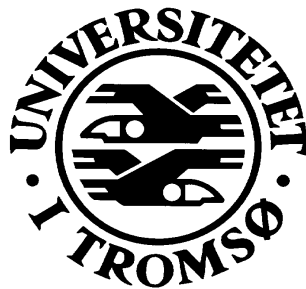


**”I hvilken grad kan sosiologiske faktorer forklare
ulikheter i selvmordsratene blant menn i Norges fylker?”**



Masteroppgave i folkehelsevitenskap

Anja Kolbu Moe & Linn Silje Kalberg

Institutt for samfunnsmedisin

Tromsø, mai 2012

Hovedveileder: Professor Odd-Ragnar Nilssen

Biveileder: Førsteamanuensis Tonje Braaten

FORORD

Denne masteroppgaven markerer slutten på et toårig studieopphold ved Universitetet i Tromsø. Vi ønsket å skrive om et tema som engasjerer oss, derfor har vi valgt å se nærmere på sosiologiske faktorer knyttet til selvmord blant menn i Norge.

Arbeidet med oppgaven har vært en utfordrende prosess, hvor tålmodighet vår har blitt satt på prøve. Vi har kjent på både frustrasjon og forvirring, men mest av alt har dette vært en spennende og lærerik periode. Vi har diskutert og vært uenige, i disse konfrontasjonene har vi begge måttet gi og ta. For nødvendig fremgang i arbeidet har vi forholdt oss til klare avtaler og tidsfrister underveis. Arbeidsmengden har blitt fordelt likt mellom oss, og oppgaven er dermed et resultat av et tett samarbeid fra begynnelse til slutt. Vi kan derfor si at denne masteroppgaven i folkehelsevitenskap er et felles produkt.

Vi vil gjerne rette en takk til hovedveileder Odd-Ragnar Nilssen for all hjelp og veiledning. Tonje Braaten, takk for din uvurderlige hjelp med det statistiske arbeidet. Takk til Elin Andresen og Liv Astrid Olaussen for korrekturlesing, vi setter stor pris på at dere tok dere tid til å hjelpe oss. Eli Wik Amundrød, du har vært en viktig støttespiller for oss, tusen takk. Til slutt ønsker vi å takke hverandre for et strålende samarbeid.

Tromsø, mai 2012

Anja Kolbu Moe & Linn Silje Kalberg

SAMMENDRAG

Bakgrunn:

Selv mord er et folkehelseproblem i Norge som årlig krever flere liv enn trafikkulykker. Det forekommer forskjeller mellom menns selvmordsrater i de ulike fylkene, videre er årsakene komplekse og mange. Oppgavens formål er å undersøke om sosiologiske faktorer kan være med å forklare fylkesvise ulikheter i forekomsten av selvmord.

Materiale og metode:

Dette er en økologisk studie med aggregerte data på fylkesnivå. Disse er hentet fra Statistisk sentralbyrå (SSB), Folkehelseinstituttet og Vinmonopolet. Poisson regresjonsanalyser har blitt utført i statistikkprogrammet Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Litteratur har blitt samlet inn fra ulike bibliotek og databaser.

Resultat:

De multiple analysene viser en signifikant positiv assosiasjon mellom uføre- og selvmordsrater. I følge våre funn vil én prosent økning av uføretrygdede medføre 5,8 % økning i selvmordsraten (95 % KI: 1,032-1,084). En slik assosiasjon ble også funnet mellom separasjons- og selvmordsrater. Ved én enhets økning av separasjoner vil selvmordsraten øke med 4,2 % (95 % KI: 1,016-1,069). De univariate analysene viser at andre sosiologiske faktorer, slik som sivilstand,

inntekt, utdanning, innleggelse i sykehus og straffbare handlinger også kan påvirke selvmordsratene. Konfunderende faktorer har blitt justert for.

Konklusjon:

Antall uføretrygdede og separasjoner i Norges fylker ser ut til å ha en innvirkning på selvmordsraten blant menn. Likevel kan ingen kausale sammenhenger trekkes på grunnlag av dette, funnene bør derfor studeres videre.

Nøkkelord: Selvmord, menn, Norges fylker, og sosiologiske faktorer.

ENGLISH SUMMARY

Background:

Suicide is a public health problem, which every year demands more lives than traffic accidents in Norway. There are differences in male suicide rates in the various counties of Norway, and the causes are many and complex. The purpose of this assignment is to investigate sociological factors, and if they have an influence on suicide rates among men in all the Norwegian counties.

Material and Methods:

This is an ecological study with aggregated data, obtained from Statistics Norway, The Norwegian Institute of Public Health and Vinmonopolet. Poisson regression has been performed in the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Literature has been collected from libraries and a number of databases.

Results:

In the multiple analyzes the results show a positive significant association between rates of disability pensioners and suicide rates. In accordance with our findings, one percentage change in disability pensioners will increase the suicide rate by 5,8 % (95 % CI: 1,032-1,084). The same positive association was observed between separation- and suicide rates. By one unit change in separations, the suicide rate will increase by 4,2 % (95 % CI: 1,016-1,069). The univariate analyzes show possible impact of other sociological factors on suicide rates. These were marital status, income, education, hospitalization and convicted crimes. Adjustment for

confounding factors has been done.

Conclusion:

The number of recipients of disability pensions, and the number of separations, seems to have an impact on suicide rates among men in the Norwegian counties. However, no causal relationships can be drawn from this. The findings should be investigated further.

Key words: Suicide, men, Norwegian counties, and sociological factors.

INNHOLDSFORTEGNELSE

1. 0 INNLEDNING.....	1
1.1 OPPBYGGING AV OPPGAVEN	1
1.2 BEGREPSAVKLARINGER	2
1.3 BAKGRUNN OG TEMA	3
1.4 PROBLEMSTILLING	4
1.4.1 Avgrensning av oppgaven	4
1.5 FAGLIG OG TEORETISK TILNÆRMING	4
1.5.1 Kjente risikofaktorer for selvmord	5
2.0 TEORIDEL.....	6
2.1 PREVALENS AV SELVMORD.....	6
2.2 SELVMORD I ET HISTORISK PERSPEKTIV	7
2.3 ÉMILE DURKHEIMS SELVMORDSTEORI.....	9
2.3.1 Kritikk av Durkheims teori.....	10
2.4 POTENSIELLE SOSIOLOGISKE RISIKOFAKTORER FOR SELVMORD.....	13
2.4.1 Litteraturgjennomgang.....	13
2.4.2 Arbeidsledige og uføretrygdede.....	14
2.4.3 Inntekt.....	15
2.4.4 Utdanning	16
2.4.5 Sivilstatus.....	17
2.4.6 Sykehusopphold	17
2.4.7 Alkohol.....	18
2.4.8 Straffede og lovbrudd	20
2.4.9 Innvandrere.....	20
3.0 MATERIALE & METODE	23
3.1 STATISTISK ARBEID	23
3.1.1 Datagrunnlag	23
3.1.2 Organisering av datamaterialet.....	24
3.1.3 Utvalgte variabler.....	24
3.1.4 Statistisk analyse.....	26
3.1.5 Korrelasjons- og sensitivetsanalyser og grafiske fremstillinger	27
3.1.6 Modellering	28
4.0 RESULTATER.....	29
4.1 DESKRIPTIVE RESULTATER.....	29
4.2 ANALYTISKE RESULTATER	34
5.0 DISKUSJON	37
5.1 VÅRE FUNN.....	37
5.2 HVORDAN KAN UFØRHET PÅVIRKE SELVMORDSRATEN?	38
5.2.1 Medisinske årsaker til uføretrygd.....	39
5.2.2 Sosiale faktorer som årsak til uføretrygd	40
5.2.3 Inntekt og utdanning som forklaringsmekanisme	43
5.2.4 Utestengelse fra arbeidslivet	44
5.2.5 Oppsummering	46

5.3 HVORDAN KAN SEPARASJONER PÅVIRKE SELVMORDSRATENE?	48
5.3.1 <i>Positive og negative sider ved samlivsbrudd</i>	50
5.3.2 <i>Familie og seleksjon</i>	53
2.3.3 <i>Oppsummering</i>	54
5.4 STYRKER OG SVAKHETER VED OPPGAVEN	55
6.0 AVSLUTNING	59
LITTERATURLISTE	63
VEDLEGG 1	74
TABELL A: DESKRIPTIV STATISTIKK (MINIMUM OG MAKSIMUM VERDIER).....	74

1. 0 INNLEDNING

Hvert år registreres i gjennomsnitt 530 selvmord i Norge, omlag 400 av disse er menn (1). Til sammenligning dør mellom 200 og 300 personer på norske veier hvert år (2). På grunnlag av dette kan selvmord sies å være et folkehelseproblem som berører individet som begår selvmord, dets pårørende, lokalsamfunnet og storsamfunnet. Denne oppgaven omhandler ulikheter i selvmordsrater blant menn i Norges fylker, og om sosiologiske faktorer kan være med å forklare disse. I arbeidet har vi valgt å støtte oss til Émile Durkheims selvmordsteori.

1.1 Oppbygging av oppgaven

Masteroppgaven starter med en redegjørelse av ulike sentrale begreper. Videre forklares bakgrunn og valg av tema. Etter dette følger problemstilling og avgrensning. Faglig og teoretisk tilnærming, samt kjente risikofaktorer for selvmord følger deretter. Videre blir et teoretisk bakteppe presentert, samt en introduksjon Émile Durkheims teori. Deretter gjøres det rede for litteraturgjennomgang og ulike sosiologiske faktorer for selvmord. I metodedelen beskrives databearbeiding og anvendt statistisk metode. Resultatene av våre statistiske analyser presenteres i resultatdelen. I diskusjonsdelen vil våre funn bli diskutert og sammenlignet med annen litteratur, her drøftes også styrker og svakheter. En avslutning runder av oppgaven.

1.2 Begrepsavklaringer

Selvord:

World Health Organization (WHO) definerer selvmord på følgende måte: *"Suicide is the act of deliberately killing oneself"* (3). Oversatt til norsk betyr dette at man bevisst tar sitt eget liv.

Durkheim definerer selvmord slik:

The term suicide is applied to all cases of death resulting directly or indirectly from a positive or negative act of the victim himself, which he knows will produce this result (4, s.xlii).

Oversatt til norsk lyder definisjonen:

Ordet selvmord brukes om alle dødsfall som, direkte eller indirekte, er resultat av en positiv eller negativ handling, utført av den avdøde, og som han visste ville føre til dette resultatet (5, s.12).

Sosiologi:

Sosiologi er vitenskapen om mennesker og samfunn (6). Denne definisjonen kan utdypes ved å si at sosiologi er studiet av mønstre, sammenhenger og prosesser i samfunnet (6). En sosiologisk tilnærming prøver å finne ut hvordan sammenhenger oppstår og fremkommer, som følge av menneskers valg av en bestemt type adferd eller på grunn av samfunnsmessige forhold (6). Dette innebærer en forståelse av at individuelle handlinger i hovedsak blir forklart av ytre påvirkning.

Sosiologien som fag blir uttrykt av Schiefloe (6) som følgende:

Sosiologien er opptatt av å forstå enkeltmenneskers atferd og situasjon, sett i forhold til de mellommenneskelige omgivelsene og det samfunnet de opptrer overfor og er en del av (6, s.11).

1.3 Bakgrunn og tema

Innen fagfeltet suicidologi (læren om selvmordsproblematikk) (5), eksisterer det en rekke tilnærminger for å forstå og forklare selvmord. Ulik faglig tilnærming bygger på forskjellig menneskesyn og forståelse av forholdet mellom individ og samfunn. Vår faglige bakgrunn er sykepleie, en disiplin hvor individet står i sentrum. Gjennom utdannelsen i folkehelsevitenskap har vi tilegnet oss mer kunnskap om forholdet mellom individ og samfunn. Derfor var det naturlig for oss at fokus i denne oppgaven ble flyttet fra det enkelte individ, til individer som populasjon.

Vår interesse for selvmordsproblematikk startet med kunnskap om unge samiske menn i Finnmark, som viste seg å ha høyere selvmordsrater enn unge menn ellers i landet. Etter å ha lest mer om temaet, syntes sosiologiske risikofaktorer å få mindre oppmerksomhet i dagens samfunn. Videre nysgjerrighet førte oss til en interesse for ulike sosiologiske risikofaktorer, og om disse kunne påvirke menns

selvmordsrater. Dermed vil selvmordets risikofaktorer i denne oppgaven bli belyst på et makronivå.

1.4 Problemstilling

Problemstillingen vi har arbeidet ut i fra er:

”I hvilken grad kan sosiologiske faktorer forklare ulikheter i selvmordsratene blant menn i Norges fylker?”

