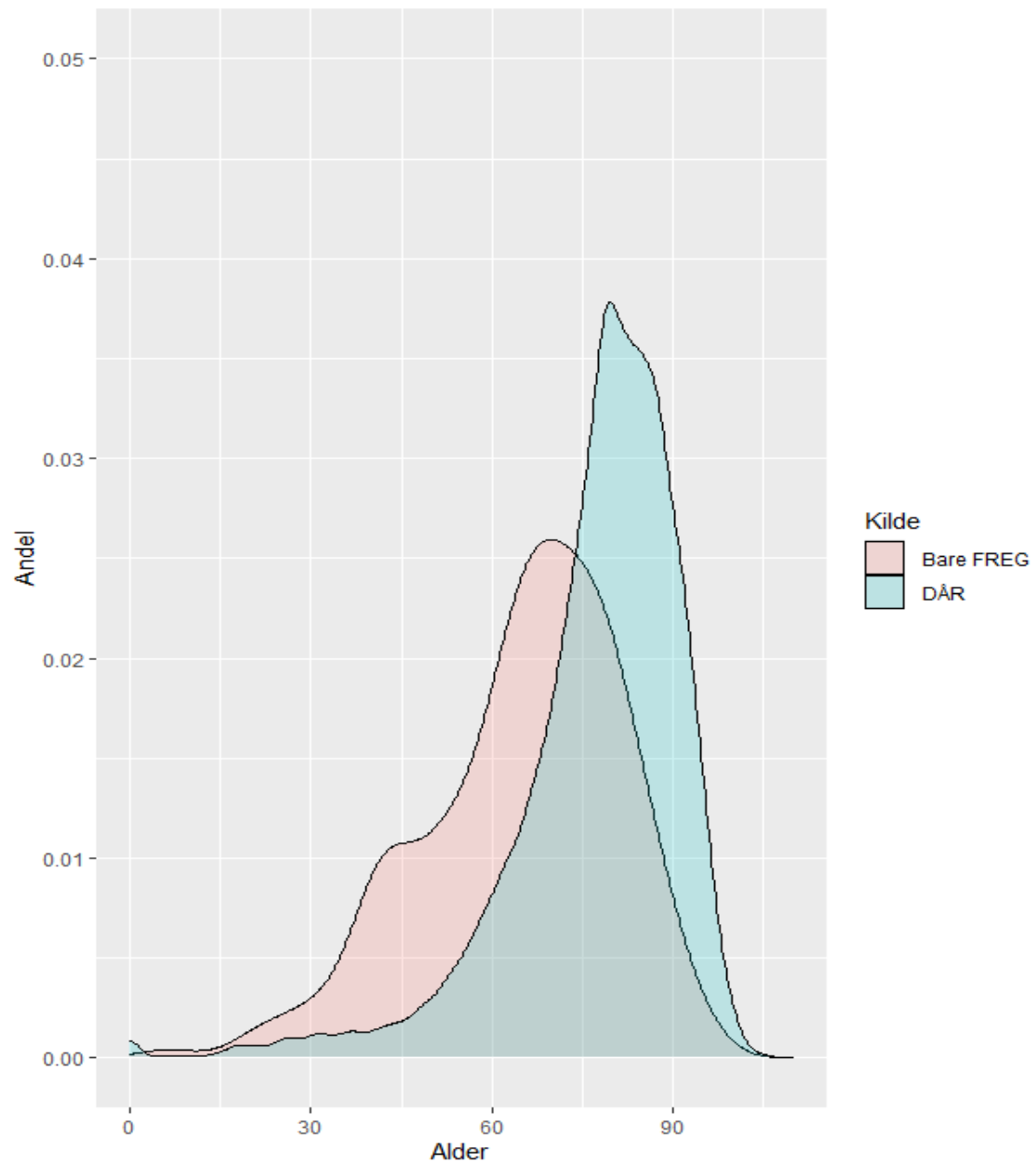
	Minimum	1. kvantil	Median	Gjennomsnitt	3. kvantil	Maksimum
FREG	1	55	69	65,45	78	104
DÅR	0	74	82	79,57	89	111