1.4.1 Avgrensning av oppgaven

Oppgaven er avgrenset til å omfatte potensielle sosiologiske risikofaktorer for gjennomførte selvmord blant menn i alle Norges fylker i tidsrommet 2007-2010.

1.5 Faglig og teoretisk tilnærming

Allerede på midten av 1800-tallet påpekte den norske sosiologen Eilert Sundt at sosiale forhold var av vesentlig betydning for utløsning av selvmord (5). Émile Durkheim, som vi senere kommer tilbake til, hevdet at selvmord var betinget av samfunnsforhold (7). Derfor har vi valgt å bruke Durkheims teori som en teoretisk referanseramme i oppgaven. Vi mener at hans teori representerer en hensiktsmessig innfallsvinkel, både fordi dette er en masteroppgave i folkehelsevitenskap, og fordi oppgaven omhandler sosiologiske samfunnsforhold.

1.5.1 Kjente risikofaktorer for selvmord

Selvmord har en multifaktoriell etiologi, med komplekse interaksjoner mellom nevrologiske, psykologiske, kulturelle og sosiale faktorer (8). Disse faktorene har ulik innvirkning på individet, og en årsak alene har verken blitt påvist som nødvendig eller tilstrekkelig (9). Psykiske lidelser, samt alkohol- og rusmisbruk er to faktorer som ser ut til å påvirke selvmordstilbøyeligheten (10). Øvrige faktorer som kan nevnes er ulike negative livshendelser som fysisk, psykisk eller seksuelt misbruk, tap av arbeid, eller sosial posisjon (1). Selvmordsrisikoen ser også ut til å øke ved visse kroppslige lidelser, som for eksempel ved nevrologiske sykdommer og kroniske smertetilstander (1). Dødsfall i nær familie og vennekrets, samlivsbrudd, samt tidligere selvmordsforsøk kan også være risikofaktorer for selvmord (1, 5). Håkonsen (11) påpeker at belastende livshendelser kan være medvirkende faktorer til selvmord, avsløring av straffbare handlinger eller utroskap kan være eksempler på dette. Forekomsten av selvmord viser seg også å variere mellom ulike aldersgrupper. Blant menn er tallene høyest hos yngre og eldre (12). Videre kan det se ut til at selvmord blant menn oftere har årsak i mislykkethet i møte med normative krav til vellykkethet og suksess i arbeid (11). Mens det hos kvinner kan se ut til at det å mislykkes i sosiale relasjoner og kjærlighetsforhold kan ligge til grunn for selvmord (11).

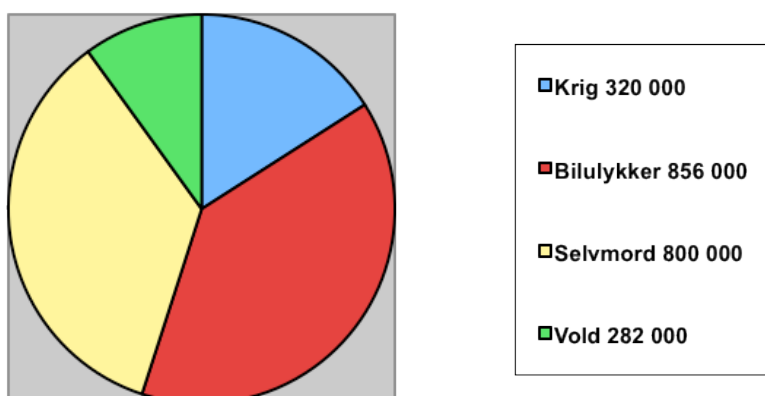
2.0 TEORIDEL

I dette kapitlet beskrives prevalensen av selvmord. Deretter forklares fenomenet i et historisk perspektiv, før det gjøres rede for Émile Durkheims selvmordsteori. Kapitlet avsluttes med en teorigjennomgang av potensielle sosiologiske risikofaktorer for selvmord.

2.1 Prevalens av selvmord

På verdensbasis dør nesten 1 million mennesker årlig av selvmord, det vil si en person hvert 40 sekund (13). Selvmord har økt globalt med 60 % de siste 45 årene (13). I følge WHO (14) vil selvmordsraten på verdensbasis stige til 1,53 millioner innen 2020. Disse tallene kan være underestimert grunnet store mørketall i selvmordsstatistikken (5). Det antas at 10-25 % av selvmordene ikke rapporteres, eller skjuler seg under annen statistikk (5). Selvmord er en viktig dødsårsak på verdensbasis, da flere dør av selvmord enn av krig og vold. Dette tydeliggjøres i figur nummer 1.

Figur 1. Diagrammet viser fordeling av noen årsaker til dødsfall på verdensbasis (5, s.10).



I Norge ble det i 2010 registrert 383 selvmord blant menn og 164 blant kvinner. Dette tilsvarer om lag 15 selvmord per 100 000 menn og 6 per 100 000 kvinner (1). Menn ser dermed ut til å begå selvmord omlag tre ganger så ofte som kvinner. En av grunnene til at selvmordstallene er høyere blant menn, er at de ofte velger selvmordsmetoder som medfører en raskere død (11). Skyting, henging og hopp fra høye bygninger er eksempler på slike metoder, der muligheten for å overleve er mindre (11).

2.2 Selvmord i et historisk perspektiv

I ulike religiøse skrifter beskrives selvmord fra langt tilbake i tid, og beviser at fenomenet har vært tilstede i årtusener (15). Samfunnets holdninger og reaksjoner til selvmord har derimot vært i endring. Selvmord ble tidligere ansett som en plikt som var tillatt og akseptabel (10). Dette synet endret seg etter hvert til at selvmord ble oppfattet som noe ulovlig og straffbart (10). I den senere tid har

samfunnets syn på mennesker som velger å begå selvmord dreiet seg mot at dette er mennesker i nød med et stort behov for hjelp (10).

Selvmord har igjennom historien blitt praktisert i ulike kulturer. Afrikanerne tok livet sitt for å slippe å bli slaver, indianerne i Nord Amerika gjorde det samme for å slippe å leve i reservater (10). I noen asiatiske kulturer ble selvmord akseptert og betraktet som noe positivt, at kvinner for eksempel valgte å følge sine menn i døden var ikke uvanlig (10). I Kina var selvmord vanlig om man hadde lidd nederlag, opplevde økonomisk krise eller havnet i vanære (10). Islamske kulturer har derimot alltid fordømt selvmord (10).

Når det gjelder synet på selvmord i Norge, kan vi se et skille mellom før og etter kristendommen. I førkristen tid regjerte en aksept for mennesker som valgte å begå selvmord for å unnsnippe alvorlig sykdom eller vanære (5). Det hersket forståelse for at trelle fulgte herren sin til graven, og at enker tok livet sitt for å følge sine menn i døden (5). Etter at kristendommen kom til landet, ble de som begikk selvmord ikke berettiget en kirkelig begravelse (5). Unntak ble gjort om selvmordet var en konsekvens av sykdom, eller om personen hadde rukket å skrifte for presten (5). Selvmord i Norge var i lang tid sett på som en forbrytelse (5). Lovgivningen ble imidlertid innskrenket til kun å gjelde medvirkning til selvmord på tidlig 1900-tallet (5, 16).

2.3 Émile Durkheims selvmordsteori

Émile Durkheim fremstiller i sitt verk "Le Suicide" (1897) selvmordet som et resultat av graden av integrasjon og normløshet i samfunnet (7). Hans teori er basert på ubalanse i to sosiale krefter; sosial og moralsk integrasjon (17). For å underbygge sine teorier, studerte Durkheim fenomenet selvmord ved hjelp av datainnsamling og statistiske analysemetoder anvendt i naturvitenskapen.

I Durkheims forstand har integrasjon to betydninger. Sosial integrasjon sier noe om hvor sterkt knyttet og inkludert individet er i samfunnet, gjennom sosial tilhørighet og samhørighet. Det andre er moralsk integrasjon, som omhandler graden av felles normer og moralske forpliktelser både i mindre samfunnsgrupper og storsamfunnet (5). Videre mente han at integrasjon måtte sees i forhold til forskjellige livssfærer, hovedsakelig familie, religion, arbeidslag, politiske grupperinger og storsamfunnet (18).

Durkheim delte årsakene til at mennesker begår selvmord i fire forskjellige kategorier: egoistisk, altruistisk, anomisk og fatalistisk (7). De to førstnevnte, er i følge Durkheim knyttet til graden av integrasjon av individet i samfunnet (7). De to sistnevnte er knyttet til samfunnets normregulering (7).

Det **egoistiske** selvmordet beskrives som manglende integrering i sosiale grupper i samfunnet (7). Dette begrunner Durkheim med at samfunnet kan skape forhold som gir individet opplevelsen av fremmedgjøring, og en manglende følelse av tilhørighet (7). Durkheim viste blant annet til at ugifte menn oftere begikk

selvmord enn gifte, og barnløse kvinner hyppigere enn de med barn. Motsatt, kan overdreven integrasjon gi en følelse av verdiløshet i forhold til mengden. Dette ble av Durkheim kalt det **altruistiske** selvmordet (18).

Durkheim hevder at det **anomiske** selvmordet oppstår i samfunn med for svak normregulering. Dette kan være et resultat av sterke samfunnsendringer som rokker ved samfunnets struktur og normer (7). Samfunn preget av normløshet fører til uforutsigbarhet, som er uheldig for individet, i følge Durkheim. Det **fatalistiske** selvmordet kan sees på som en motpol til det anomiske. Det kan forekomme i samfunn med for sterk normregulering, og med for mye kontroll fra samfunnets side (7).

I følge Durkheim blir individet sett på som en del av samfunnssystemet. Når dette systemet er i ubalanse, reflekteres samme ubalanse i enkeltdelene, og individets selvmordstilbøyelighet øker (18). Essensen i Durkheims budskap er at det må være en balanse mellom individet og kollektivet (18). I nyere tid har sosial integrasjon også blitt omtalt som sosial kapital (19). Sosiale nettverk er av viktig verdi, både for individet og samfunnet i begge disse begrepene (19).

2.3.1 Kritikk av Durkheims teori

Det er over 100 år siden Durkheim presenterte sine selvmordshypoteser. De demonstrerte høyere selvmordsrater i populasjoner med mindre tilhørighet blant individene, og mindre tilknytning til samfunnet (20). Durkheims teorier blir referert til den dag i dag, særlig det anomiske og egoistiske selvmordet. Mindre

oppmerksomhet har derimot blitt rettet mot det fatalistiske og altruistiske selvmordet. Disse to typene av selvmord fikk også mindre oppmerksomhet av Durkheim selv. Videre eksisterer det kontrovers rundt det anomiske og egoistiske selvmordet. Johnson (21) hevder at disse to selvmordstypene er to ulike navn for samme ting. Durkheim erkjente at de var tett relatert, og at samme årsak kunne medføre begge deler, men hevdet videre at de likevel kunne separeres. Hassan (22) kritiserer Durkheim for at hans konsepter er vagt beskrevet i "Le Suicide", og at en konsis og teoretisk definisjon av de ulike selvmordstypene mangler.

I følge lest litteratur, er Durkheims teorier vedrørende det anomiske og egoistiske selvmordet blitt undersøkt flere ganger i sosiologiske studier av selvmord. Selv om hans arbeid har mottatt mye støtte i det 20. århundre, har den senere kritikken bestått av at teoriene hans muligens ikke har blitt testet tilstrekkelig. Dette fordi undersøkelsene som har blitt gjennomført etter Durkheims tid, har utelatt psykologiske variabler. Fernquist (23) mener at inkludering av for eksempel depresjon ville ha forbedret Durkheims teori. Teorien hans har blitt kritisert for å være oversosiologisert og ensporet (24). Dette er begrunnet med at han ikke tok hensyn til de psykologiske årsaksfaktorene til selvmord, som kan opptre uavhengig av de sosiale forholdene (24).

Det finnes ytterligere innvendinger mot Durkheims selvmordshypoteser, og de slutningene han dro fra sitt datamateriale. Det har særlig blitt reist kritikk mot at hans argumentasjon var for avgrenset, at hans teoretiske resonnement ikke var holdbart, samt at hans data var lite pålitelige (24).

Skog (25) har kritisert Durkheim for ikke å ha implementert alkoholmisbruk i selvmordsteorien. Videre hevder han at dette er noe overraskende av Durkheim, da alkoholmisbruk kunne ha blitt sett på i lys av svekket integrasjon og normregulering. For Durkheim tilhørte alkoholisme den psykiatriske kategorien, og derav at alkoholisme var en variabel på individnivå (25).

Douglas i Larsen (24) hevder at det teoretiske resonnementet Durkheim benyttet ikke var holdbart, og at hans observasjoner trolig kunne forklares bedre av andre teorier. Videre mener han at når en ønsker å forklare variasjonene i selvmordsraten mellom ulike samfunn bør en ta utgangspunkt i hvilke grad selvmord blir moralsk akseptert eller ikke.

Durkheims anvendte data har også blitt kritisert, da det er hevdet at de ikke var tilknyttet hans selvmordsdefinisjon (20). Hans analyser var basert på offisiell selvmordsstatistikk, som var samlet uten hensyn til hans presise definisjon av selvmord (20). I tillegg varierer selvmordsdefinisjonen fra land til land, og en kan gå ut i fra at det derav finnes store variasjoner i selvmordsregistreringen (24). Måling av variablene som Durkheims analyser inneholdt har også vært tema for kritikk (24).

Selv om teorien til Durkheim har vært gjenstand for kritikk fra flere hold, står teorien hans fortsatt sentralt i selvmordslæren (18). Han ga selvmordet et nytt perspektiv, og en ny måte å forstå dette fenomenet på (22). Videre danner hans teori et grunnlag for å forstå selvmord som et sosialt fenomen. Mange av hans

ideer og teorier har blitt en del av den vitenskapelige diskursen i moderne sosiologi (22).

2.4 Potensielle sosiologiske risikofaktorer for selvmord

2.4.1 Litteraturgjennomgang

I forbindelse med innsamling av litteratur har vi anvendt bibliotek ved Universitetet i Tromsø, samt bestilt litteratur fra andre bibliotek. Litteratursøk ble gjort i databasene: Medline, PubMed, Cochrane Library, CINAHL, Sociological Abstracts, PsycINFO, BIBSYS, Helsebiblioteket, Idunn, Norart, Tidsskrift for Den norske legeforening og Tidsskrift for Norsk Psykologiforening.

Søkeordene som er benyttet både alene, kombinert, på norsk og engelsk er: *suicide, behaviour, completed, men, risk, factors, determinants, socioeconomic, sociological, cultural, economic, environmental, income, unemployment, employment, status, disabled, pensioners, recipients of disability benefit, socioeconomic factors, alcohol, immigrants, offenders, prison, crime, hospitalization, education, marital status, occupation, depression, mental illness, psychiatric disorders* og *Émile Durkheim*. Litteraturlistene til relevant litteratur har blitt gjennomgått for å finne flere aktuelle referanser. Mye tid er benyttet for å finne primærkilder.

I arbeidet med oppgaven har vi valgt variabler som samsvarer med lest litteratur og som vi vurderte som relevante. Etter gjennomgang av litteratur identifiserte vi 16 sosiologiske variabler, for å se om disse kunne påvirke selvmordsratene.

Utvalgte variabler er: arbeidsledige, uføretrygdede, høyt og lavt inntektsnivå, kort og lang utdanning, sivilstatus (gifte, ugifte, separerte, skilte, enkemenn), innleggelse i psykiatrisk sykehus, alkohol, straffede, lovbrudd og innvandrere.

2.4.2 Arbeidsledige og uføretrygdede

Heterogen litteratur eksisterer rundt assosiasjonen mellom arbeidsledighet og selvmord. Majoriteten peker på arbeidsledighet som en viktig risikofaktor (26-33). Å være uten jobb er mer enn å være uten inntekt, da arbeid er et av hovedbåndene mellom individet og samfunnet (33). Det sosiale liv, ens identitet, og selvtillit kan svekkes ved fravær av arbeid, samt indusere stress og trigge mentale helseproblemer (32).

En studie fra New Zealand med over to millioner deltagere, fant en dobbel til tredobbel økt risiko for selvmord blant arbeidsledige menn (30). Imidlertid konkluderer forfatterne at halvparten av denne assosiasjonen kunne tilskrives konfundering med psykiske lidelser (30). Flere andre studier viser også at selvmordstilbøyeligheten er sterkest blant arbeidsledige menn (26-33). Dette funnet er imidlertid ikke konsistent. Barstad (19) rapporterer om en negativ assosiasjon mellom menns selvmordsrate og arbeidsledighet. Dette er i samsvar med studier utført av Neumayer (34) og Andrés (34). Kposowa (31) hevder at selvmordsrisikoen for menn var høyest kun de tre første årene etter status som arbeidsledig.

Selvordsrisikoen er også høyere blant mennesker som mottar uføretrygd sammenlignet med den generelle befolkningen (26, 35, 36). Åhs og Westerling (37) har undersøkt dødelighet for flere grupper som av ulike årsaker står utenfor arbeidsmarkedet i Sverige. Resultatene viser at risikoen for å begå selvmord var høyere for midlertidig uføre enn for yrkesaktive. I følge Karlsson (36) var risikoen enda høyere om vedkommende var mann og i tillegg hadde en psykisk lidelse. Hos nylig innlagte pasienter viste det seg at blant annet det å være uføretrygdet, virket beskyttende mot selvmord (35). Grunnen til dette kan være at mennesker i arbeid har et kortere sykehusopphold (35). Samt at de i en kortere tidsperiode er fjernet fra tilgjengelige midler for å gjennomføre et selvmord (35). Blant mennesker som aldri har vært innlagt for alvorlig psykisk lidelse, innebar det å være uføretrygdet en økt risiko for selvmord, sammenlignet med de som var i fullt arbeid (35). En svensk studie påviste at svekket helsestatus oftere var tilstede blant de som gjennomførte selvmord, enn blant kontrollgruppen (38). Samme studie fant at de som hadde begått selvmord hyppigere rapporterte om langtidssykdom og svekket helsestatus eller arbeidskapasitet.

2.4.3 Inntekt

Helliwell (32) og Kposowa (25) konkluderer med at selvmordsratene blant menn faller ved økning i inntekt per innbygger. Det samme ble funnet i et systematisk sammendrag fra Danmark, som viste økt risiko for selvmord blant menn i laveste inntektskvartil (20). Hamermesh og Soss utviklet den første økonomiske modellen hvor selvmord ble hevdet motivert av økonomisk nød (33). Modellen viser at økt alder og arbeidsledighet, samt lav livstidsinntekt øker tilbøyeligheten for selvmord (33). Neumayer (34, 35) fant at inntekt opp til et visst nivå, var negativt assosiert

med selvmord. Denne terskelen er beregnet til å være rundt 30 700 amerikanske dollar (34). Ved dette inntektsnivået snudde trenden seg, og selvmordstilbøyeligheten begynte å stige. En studie fra 15 Europeiske land over en tidsperiode på 18 år, viste derimot ingen signifikant assosiasjon mellom brutto nasjonal produkt (BNP) per innbygger og selvmordsrater (36). Dette støttes av Stack (29), hvor funnene viser i stor grad et inverst forhold mellom sosioøkonomisk status og selvmord.

2.4.4 Utdanning

Motstridende forskningsresultater regjerer når det gjelder utdanningsnivå som risikofaktor for selvmord. Det å være mann og ha lav sosioøkonomisk status blir assosiert med høyere risiko i flere studier (39-41). Lorant et al. (41) har sammenlignet ulike grupper menn, og funnene viser at selvmordsrisikoen er signifikant høyere i den gruppen med lavest utdannede. Det er også påvist økt selvmordsrisiko blant de som hadde forventet å skaffe seg høyere utdanning, men mislyktes i dette (42). Når det gjelder de som erfarte at deres høyere utdanning ikke "betalte" seg slik den burde, fant man også økt risiko for selvmord (42).

Flere studier finner derimot ingen assosiasjon mellom sosioøkonomisk status og selvmord (26, 31, 38, 43, 44). Allik og Realo i Mäkinen (45) hevder at selvmordsratene er høyere blant mennesker som bor i urbaniserte områder med høyere inntekt og utdanning enn befolkningen forøvrig. For eksempel påviste Lindeman et al. (46) en overhyppighet av stressproblemer, depresjon og selvmord blant leger. Funnene viser at leger har omtrent dobbelt så høy selvmordsrate, enn

gjennomsnittsbefolkningen (46). Annet helsepersonell, som tannleger, farmasøyter og sykepleiere har også vist seg å ha en høyere selvmordsrisiko (5).

2.4.5 Sivilstatus

Selvordshyppigheten viser seg å være lavere blant gifte enn ugifte (5). Tall fra USA viser at selvmordsrisikoen er dobbelt så høy blant ugifte menn sammenlignet med gifte (5). Flere studier bekrefter også en sammenheng mellom separasjon og suicidalitet (47-49).

Det finnes også en positiv signifikant assosiasjon mellom det å være enslig og risiko for selvmord (50). I følge Worchel og Gearing (47) er tap som følge av separasjon assosiert med økt selvmordsfare. I Norge har skilte og separerte vist seg å ha tre til fem ganger så høy selvmordsrisiko som gifte (5). Skilsmisse som risikofaktor til selvmord ser ut til å ha dobbel så stor innvirkning på menn, som på kvinner (27). Samt at ekteskapet i seg selv viser seg å være en beskyttende faktor mot selvmord blant menn (51). Smith et al. (52) fant at enkemenn hadde høyere selvmordsrater enn menn med annen sivilstatus (gift, aldri gift eller skilt), imidlertid viste det seg at ratene sank med alder. På den andre siden har en annen studie påvist at skilsmisse ikke påvirker selvmordsratene blant menn (19). Omsorg for barn har i tillegg vist seg å være en beskyttende faktor for selvmord (5).

2.4.6 Sykehusopphold

Innleggelse i psykiatrisk sykehus har vist seg å øke risikoen for selvmord (26). Selvmordsrisikoen fortsetter å være stor i tiden rett etter utskrivelsen (26). En

sykdomshistorie som inkluderer en form for behandling av psykisk sykdom, kan være en risikofaktor for selvmord (47). Eksempler på dette kan være behandling i akuttmottak, medikamentell behandling, eller sykehusinnleggelse (47).

Økt risiko for selvmord etter utskrivelse fra psykiatrisk sykehus er også veldokumentert (53). Blant utskrevne pasienter fra psykiatrisk sykehus, ble fem prosent av alle selvmord begått den første uken etter utskrivelse, mens 20 prosent av selvmordene ble begått innen ett år etter utskrivelse. Large et al. (53) har prøvd å identifisere risikofaktorer som er assosiert med selvmord i perioden etter utskrivelse. Det finnes i følge han få kontrollerte studier, som har undersøkt risikofaktorene for selvmord blant utskrevne pasienter fra psykiatrisk sykehus. Derfor antas det at klinikere som regel bruker generelle kjente risikofaktorer for selvmord i vurdering av selvmordsrisiko (55). Kun to av disse risikofaktorene; menn og depresjon, ble funnet å være risikofaktorer for nylig utskrevne pasienter fra psykiatrisk sykehus (55).

Konklusjonen fra Large et al. (55) påpeker at kategorisering av pasienter i lav- og høyrisikogrupper ved utskrivelse virker mot sin hensikt. Dette fordi kun 3 % prosent av pasientene kategorisert i høyrisikogruppen, var forventet å begå selvmord innen det første året etter utskrivelse. Mens hele 60 % av pasientene kategorisert i lavrisikogruppen var forventet å begå selvmord (53).

2.4.7 Alkohol

Alkoholmisbruk kan bidra til impulsive handlinger og emosjonelle svingninger, og dette kan være med å øke risikoen for selvmord (54). Alkoholmisbruk kan også

lede til nedsatt selvfølelse som følge av nedturer i sosiale settinger og relasjoner (54). Resultatet kan være isolasjon og fravær av støtte, som igjen øker risikoen for selvmord (54).

Duffy (55) påstår at omlag 15 prosent av alkoholmisbrukere vil gjennomføre selvmord. Appleby et al. i (55) påviste at 33 % av de under 35 år som begikk selvmord, var diagnostisert med alkohol- eller stoffmisbruk (55). I følge Sosial- og helsedepartementet i Norge, syntes alkoholbruk å påvirke forekomsten av selvmord (56). I deres gjennomgang av norske studier fra 1970- tallet, viste alkohol seg å være påvist hos omlag halvparten av de som begikk selvmord (56). I forbindelse med direkte virkninger av akutt rus, synes forekomsten av selvmord å bli påvirket av alkoholbruk (56). Dette betyr ikke nødvendigvis at alkoholbruken alene er årsaken til selvmordet, men at alkoholinntaket gjør det mulig å gjennomføre selvmordet (59). Videre er det også sannsynlig at langvarig alkoholmisbruk kan både bryte ned helse og livsgnist (56).

I litteratursammendraget til Cherpitel et al. (57) ble det påvist at i gjennomsnitt 37 % av de som gjennomførte selvmord, hadde hatt et akutt alkoholinntak i forkant av hendelsen. Alkoholbruk har også en sammenheng med hvilken selvmordsmetode man velger. De som er påvirket av alkohol ser ut til å velge mer voldsomme metoder (57). På den andre siden har Vijayakumar (58) påvist at alkoholinntak før selvmordsforsøket gjennomføres, kan bidra til å redusere risikoen for død. Dette på grunn av at alkoholinntaket oftere kan resultere i dårligere planlegging (58).