Menn

Aldersfordeling 2025, blant bosatte, menn

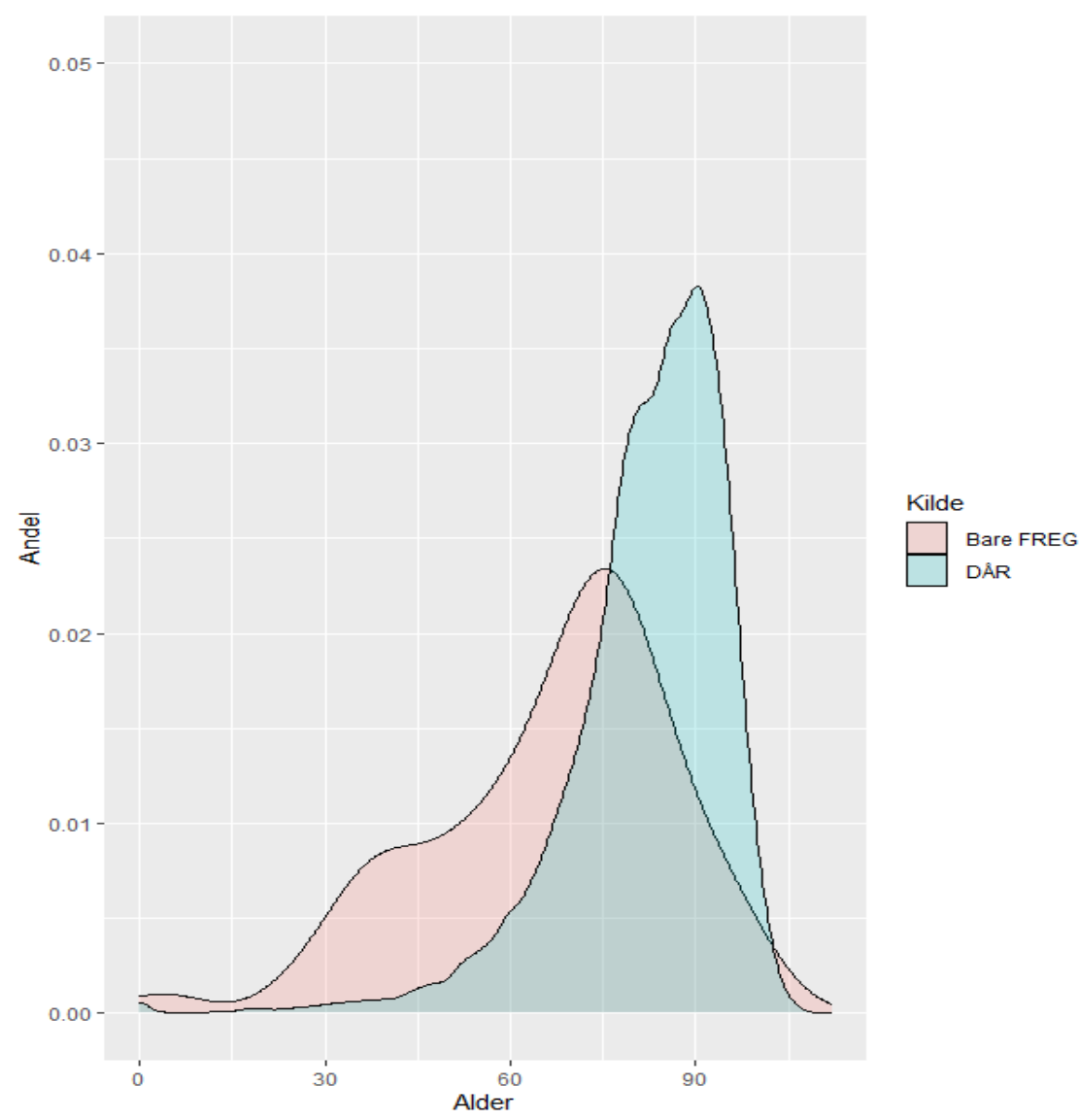
	Minimum	1. kvantil	Median	Gjennomsnitt	3. kvantil	Maksimum
FREG	4	55	68	64,95	77	97
DÅR	0	72	80	77,24	87	106



Kvinner

Aldersfordeling 2025, blant bosatte, kvinner

	Minimum	1. kvantil	Median	Gjennomsnitt	3. kvantil	Maksimum
FREG	1	54	71,5	66,64	81	104
DÅR	0	76	84	81,90	91	111



Utgitt av Folkehelseinstituttet
[Oktober 2026]
Postboks 222 Skøyen
NO-0213 Oslo
Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra www.fhi.no