2.4.8 Straffede og lovbrudd

Høyere selvmordsrater blant kriminelle og fengslede blir begrunnet i litteraturen med høy forekomst av; isolasjon, depresjon, angst, manier og psykoser (5, 59). Den sterkeste assosiasjonen mellom innsatte og selvmord viste seg å være nylige selvmordstanker, isolasjon, tidligere selvmordsforsøk, psykisk sykdom, samt det å sitte varetektsfengslet (60).

En nederlandsk studie konkluderte med at selvmordsrisikoen var størst de første timene, dagene og ukene etter arrestasjonen (61). Blant innsatte er noen grupper mennesker mer utsatt for selvmordsrisiko. Dette gjelder blant annet alkohol- eller stoffmisbrukere og innvandrere (61).

Flere studier påpeker at kontakt med rettsvesenet er en risikofaktor for selvmord (47, 55). Webb et al. (62) undersøkte i over tre tiår selvmordsrisikoen for mennesker som hadde vært i kontakt med strafferettssystemet i Danmark (62). Funnene viste at mer enn en tredel av alle menn som begikk selvmord, hadde en strafferettslig historie. Høyere risiko kunne ikke tilskrives konfunderende faktorer (62). Videre viste studien forhøyet risiko blant de som nylig hadde hatt kontakt/ gjentatt kontakt med rettsvesenet, samt blant de som hadde en historie av voldelige lovovertridelser.

2.4.9 Innvandrere

Flere studier konkluderer med at innvandrere har økt risiko for selvmord (63-65). En forklarende faktor kan ifølge Kposowa (66) være akkulturativt stress.

Arbeidsledighet og dårlig sosial integrering kan også bidra til høyere risiko for selvmord blant innvandrere (67). Innvandrere har også ofte høyere selvmordsrate sammenliknet med innfødte i deres nye hjemland (5, 68).

Innvandrere i Norge rapporterer oftere om nervøsitet, indre uro, redsel, engstelse, håpløshet med tanke på framtiden, nedtrykkhet, tungsinn, bekymring eller uro, enn den norske befolkningen forøvrig (69). Innvandrere og deres norskfødte barn har tre ganger høyere forekomst av psykiske lidelser enn den øvrige befolkningen (69). Bakgrunnen for vanskene kan ha sammenheng med en historie som innebærer krenkelse, undertrykkelse, seksuelle overgrep, tortur, terror, vold frykt, fengsling, krigshandlinger og store tap (70). Evnen til å takle psykiske vansker ser ut til å være knyttet til historie og sosiale nettverk (71). Videre er bånd mellom innvandrere og deres opprinnelig sosiale system (relasjoner til slektninger, venner, kollegaer og naboer) ofte brutt (72). Når man i tillegg befinner seg i et fremmed land, med lite kjennskap til språk og kultur, er kjente strategier for å takle påkjenninger redusert (71). Til slutt kan språklige og kulturelle barrierer medføre vanskeligheter med å ta kontakt eller formidle problemer knyttet til psykiske lidelser. Dette kan igjen føre til at innvandrere ikke får den hjelpen de trenger (73).

Andregenerasjons innvandrere har høyere sannsynlighet for selvmord sammenliknet med innvandrere av første generasjon (74). De kan oppleve å havne midt i mellom to kulturer, noe som kan føre til forvirring og frustrasjon i forhold til egen identitet og ståsted (5). Global migrasjon er økende, og mentale problemer blant innvandrerne øker i takt med dette, spesielt selvskading og selvmord (75).

Motsatt viser andre studier at innvandrere har lavere selvmordsrater enn de innfødte (76-78). Noen viser til at innvandrere har lavere selvmordsrater fordi deres selvmordsmønster er mer likt opprinnelseslandet (74, 79). Dette kan for eksempel gjelde immigranter som tilhører religioner hvor selvmord blir fordømt (10).

3.0 MATERIALE & METODE

I det kommende kapittelet beskrives databearbeiding og anvendt statistisk metode.

3.1 Statistisk arbeid

Dette er en økologisk studie, med aggregerte data fra individnivå. Forekomst av selvmord i Norges fylker har blitt sett på, sammen med prediktorer som vi tror kan forklare ulik forekomst. Ulempen ved denne type studier er fallgruven; økologisk feilslutning. En slik feilslutning begås når assosiasjoner funnet på aggregert nivå, blir tilskrevet et individnivå (80). Denne problemstillingen vil vi komme tilbake til i kapittel 5.4 om styrker og svakheter ved oppgaven.

3.1.1 Datagrunnlag

Datautvalget består av 16 forklaringsvariabler. Data i analysene er samlet inn fra SSB, Folkehelseinstituttet og Vinmonopolet. I de fleste tabeller kunne fylker, årstall (2007-2010) og kjønn ekstraheres.

Vår største utfordring var å finne statistikk på relevante alkoholdata. Data på alkoholkonsum, salg og skjenkesteder anså vi som interessant. Kontakt med Vinmonopolet og Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) ga oss ikke den ønskelige informasjonen. Derfor inneholder analysene fylkesvise salgstall på antall liter alkohol fra Vinmonopolet. Alle foretrukne variabler var ikke oppgitt i

tidsintervallet 2007-2010. Data på sykehusinnleggelser og straffede er derfor kun oppgitt for året 2010. For variablene alkohol og lovbrudd er tallene for begge kjønn slått sammen.

3.1.2 Organisering av datamaterialet

Andre steg var å systematisere og klargjøre datagrunnlaget, slik at fylkesvise data kunne sammenlignes. De variablene som ikke var oppgitt i rater eller prosent, har blitt omregnet. Bearbeidingen ble gjort for hånd og ved bruk av Microsoft Office Excel. Tallene ble dobbeltsjekket med automatiske regneoperasjoner i SPSS.

3.1.3 Utvalgte variabler

Avhengig variabel:

I analysen har vi benyttet én avhengig variabel, dødsfall ved selvmord. Tallene er hentet fra SSB (81), og omfatter antall selvmord blant menn i alle Norges fylker i tidsperioden 2007-2010.

Analyseenhets-variabelen:

Analyseenheten i økologiske studier er populasjonsgrupper, i denne studien er det alle Norges fylker.

Uavhengige variabler:

De uavhengige variablene er oppsummert i tabell 1.

Tabell 1. Tabellen viser navn på inkluderte uavhengige variabler, referanse, hvilke år variablene omfatter, kjønn, hvilke aldersgruppe variablene er oppgitt i, samt benevning.

Variabel	Ref.	Årstall	Kjønn	Alder	Benevning
Arbeidsledige	(82)	2007-2010	Menn		Per 1000
Uføretrygdede	(83)	2007-2010	Menn	18-67 år	Prosent
Høy inntekt*	(84)	2007-2010	Menn	> 17 år	Per 1000
Lav inntekt**	(84)	2007-2010	Menn	>17 år	Per 1000
Lang utdanning***	(85)	2007-2010	Menn		Per 1000
Kort utdanning****	(86)	2007-2010	Menn		Per 1000
Gifte	(87)	2007-2010	Menn	>10 år	Per 1000
Ugifte	(87)	2007-2010	Menn	> 9 år	Per 1000
Separasjoner	(87)	2007-2010	Menn	> 19 år	Per 1000
Skilsmisser	(87)	2007-2010	Menn	> 19 år	Per 1000
Enkemenn	(87)	2007-2010	Menn	>19 år	Per 1000
Sykehusinnleggelser*****	(88)	2010	Menn		Per 1000
Alkohol	(89-92)	2007-2010	Begge kjønn		Liter/1000 innbygger
Straffede	(93)	2010	Menn	>15 år	Per 1000
Lovbrudd	(94)	2007-2010	Begge kjønn		Per 1000
Innvandrere*****	(95)	2007-2010	Menn		Per 1000

* inntekt >500.000 kr

** Inntekt < 99.999 kr

*** høyskole/universitetsutdanning > 4 år (96)

**** høyskole/universitetsutdanning < 4 år (96)

***** psykiske lidelser, inkl. polikliniske avtaler og konsultasjoner med spesialister

***** og norskfødte med innvandrerforeldre

3.1.4 Statistisk analyse

Statistiske analyser ble gjennomført ved bruk av statistikkprogrammet IBM SPSS Statistics 19. Poisson regresjonsmodell med univariate og multiple analyser ble benyttet for å modellere risiko for selvmord. En Poissonfordeling forekommer når vi teller individer eller hendelser (97). Dette er en velegnet modell for vår studie, da vår avhengige variabel er antall selvmord, en såkalt tellevariabel. Det er tre forutsetninger som må være oppfylt for å benytte seg av denne type regresjon:

1. Hver hendelse (selvmord) må forekomme/ skje tilfeldig i området/ tid (97).
2. Hver hendelse forekommer uavhengig av de andre (97).
3. Tellevariabelen blir funnet ved å telle antallet hendelser av samme type som er tilstede i et gitt enhetsareal eller per tidsenhet (97).

Alle forutsetningene nevnt ovenfor var oppfylt i vår analyse.

For tolkning av analyseresultatene har eksponenten (E^b) for Poissons regresjonskoeffisient blitt beregnet. Poissons eksponent kan tolkes som følgende: ved en enhets økning i uavhengig variabel, kan vi forvente $(E^b - 1) * 100 \%$ endring i selvmordsraten. Konfidensnivået er satt til 95 %. Hypotesetestene ble utført på et 5 % signifikansnivå, det vil si at nullhypotesen forkastes dersom p-verdien er $p < 0.05$. Wald- testen ble benyttet for å teste regresjonskoeffisientene.

Nullhypotesen og den alternative hypotesen vår er følgende:

H₀: De sosiologiske prediktorene har ingen innvirkning på selvmordsratene.

H₁: De sosiologiske prediktorene har en innvirkning på selvmordsratene.

3.1.5 Korrelasjons- og sensitivitetsanalyser og grafiske fremstillinger

For å identifisere korrelasjonen mellom de uavhengige variablene, ble Pearson's korrelasjonskoeffisient med tilhørende p-verdi benyttet.

Regresjonsdiagnostikk ble utført med variance inflation factor (VIF), som angir grad av multikollinearitet (98). Dersom VIF estimatet var større enn ti, og gjennomsnittet av alle estimatene overskred 1, tolket vi dette som stor grad av kollinearitet. I tillegg ble outliers identifisert gjennom vurdering av residualer, leverage og Cook's avstand. Dette for å unngå systematiske feil i modellen. Ved vurdering av Cook's avstand (effekt av enkelttilfellers innflytelse i modellen som helhet), brukte vi 1 som grenseverdi (98). For å vurdere om høy leverage (ekstreme verdier) forekom, benyttet vi formelen: $\frac{2(k+1)}{n}$. Hvor k er antall prediktorer i modellen, og n er antallet deltakere (fylker). Sensitivitetsanalyser ble utført for hver og en av de signifikante variablene i de univariate analysene.

Det ble produsert spredningsdiagram (figur 2 og 3) for variablene i den endelige modellen (uføretrygdede og separerte). Spredningsdiagrammene viser hvordan uførhet og separasjoner er relatert til selvmord, hvordan variabelverdiene varierte mellom fylkene og om det eksisterte tilfeller som skilte seg ut (outliers).

3.1.6 Modellering

Først ble univariate analyser utført, hvor den enkelte variabelens sammenheng med selvmord ble vurdert. Videre ble variablene med p-verdi under 0,05 inkludert i de multiple analysene. Outliers ble også vurdert før videre inkludering. Strategien i de multiple analysene ble utført i SPSS ved bruk av baklengs seleksjonsstrategi. Alle variablene ble først inkludert i modellen, for så å eliminere en og en etter fallende p-verdi. Etter tilpasningen endte analysen opp med en modell hvor de variablene som best predikerte risiko for selvmord ble inkludert. For å vurdere om Poissons regresjonsmodell var tilpasset våre data ble avviket i modellen vurdert gjennom størrelsen på avviket og p-verdi. Omnibustesten ble anvendt for å vurdere hvor mye modellen totalt forklarte av variasjonen i selvmord.

4.0 RESULTATER

I dette kapittelet presenteres resultatene fra analysene. Deskriptive resultater blir først presentert gjennom tall, figurer og tabeller. Univariate og multiple analyser vil deretter presenteres i den analytiske delen.

4.1 Deskriptive resultater

Selvmondsstatistikken for de ulike fylkene over en fireårsperiode vises i tabell 2.

Hedmark, Finnmark og Oppland ligger høyest, mens Møre og Romsdal, Sogn og Fjordane og Nord- Trønderlag ligger lavest.

Tabell 2 . Tabellen viser selvmordsrater (per 100 000) for menn i de ulike fylkene, fra 2007 til 2010. Den totale selvmordsraten for menn i denne tidsperioden er vist i nest siste kolonne. Siste kolonne viser fylkenes plassering for den totale selvmordsraten.

Fylker	2007	2008	2009	2010	Totalt	Plassering
Østfold	17,76	16,00	20,30	17,82	71,87	7
Akershus	14,68	13,22	14,12	12,38	54,39	14
Oslo	11,91	17,76	12,30	16,90	58,86	12
Hedmark	17,17	18,15	24,45	26,45	86,22	1
Oppland	15,42	24,13	18,57	22,80	80,93	3
Buskerud	16,34	16,05	29,23	13,25	74,87	5
Vestfold	16,34	17,00	22,06	24,47	79,87	4
Telemark	10,98	16,99	28,97	13,21	70,15	8
Aust-Agder	21,09	20,78	16,78	14,74	73,39	6
Vest-Agder	15,99	12,12	16,71	14,12	58,95	11
Rogaland	15,27	13,46	18,33	13,86	60,91	9
Hordaland	14,49	9,94	12,75	15,88	53,06	16
Sogn & Fjordane	20,53	5,59	11,15	12,91	50,18	18
Møre & Romsdal	13,81	8,07	12,79	14,20	48,88	19
Sør-Trøndelag	13,66	13,42	13,21	13,00	53,29	15
Nord-Trøndelag	9,30	12,29	18,30	12,13	52,01	17
Nordland	10,18	18,70	14,41	16,87	60,16	10
Troms	12,88	14,11	21,68	7,6	56,26	13
Finnmark	10,82	16,28	29,76	26,87	83,74	2

I Tabell 3 oppsummeres deskriptiv statistikk, tabellen er produsert for å vise variasjonen blant de univariat signifikante variablene.

Tabell 3. Tabellen viser gjennomsnitt, minimum- og maksimumsverdier for uavhengige variablene, som viste et signifikant sammenheng med selvmordsraten.

Variabler	Benevning	Gjennomsnitt	Min	Max
Uføretrygdede	Prosent	8,73	5,53	11,33
Separasjoner	Per 1000	13,15	9,30	16,92
Lang utdanning	Per 1000	50,71	27,68	125,10
Høy inntekt	Per 1000	116,72	82,74	182,22
Innleggelser	Per 1000	28,02	21,40	38,60
Straffede	Per 1000	106,47	75,90	145,80
Ugifte	Per 1000	536,42	494,17	593,06
Enkemenn	Per 1000	21,78	16,86	30,49
Skilsmisser	Per 1000	65,81	44,60	80,48

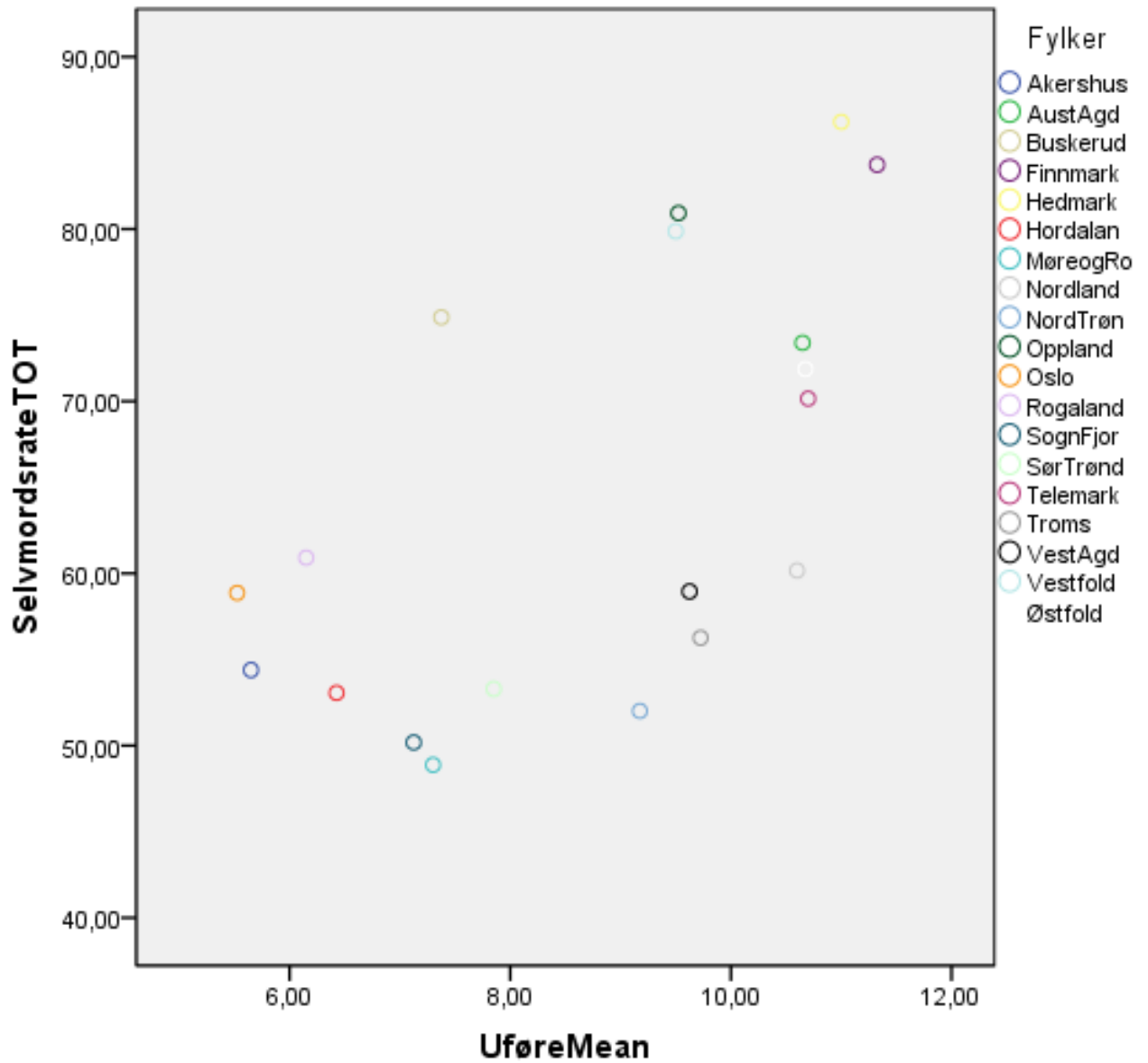
Etter å ha identifisert hvilke fylker som hadde minimum- og maksimumverdiene, var det særlig to fylker som skilte seg ut. Dette var Finnmark og Oslo, fordi de oftest hadde høyest eller lavest tall for flere av variablene. Kort oppsummert bor færrest uføre i Oslo, det samme gjelder enkemenn. Videre bor det flest separerte i dette fylket, samt flest med lang utdanning og høy inntekt. Finnmark er det fylket hvor flest personer mottar uføretrygd, og hvor færrest har lang utdanning. Til slutt er det også flest personer i dette fylket som har sivilstatus som ugift. Mens Oslo ligger i et mellomstykke for totale selvmordsrater, ligger Finnmark nest høyest blant fylkene.

Utenom Oslo og Finnmark var det ytterligere ni fylker som lå høyest eller lavest på de ulike signifikante variablene. Færrest med høy inntekt bor i Hedmark, dette er for øvrig fylket som hadde aller høyest selvmordsrate i tidsperioden 2007-2010. Videre har Telemark flest sykehusinnleggelse, Akershus har færrest. Flest personer har blitt straffet i Aust-Agder, færrest i Sogn og Fjordane. Sistnevnte fylke har i tillegg færrest separasjoner. Flest enkemenn finner man i Oppland. Til slutt ser man høyest skilsmisserate i Vestfold, og lavest i Sogn og Fjordane¹. Da det ofte var små marginer som skilte fylkene fra hverandre, ble "topp- og bunn tre" identifisert. Disse vil bli kommentert i diskusjonsdelen av oppgaven.

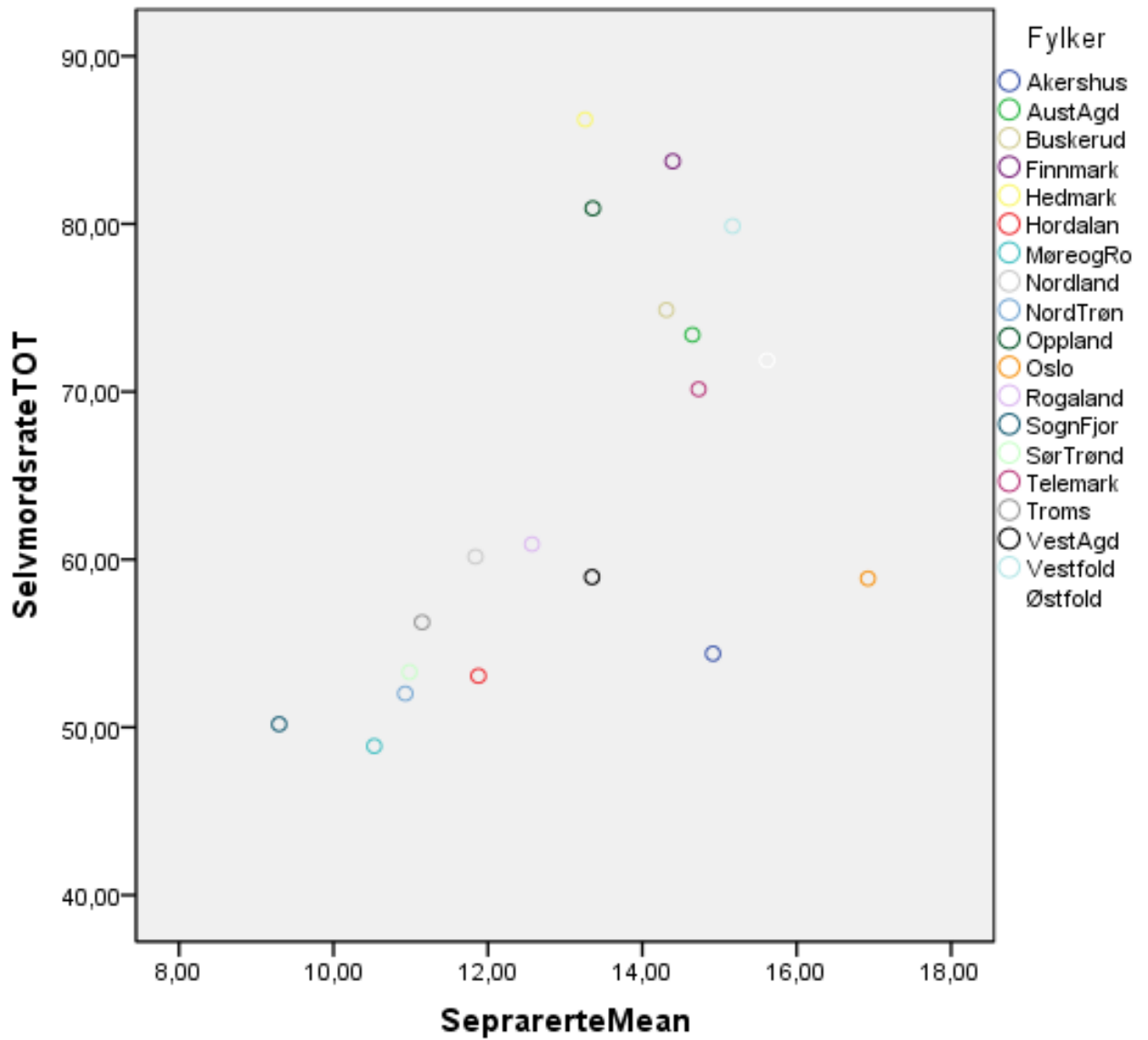
Gjennom spredningsdiagrammene (figur 2 og 3) kan eventuelle trender og outliers sees visuelt. Ut fra spredningsdiagrammet for uføre vises det at Finnmark, Hedmark, Oppland, og Vestfold ligger høyt både på uføre- og selvmordsratene. Lavt på begge parametrene ligger Møre og Romsdal, Sogn og Fjordane, Hordaland og Akershus. Hva separasjoner angår, ligger Hedmark, Finnmark, Oppland og Vestfold i det øverste sjiktet, mens Møre og Romsdal, Sogn og Fjordane og Nord- Trøndelag ligger i det nedre.

¹ Vedlegg 1 viser en oversikt over alle Norges fylker og deres ulike estimater for hver av de ni signifikante variablene.

Figur 2. Spredningsdiagrammet viser hvordan variabelverdiene for uføre varierer mellom fylkene, og hvordan de er relatert til risiko for selvmord.



Figur 3. Spredningsdiagrammet viser hvordan variabelverdiene for separerte varierer mellom fylkene, og hvordan disse er relatert til risiko for selvmord.



4.2 Analytiske resultater

I de univariate analysene for uavhengige variabler mot selvmord, viste ni seg å være signifikante ($p < 0.05$). Lang utdanning, høy inntekt og sivilstatus ugift var assosiert med redusert selvmordsrate. De resterende variablene viste seg i noe varierende grad å øke selvmordsraten. Andel uføre og separasjoner hadde størst betydning for selvmordsraten i de univariate analysene.

Tabell 4. Tabellen viser variablene som ble signifikante i de univariate analysene. Eksponentene, 95 % konfidensintervall, Wald statistikk og p- verdi er oppgitt.

Variabler	Exp (B)	95 % KI	Wald Chi-Square	P- verdi
Uføretrygdede	1,053	1,027-1,080	16,081	0,000
Separerte	1,034	1,008-1,060	6,808	0,009
Lang utdanning	0,998	0,996-1,000	5,496	0,019
Høy inntekt	0,998	0,996-0,999	8,450	0,004
Innleggelse	1,015	1,004-1,027	6,787	0,009
Straffede	1,004	1,001-1,007	5,581	0,018
Ugifte	0,997	0,996-0,999	8,595	0,003
Enkemenn	1,031	1,017-1,046	18,940	0,000
Skilte	1,014	1,008-1,020	22,153	0,000

Vurdering av residualene avslørte ingen ekstremverdier (maks verdien var 11.64). Cook's verdiene var alle under 1. Det samme gjaldt leverage verdiene; ingen overskred gjennomsnittlig leverageverdi. Derfor ble ingen av variablene fjernet, og vi konkluderte med at det ikke eksistererte innflyteserike enheter som endret regresjonsresultatene substansielt.

Våre variabler korrelerte sterkt, dette gjorde det vanskelig å plassere variabler sammen i de multiple analysene. Derfor ble baklengs seleksjonsmetode benyttet for å komme frem til en endelig modell. Til slutt gjensto separasjoner og uføre, som justert for hverandre viste en signifikant positiv sammenheng med selvmord (se tabell 5). Disse to variablene korrelerte ikke i følge bivariat korrelasjonstest ($p = 0,653$). Fra modellens målte avvik kan vi konkludere med at modellen er rimelig bra tilpasset våre data, da kji kvadrattesten mellom observerte og predikerte verdier, ikke viste et statistisk signifikant resultat ($p = 1,025$). Fra omnibustesten kunne vi konkludere med at variablene uføre og separerte til sammen forklarte en god del av variasjonen i selvmordsratene ($p = 0,000$). Under tabell 5, vil hver og en av parameterestimaterne for uføretrygdede og separasjoner bli nærmere forklart.

Tabell 5. Tabellen viser estimater (koeffisienter, konfidensintervall, Wald kji kvadrattest og p-verdi) for uføre og separerte.

Parameter	Exp (B)	95 % Wald KI	Wald Chi-Square	P- verdi
Uføretrygdede	1,058	1,032-1,084	19,463	0,000
Separerte	1,042	1,016-1,069	10,030	0,002

Etter at eksponenten ble omregnet til prosentvise endringer, kan resultatene tolkes som følgende: Hvis uføretrygdede øker med en enhet, eksempelvis fra 5 til 6 %, vil selvmordsraten samtidig øke med 5, 8 %. En økning fra for eksempel 14 til 15 separasjoner per 1000 innbygger, vil tilsvarende selvmordsrate øke med 4,2 %. Resultatene fra den endelige multiple analysen viste høysignifikante verdier

(0,000 og 0,002). Vår nullhypotese (H_0) om at andel uføre og separasjoner ikke påvirker selvmordsratene, kan derfor forkastes.

5.0 DISKUSJON

I diskusjonen vil hovedfunnene presenteres. Resultatene vil så sammenlignes og diskuteres med annen forskningslitteratur. På grunn av oppgavens omfang og tidsbegrensning, vil fokuset være rettet mot variablene uføretrygdede og separasjoner. Til slutt redegjøres det for styrker og svakheter ved oppgaven.

5.1 Våre funn

Hovedfunnene fra de univariate analysene viste at variablene uføretrygdede, separasjoner, sykehusinnleggelse, straffede, enkemenn og skilte var assosiert med økte selvmordsrater. Derimot viste det seg at det å ha en lang universitetsutdannelse, tjene over 500 000 i året og være ugift var assosiert med reduserte selvmordsrater. Resultatene fra de multivariate analysene viste at uføretrygdede og separasjon hadde størst effekt på selvmordsratene, med størst prosentvis endring. Funnene viste at selvmordsraten vil øke med 5,8 % dersom uføre øker med én prosent økning (95 % KI 1.032-1.084). Ved én enhets økning i antall separasjoner per 1000 innbygger, vil selvmordsratene øke med 4,2 % (95 % KI 1.016- 1.067). På bakgrunn av dette kan vi si at problemstillingen vår delvis er besvart, da rater for uføre og separerte kan være med å forklare ulikheter i selvmordsratene blant menn i Norge.

5.2 Hvordan kan uførhet påvirke selvmordsraten?

Flere studier hevder at det å være uføretrygdet øker risikoen for selvmord (35-37). Våre analyser viser en positiv assosiasjon mellom raten av uføre og selvmordsraten. Dermed støtter våre funn opp om at uførhet kan ha en positiv sammenheng med selvmord. Durkheim argumenterer også for at uføre og arbeidsledige har økt risiko for selvmord, grunnet svekket integrasjon i samfunnet (7). Ifølge han er mennesker som ikke er en del av arbeidslivet mer disponert for selvmord enn andre (7).

I våre analyser er Finnmark, Hedmark og Telemark de fylkene med høyest prosenttall for uførhet i tidsperioden 2007-2010. Disse fylkene ligger alle tre blant de ti fylkene som hadde høyest selvmordsrate i samme tidsperiode. Hedmark ligger øverst på selvmordsstatistikken, mens Finnmark ligger på plass nummer to, Telemark er plassert omtrent i midten. Akershus, Oslo og Rogaland har lavest rater av uføretrygdede, samtidig som disse fylkene har lavere selvmordsrater enn fylkene med høyere rater av uføretrygdede.

Om disse observasjonene kan tenkes å ha en sammenheng vil bli drøftet i det kommende kapitlet. Dette vil bli gjort ved å se på medisinske og sosiale årsaker til uførhet, og om sosioøkonomisk status, samt generell utestengelse fra arbeidslivet kan forklare sammenhengen mellom uføre- og selvmordsrater.

5.2.1 Medisinske årsaker til uføretrygd

Årsakene til uførepensjon er vanskelige å fastslå (1). Det viser seg at både medisinske og sosiale forhold spiller inn (99). I Norge er formålet med ytelsen av uførepensjon å sikre inntekt for personer som har fått sin inntektsevne eller arbeidsevne varig nedsatt på grunn av sykdom, skade eller lyte (100). Derfor er retten til uførepensjon medisinsk betinget. Psykiske lidelser er den medisinske årsaken, som etter muskel og skjelettsykdom bidrar mest til uførepensjon (101). I følge Folkehelseinstituttet (1) er selvmordsrisikoen høyere blant personer med psykiske lidelser enn i befolkningen for øvrig (83).

Når det gjelder uføre med somatiske sykdommer hevdes det at selvmordsrisikoen er økt i noen tilfeller (1, 38). En utsatt pasientgruppe er de med nevrologiske sykdommer og kroniske smertetilstander (1). Johansson (43) påpeker at psykisk og somatisk sykdom er en sterkt prediktor for selvmord hos de med svekket helsestatus eller arbeidskapasitet. På bakgrunn av påstandene over kan man se en sammenheng mellom sykdom og økt risiko for selvmord. Det er derfor ikke utenkelig at denne sammenhengen mellom andel uføre og økt selvmordsrate, kan forklares ut i fra sykdom.

På den andre siden kan gode trygdeordninger i Norge bidra til at noen opplever bedre helse som uføretrygdet (101). Hos enkelte uføre kan helseplager reduseres på grunn av mindre fysisk belastning, samt mindre økonomisk usikkerhet enn da de var i arbeid (101). Det å være uten arbeid kan for noen mobilisere til kamp, innsats og bidra til økt motivasjon til å komme tilbake til arbeidslivet. For noen kan en liten pause fra arbeidslivets krav være sårt tiltrengt. Men man kan ikke med

sikkerhet si at økonomiske midler nødvendigvis veier opp for tapt helse hos denne gruppen, da penger ikke helbreder sykdom.

5.2.2 Sosiale faktorer som årsak til uføretrygd

Trolig finnes det andre årsaker til uførhet enn de medisinske faktorene. I Norge har insidensen og prevalensen av uføre økt de siste 20 årene, og dette kan trolig ikke forklares med økning i sykkelighet alene (99, 102). Krokstad et al. (102) og Holte et al. (99) viser til lav sosioøkonomisk status samt arbeid og familiesituasjon som viktige faktorer for uførepensjon. Andre faktorer som påvirker andelen som søker uføretrygd er usikker arbeidssituasjon, nedbemanninger og livsstilsfaktorer (83).

I følge våre funn og gjennomgått litteratur ser det ut til at flere av de sosiale faktorene som påvirker uførhet, også ser ut til å påvirke selvmordsratene. Utdanning og inntekt er eksempler på sosiale faktorer, som later til å påvirke både uførhet og selvmord (39-41). Mortensen (103) og Qin et al. (26) viser til høyere risiko for selvmord i sammenheng med arbeidsløshet, uførhet, lav inntektsstatus og lav formue. I følge Folkehelseinstituttet (104) har inntekt og utdanningsnivå mye å si for selvmordsrisikoen til menn. Jo høyere utdanning, desto lavere risiko for å begå selvmord. Det viser seg at menn med kun ungdomsskoleutdanning har tre ganger høyere selvmordsrisiko enn for menn med universitetsutdanning (104). De med lav eller ingen inntekt har 5-6 ganger høyere selvmordsrisiko enn de som tjener godt (104). Våre analyser viser at lang universitetsutdanning og høy inntekt reduserer selvmordsratene, dette støttes av flere studier (39-41). Det finnes også

studier som hevder det motsatte, nemlig at inntekt og utdanning ikke påvirker selvmordsrisikoen (38, 43, 44).

Ved sammenligning av lang utdanning, høy inntekt og selvmordsrate i de ulike fylkene, viser våre observasjoner seg mindre konsekvente enn ved sammenligningen mellom uføretrygdde og selvmordsrater. Flest høyt utdannede bor i Oslo, Akershus og Sør- Trøndelag. I de to førstnevnte fylkene, i tillegg til Rogaland, bor det flest med høy inntekt. Dette er alle fylker med selvmordsrater i midt- og bunnsjiktet. Finnmark, Nordland og Møre og Romsdal har færrest beboere med lang utdanning. Hedmark, Oppland og Nord- Trøndelag har færrest innbyggere med høy inntekt. Sammenlignet med de fylkene der det bor mange med høy utdanning og inntekt, har allikevel ikke alle fylkene med lavere utdannings- og inntektsnivå høyere selvmordsrater. Unntaket er Nord-Trøndelag (få med høy inntekt) og Møre og Romsdal (få med høy utdanning), som har svært lave selvmordsrater. Vi kan dermed ikke trekke noen endelig konklusjon om at det finnes en sammenheng mellom lavt utdannings- og inntektsnivå, og høye selvmordsrater.

Man vet at helseforhold forverrer seg gradvis nedover i det sosioøkonomiske hierarkiet (105). Det kan derfor tenkes at sosioøkonomisk status kan være en beskyttende faktor for selvmord. Da det ikke er usannsynlig at mennesker i høyere sosioøkonomiske lag opplever færre økonomiske stressfaktorer (arbeidsledighet, lav inntekt eller økonomiske problemer). Det er heller ikke utenkelig at personer med høy sosioøkonomisk status ønsker å unngå uføretrygd, da grunnet stigma forbundet med dette. Det kan være at de heller går ned i stillingsprosent enn å motta uføretrygd.

På den andre siden kan det tenkes at høy sosioøkonomisk status øker selvmordsrisikoen. En forklaring kan være at mennesker i høyere sosioøkonomiske lag opplever større press og måler seg med idealer det kan være vanskelig å leve opp til. Følelsen av utilstrekkelighet kan dermed svekke selvfølelsen, og øke selvmordsrisikoen (104). Videre kan såkalte høystatus yrkesgrupper som for eksempel leger, være mer utsatt for helseproblemer (106). Som tidligere omtalt ser det ut til at selvmordshyppigheten er høyere blant leger og annet helsepersonell (46). Disse problemene kan være relatert til høyt arbeidstempo og høye prestasjonskrav (5, 106). Uregelmessig arbeidstid og belastende arbeid kan også være en forklaringsmekanisme. En tredje forklaring kan være at disse yrkesgruppene har kunnskaper om blant annet giftige medikamenter, samt lettere tilgang til disse (5). I følge Retterstøl (5) er over halvparten av selvmordene blant mannlige leger begått i form av forgiftning. Leger er også i den posisjonen at de kan skrive ut medikamenter til seg selv, i tillegg kan det tenkes at de venter lenger med å oppsøke hjelp.

Andre konfunderende faktorer kan også spille inn, da det ikke alltid er den høye sosioøkonomiske statusen i seg selv som får mennesker til å begå selvmord. Det er ikke utenkelig at fallhøyden er større for mennesker med høy sosioøkonomisk status, og dermed kan nederlagene, tapene og skammen også bli større. Derfor kan grupper med høy status være mer utsatt for selvmord, ved for eksempel avsløringer av straffbare handlinger, utroskap, eller illojalitet på andre måter. Durkheim støtter seg delvis til dette igjennom sin forskning i Italia. Han fant at de

regionene i Italia med høyest nivå av lese- og skrivekyndighet, med unntak av en region, hadde høye selvmordsrater (4).

5.2.3 Inntekt og utdanning som forklaringsmekanisme

Økende inntektsforskjeller kan resultere i flere helseplager og økte uførepensjonsrater blant folk i lave sosioøkonomiske lag (107). Som beskrevet tidligere viser majoriteten av forskningslitteraturen at selvmordsforekomsten er høyere blant menn i den laveste inntektskvartil (26, 31, 108, 109). Derfor kan en anta at økt selvmordsrisiko hos uføretrygdede blant annet kan forklares ut i fra inntektsnivå. I hvilken grad dette er en medvirkende faktor er vanskelig å avgjøre, da blant annet Andrés (34) konkluderer med at inntekt ikke er av betydning for økte selvmordsrater.

I tråd med Durkheims teori (110), viser litteraturen at menn responderer sterkere på dårlige økonomiske forhold enn kvinner (26, 31, 32, 111, 112). Lindegaard (113) mener at det økonomiske ansvaret fortsatt primært hviler på mennene og derfor legger arbeidsledighet et større press på dem. Endring av kjønnsrollemønsteret i den senere tid, og kampen om utdanning og arbeidsplasser kan være med å true mannens identitet som familieforsørger (12). Videre kan menn oppleve en større eksistensiell tapsopplevelse enn kvinner ved tap av arbeid (113). Det kan tenkes at menn i større grad skaper sin identitet gjennom jobben, mens kvinner antakelig har lettere for å finne nye meningsfulle sosiale roller utenfor jobben. Dette ved at de i større grad bygger identiteten sin blant annet gjennom barn og personlige interesser (113).

Eksisterende litteratur er per dags dato inkonsistent. Man kan dermed ikke konkludere med at økt inntekt verken har en positiv eller negativ effekt på selvmord. Uførhet og arbeidsledighet kan derimot oppleves som en krise i individets tilværelse. Durkheim hevdet at raten av det anomiske selvmord økte både ved plutselig vekst og reduksjon i inntekt og velstand (7). Våre funn viser at høy inntekt reduserer selvmordsraten.

Ordtaket som sier at det er bedre å være rik og frisk, enn fattig og syk, har etter vår oppfatning gyldighet i denne sammenhengen. Sosiale ulikheter i helse er veldokumentert (105), jo høyere sosioøkonomisk status, desto bedre helse. Hva selvmord angår, kan det ut i fra diskusjonen over, se ut til at mindre risiko tilskrives den gruppen som har høy sosioøkonomisk status.

5.2.4 Utestengelse fra arbeidslivet

Vi tenker at uføretrygdede kan erfare noen av de samme opplevelsene som de arbeidsledige. Videre at noen av de samme risikofaktorene blant arbeidsledige, kan tilskrives uføre. I majoriteten av litteraturen vi har lest er arbeidsledighet positivt assosiert med økt risiko for selvmord (26-33). Sammenhengen mellom å stå utenfor arbeidsmarkedet og økt risiko for selvmord kan skyldes flere mekanismer. Å ha en jobb å gå til kan oppleves som en meningsfylt aktivitet. Samtidig som jobben kan gi livet struktur, forutsigbarhet, faglige utfordringer, sosialt fellesskap, sosial identitet, selvtillit og selvrespekt (112). Utestengelse fra arbeidslivet kan i seg selv skyldes nedsatt helse, og helseproblemene kan forsterkes ved å stå utenfor (114). Jo lenger man står utenfor arbeidsmarkedet,

desto dårligere ser helsetilstanden ut til å bli (115). Samtidig reduseres mulighetene for reintegrering i yrkeslivet (115).

I tillegg til økonomiske tap representerer arbeidsledighet tap på mange psykososiale områder. Arbeidsledighet kan for noen medføre en mer risikobetinget atferd med dårlig kosthold, lite mosjon og høyere røyk- og alkoholforbruk (113). Sammenlignet med yrkesaktive påpeker Dahl et al. (115) at helsetilstanden er dårligere blant nesten alle grupper som står utenfor arbeidslivet. Det viser seg også at arbeidsledige menn rammes hyppigere av depresjon og har lavere livskvalitet enn kvinner (111). I Kunnskapssenteret sin rapport (116) viser studier fra ulike deler av verden konsistent, at 80-90 % av voksne personer i den generelle befolkningen som begår selvmord har hatt en psykisk lidelse på dødstidspunktet. Høye selvmordsrater hos arbeidsledige kan delvis assosieres med mentale lidelser, som kan bidra til både arbeidsledighet og selvmord (26, 30, 32, 117). Derfor kan det være andre underliggende årsaker enn selve situasjonen å være uten jobb, som øker risikoen for selvmord.

På bakgrunn av diskusjonen over, kan det være flere mulige forklaringer for den positive assosiasjonen mellom det å være utenfor arbeidslivet og selvmord. Arbeidsledighet og uførhet kan være en direkte årsak til selvmord, ved at tap av arbeid blir en for stor påkjenning. Arbeidsledighet og uførhet kan indirekte forårsake selvmord ved at livssituasjonen trigger andre risikofaktorer for selvmord (mentale lidelser og andre sosioøkonomiske faktorer). For mange er jobben en stor del av livet. Når denne delen rives vekk kan det oppleves som en del av identiteten blir borte. Dermed kan det for noen være utfordrende å finne sin plass i

samfunnet som arbeidsledig. Å fylle roller har vist seg viktig for identitet og selvfølelse (19). En positiv assosiasjonen mellom arbeidsledighet og selvmordsrater kan muligens også tilskrives konfunderende faktorer eller helseseleksjon.

Fra et sosialt perspektiv kan graden av arbeidsledighet i et samfunn være en markør for sosial integrasjon, som i følge Durkheim assosieres med selvmord. Durkheim argumenterte for at det å være organisert i en arbeidsstyrke fungerte som en buffer mot selvmord (31). Dette fordi arbeidstakere opplever bedre integrasjon i samfunnet, og bedre regulering av dagliglivet (7, 31). Ved tap av arbeid svekkes individets integrasjon, samtidig som det berøver individets stauts, samhold og sosiale rolle. Dette hevdet Durkheim økte risikoen for egoistisk selvmord (31).

5.2.5 Oppsummering

Vi har nå sett på en rekke uheldige konsekvenser ved tap av arbeid. Samtidig vet vi at forskningen på arbeidsledighet viser dobbel til firdobbelt risiko for selvmord blant mannlige arbeidsledige, sammenlignet med arbeidstakere (1-8). Selv om årsakssammenhengene er komplekse, og psykiske lidelser representerer en sterk konfunderende faktor, kan ikke arbeidsledighet og uførhet utelukkes som risikofaktorer for selvmord. I tillegg til at psykiske lidelser kan være en konfunderende faktor, kan psykiske lidelser også være en konsekvens av tapt arbeid. Derfor blir det vanskelig å avgjøre hvor i "tidslinjen" psykiske lidelser

kommer inn; mistet man jobben på grunn av sykdom, eller ble man syk av å miste jobben?

Videre er arbeidsledighetens betydning for selvmordsraten nødt til å ses i sammenheng med hvor mange som er arbeidsledig. Er det få, kan det være lettere å føle seg utenfor enn om det er mange i samme situasjon som en selv. På den andre siden kan mennesker stå sammen for å overleve i vanskelige tider til tross for sosiale og økonomiske problemer. Dette kan være et fenomen som har preventiv effekt mot selvmord. Dermed kan en si at samspillet mellom individuelle og samfunnsmessige forhold kan være komplekse (5).

Til slutt er det viktig og å poengtere at alle uføretrygdete ikke nødvendigvis befinner seg i høyrisikogruppen for selvmord. Da våre funn er basert på aggregert data, kan vi ikke si noe om et individ som er uføretrygdet og dets risiko for selvmord. Men vi kan si at høyere rater av uføretrygdete kan ha en sammenheng med økte selvmordsrater. Som tidligere beskrevet kan det være mer enn én årsak til at den enkelte blir ufør, og de ulike årsakene kan virke sammen og forsterke hverandre. Uansett om årsaksforholdene gjelder individuelle faktorer, strukturelle samfunnsforhold, eller en kombinasjon av disse, kan det tenkes at gruppen uføre er mer sårbare.

5.3 Hvordan kan separasjoner påvirke selvmordsratene?

Til tross for en nedgang i selvmordsratene i Norge, begår flere nordmenn selvmord nå enn for 40 år siden (118). Samtidig har antallet samlivsbrudd og familier i oppløsning økt kraftig siden 1970- tallet (19). Det viste seg å være en positiv assosiasjon mellom separasjons- og selvmordsrater i våre multiple analyser. Variabelen "skilte" viste derimot kun en positiv signifikant assosiasjon med selvmord i de univariate analysene. Vi vil likevel inkludere begge variablene i diskusjonen, da separerte og skilte opplever det samme, nemlig å miste sin partner. Videre kan de stå ovenfor mange av de samme utfordringene i forbindelse med samlivsbruddet.

Ved sammenligning av separasjons- og selvmordsratene for menn i Norges fylker, viste det seg at Oslo, Østfold og Vestfold har de høyeste separasjonsratene. Sogn og Fjordane, Møre og Romsdal og Nord- Trøndelag har de laveste. Videre har fylkene med høyest separasjonsrater også høyere selvmordsrater. De samme fylkene som har høye separasjonsrater, har også høye skilsmisserater. I følge våre funn viste det seg at variabelen "skilte" økte selvmordsraten. Samtidig viste det seg at selvmordsratene i fylkene med høyest skilsmisserater hadde høyere selvmordsrater enn de fylkene med lavere selvmordsrater. Om disse observasjonene kan tenkes å ha en sammenheng, vil vi drøftet i det kommende kapittelet ved å se på ulike forhold ved samlivsbrudd.

Barstad (19) mener at separasjoner representerer et mer sensitivt mål for uheldige konsekvenser ved ekteskapelige brudd enn skilsmisser. Dette begrunner

han med at separasjoner er nærmere i tid til "det ekte bruddet" (28). Dette kan muligens forklare assosiasjonen mellom separasjons- og selvmordsraten i våre funn, da det ikke er usannsynlig at reaksjonene ved samlivsbrudd skjer i forbindelse med separasjonen. I følge Barstad (19) kan ulike aspekter ved familieintegrasjon bidra til å forklare norske selvmordsrater (i statistisk forstand). Funnene hans viser at årlig antall separasjoner er en sterk prediktor for selvmordsratene i Norge. Når antallet separasjoner per 1000 innbygger øker med én, vil den mannlige selvmordsraten øke med hele 42 % (19). Til sammenligning har ikke skilsmisser den samme innvirkningen på selvmordsratene i følge Barstad (19). Selv om Barstad har gode argumenter for at separasjoner bør ses på i forhold til selvmordstall, kan ikke skilsmisser utelates. For skilsmisse er tilgjengelig en mer endelig avgjørelse, hvor håp om gjenforening mest sannsynlig er utelukket. Derfor er det ikke utenkelig at noen kan få ytterligere negative reaksjoner når skilsmissepapirene er underskrevet.

Flere studier viser en positiv assosiasjon mellom skilsmisse og selvmord (5, 49, 72, 119-121). Noen påpeker at denne assosiasjonen er særlig sterk blant skilte menn (49, 72, 119, 120). I følge Kposowa (49) kan dette muligens forklares ut i fra at menn oftere har et mindre sosialt nettverk enn kvinner, og at menn kan oppleve det vanskeligere enn kvinner å søke emosjonell støtte (122). En tredje mulig forklaring kan være sosiale endringer de siste tiårene, hvor kvinnen i dagens samfunn antas å leve mer uavhengig av mannen (122). Samtidig som kjønnsrollemønstrene er mer like dag, kan det tenkes at vennskap blant menn og vennskap blant kvinner likner mer. Det er heller ikke utenkelig at menns kameratskap i dag er mer preget av følelser, intimitet og fortrolighet. Derfor skal

en være forsiktig med å trekke frem det stereotypiske bildet av mannen som begrunnelse for at selvmordsrisikoen er høyere blant separerte og skilte menn.

At menn er mer utsatt for å begå selvmord etter et samlivsbrudd kan i følge Thuen (123) skyldes at det i to av tre tilfeller er kvinnen som tar initiativ til bruddet. Det å være initiativtaker til bruddet er forbundet med bedre psykososial helse enn hos de som blir forlatt (123). Om det er kvinner eller menn som opplever samlivsbrudd verst, hersker det uenighet om (123). Imidlertid rapporterer langt flere kvinner enn menn om positive effekter etter brudd (123). Samlivsbruddet kan oppleves ekstra vanskelig om man skilles som uvenner, hvor uenighet i forbindelse med fordeling av omsorg for barn og eiendeler kan forverre situasjonen. Derfor er det ikke utenkelig at den som er motvillig, kan ha problemer med å akseptere og forstå bruddet.

5.3.1 Positive og negative sider ved samlivsbrudd

I USA, og muligens flere vestlige samfunn, kan det ligge en sterk kulturell forventning om at man bør oppnå et suksessfullt og lykkelig ekteskap (49). De som er skilt kan derfor ha en økt risiko for selvmord grunnet at de mislykkes i å oppnå disse forventningene (49). Videre kan ekteskapelige brudd medføre en følelse av desorientering og mislykkethet, samt skam og skyld (72). Skilsmisse kan også medføre tap av emosjonell støtte, trygghet og samhold. De kan tenkes at man ved et samlivsbrudd, samtidig mister en del av sin identitet, da rollen som ektefelle går tapt. Barstad (19) mener at det er fundamentalt for identitet og selvfølelse å fylle visse roller.

Videre kan skilsmisse påvirke det sosiale nettverket. Svigerfamilien velger sannsynligvis sitt barns side, og felles venner forblir kanskje ikke felles (19). Tap av nettverk som følge av en skilsmisse kan oppleves som en stressende livskrise. Videre kan selve skilsmisseprosessen oppleves traumatisk med oppløsning av familie, flytting og økonomiske utfordringer (5, 28, 124). I tillegg kan det i følge Stack (72) forekomme en økt risiko for alkoholmisbruk i forbindelse med et oppløst ekteskap. Disse faktorene kan medvirke til at individet mislykkes i å tilpasse seg en ny livssituasjon, og at resultatet i ytterste konsekvens kan medføre selvmord (49).

Heikkinen et al. (125) påpekte at personer som hadde begått selvmord var mer isolert, hadde mindre sosial støtte, bodde oftere alene, og hadde færre nære venner enn kontrollgruppene. Sosial deltakelse og tilhørighet er grunnleggende menneskelige behov. Forskning har koblet mangel på gode menneskelige relasjoner til en rekke uheldige konsekvenser, deriblant selvmord (19).

Våre funn antyder at separasjonsratene i et samfunn kan påvirke selvmordsratene, dette støttes av Durkheims teori. Mens vi har diskutert konsekvenser av ekteskapeleg brudd, i tillegg til ulike egenskaper ved mann og kvinne, brukte Durkheim konseptet sosial integrasjon. Vi har for øvrig omtalt integrasjon i vår diskusjon i form av isolasjon ved et samlivsbrudd. Som nevnt tidligere, omhandler sosial integrasjon individets bånd til samfunnet, og stabilitet i relasjonene i det samfunnet (7). Durkheim hevdet at ekteskapet var en av disse relasjonene i samfunnet, og videre at oppløsning av denne relasjonen kunne

påvirke selvmordshyppigheten (7). Dette begrunnet han med at ekteskapet gir en følelse av tilhørighet, samhold og støtte, mens skilsmisse på den andre siden forstyrrer dette samholdet. Fra Durkheims perspektiv, kunne en skilsmisse resultere i en anomisk tilstand, karakterisert av svekket integrasjon og en brå og uventet endring i individets sosiale status (49). Durkheim slo derfor fast at fraskilte begår selvmord oftere enn ugifte og gifte (7). Man kan videre tenke seg at integrering i et ekteskap og/ eller familie, kan fungere som et slags "sikkerhetsnett" (19). Dette ved at det eksisterer en viss struktur og visse normer innen fellesskapet. Videre er det større sjanse for at ektefelle/ familiemedlem griper inn før eventuell selvmordsatferd når et kritisk punkt.

For øvrig viste variabelen "ugifte" i våre analyser det motsatte av hva Durkheim hevder, altså variabelen viste seg å redusere selvmordsraten. Fylkene med høyest rate av ugifte, hadde ikke høyere selvmordsrater enn fylkene med lavest rater av ugifte. Dette funnet kan muligens forklares ved at variabelen i tillegg til ugifte inneholder samboere, og samboere kan erfare mange av de samme fordelene som ektefeller.

Bekymring og vonde følelser kan for noen oppleves for vanskelig til at de ønsker å leve videre. Antall enslige øker i det norske samfunn (19), men dette behøver ikke nødvendigvis bety økte selvmordsrater. Da det kan tenkes at aleneboende nyter sin frihet og kompenserer med å ha bredere og bedre sosialt nettverk. Samtidig kan et samlivsbrudd være et oppbrudd fra et forhold preget av problemer og motsetninger (123). I følge Thuen og Rise (126) kan mange oppleve samlivsbruddet som en lettelse. Fremtiden kan se lysere ut, en kan bli kjent med

nye sider av seg selv, få bedre selvtillit og nye venner (123). Det å finne seg ny partner eller starte et nytt liv alene, samt dyrke egne interesser og karriere kan være positive sider i forbindelse med et samlivsbrudd (126).

5.3.2 Familie og seleksjon

Vi har nå sett på noen mekanismer som kan forklare at separasjon- og skilsmissemratene i et samfunn kan påvirke selvmordsraten. Durkheim belyste økt selvmordshyppighet blant fraskilte gjennom å belyse to årsaksforhold:

Enten kan den være en effekt av hjemmemiljøets innvirkning. Familien skulle i så fall ha en nøytraliserende virkning på selvmordstilbøyeligheten eller helt hindre den i å oppstå. Eller den kan skyldes det vi kan kalle den ekteskapelige seleksjon (7, s.71).

En familie består av to ulike typer relasjoner; ektefelleforholdet og forholdet mellom ektefeller og barn. Durkheim argumenterte for at ekteskap fungerte som en beskyttelse mot selvmord, men at ektefelleforholdet hadde en beskjeden rolle i å redusere selvmordsrisikoen. For Durkheim var barn i et ekteskap en viktigere faktor enn ekteskapet i seg selv (7). Qin et al. (26) støtter dette ved å hevde at den tradisjonelle familiestrukturen er assosiert med lavere selvmordsrisiko. I samme studie viste det seg at barn i ekteskapet virket beskyttende mot selvmord for kvinnen, mens ekteskapet i seg selv var beskyttende for mannen (26).

Durkheim pekte på seleksjon i tillegg til familierelasjoner når han belyste økt selvmordshyppighet blant fraskilte. Seleksjon blir omtalt av flere forfattere (19, 26, 49, 72, 127), hvor det påstås at jo friskere individet er, desto større sannsynlighet

er det for at individet gifter seg og forblir i ekteskapet. I følge Blekesaune (124) og Kposowa (49) har ektefolk bedre helse enn enslige og skilte. Dette kan skyldes at de som har dårlig helse, har lavere sannsynlighet for å bli gift og større sannsynlighet for å bli skilt (124). Durkheim forklarte dette fenomenet ved at individer med dårlig helse og lav inntekt, hadde reduserte muligheter til å stifte familie (7). Han hevdet på den måten at individer av lavere rang ble "henvist" ufrivillig til kategorien ugifte, fordi de ikke ble utvalgt. Hvis en gruppe av befolkningen er dårligere stilt enn resten når det gjelder muligheten til å inngå ekteskap, mente Durkheim at denne gruppen i tillegg var mer utsatt for selvmord (7). Gjennom denne hypotesen er det ikke familien og/ eller ekteskapet som virker beskyttende, men seleksjonen av friskere individer til den gifte gruppen i samfunnet. Det er kanskje ikke utenkelig at individer som velger eller blir valgt som ektefelle i utgangspunktet er privilegert på flere områder.

Det kan også tenkes at dårlig mental helse delvis kan tilskrives noe av den høye risikoen for selvmord observert blant skilte mennesker (49). Hassan og Keitman i Kposowa (49) hevder at skilte er sterkt representert i gruppen av psykiatriske pasienter. Skilte har for eksempel en forekomst av depresjon som er 40 % høyere enn deres gifte motparter (124).

2.3.3 Oppsummering

I dette kapitlet har vi sett at det er flere faktorer som kan være med på å forklare hvorfor selvmordsratene er høyere blant skilte og separerte. Ekteskapet i seg selv kan være en beskyttende faktor. Videre kan omstendigheter rundt et samlivsbrudd

oppleves traumatisk. Teorien om seleksjon kan også være en forklaringsmekanisme. Det kan tyde på at det er forskjeller mellom kjønnene på hva som virker utløsende og beskyttende for selvmord. Alt i alt kan det se ut til at menn har en større positiv effekt av ekteskap, og en større negativ effekt ved samlivsbrudd. Da vi har benyttet aggregert data er det viktig å være klar over at et slikt resultat ikke kan overføres til å gjelde økt risiko for selvmord blant alle separerte og skilte individer.

Til slutt er det viktig å poengtere at selvmordsrisikoen har avtatt blant skilte og separerte de senere årene (123). Dette kan muligens forklares ut i fra at synet på skilsmisse har endret seg, og at det i dag ikke er like stigmatiserende å være skilt (123).

5.4 Styrker og svakheter ved oppgaven

Fordelen ved økologiske studier er at det er enkelt å finne statistikk i nasjonale statistikkbanker. Validiteten regnes som god, da nasjonale registre i Norge kan anses som sikre. Datagrunnlaget for den aktuelle tidsperioden er relativt stort, da det omfatter alle menn i alle Norges fylker. En økologisk studie kan derimot ikke si noe om kausale effekter, men kan være med på å skape hypoteser som kan undersøkes videre. Datagrunnlaget kan derfor gi en pekepinn på mulige sammenhenger mellom sosiologiske risikofaktorer og ulikheter i selvmordsraten blant menn.

Kriteriene for hvilke variabler vi har valgt å innlemme i analysene våre har vært tiden vi har hatt til disposisjon, samt tilgangen til publisert data og litteratur. Grensen ble derfor satt ved 16 variabler. Med mer tid kunne datautvalget fordelaktig vært utvidet til å omfatte flere variabler over flere år. Variabler av interesse kunne vært studenter, polititjenestemenn, medlemmer i ulike trossamfunn, fullført videregående skole, etnisitet, seksuell legning, omfang av legemiddelbruk og legedekning. Begrensningen ved variablene lovbrudd og alkohol er at begge kjønn er sammenslått. Inkludering av kvinner i variablene "alkohol" og "lovbrudd" kan ha bidratt til dårligere validitet og unøyaktige resultater. En annen begrensning er at statistikk for sykehusinnleggelser og straffede kun er oppgitt for 2010. Manglende data kan tenkes å ha påvirket resultatene, og gjort at datamaterialet for enkelte variabler er for lite, til å se om faktiske effekter foreligger.

Alle menn som har tatt selvmord i Norge i perioden 2007-2010 er inkludert og muligheten for utvalgsfeil er derfor liten. En skal likevel være klar over at fordi analysene er gjennomført med data hentet fra en begrenset tidsperiode, er utvalget begrenset til nettopp disse årene.

Samtidig er vår avhengige variabel antall "selvmord" et relativt sjeldent fenomen, i tillegg til at det eksisterer mørketall i selvmordsstatistikken. Dette kan ha redusert nøyaktigheten av våre funn. Det ville derfor vært interessant å finne ut om underrapportering er ujevnt eller jevnt fordelt mellom fylkene.

Få analyseenheter (19 fylker) og få innbyggere i Norge, samt kompleks samvariasjon mellom de ulike risikofaktorene, kan forklare få signifikante resultater i den endelige modellen. Likevel kan det antas at resultatene gir en indikasjon på mulige faktorer som spiller en rolle i sammenhengen mellom sosiologiske risikofaktorer og selvmordsrater.

Benyttede variabler kan konfundere seg i mellom. Samtidig kan variabler som vi har utelatt fra analysene ha konfundert og påvirket resultatet. Psykiske lidelser er som nevnt en av risikofaktorene for selvmord. Dette har vært en tilbakevendende konfunderende faktor, som kan ha bidratt til usikkerhet rundt den egentlige assosiasjonen mellom utvalgte sosiologiske faktorer og selvmord.

En sentral feilkilde i økologiske studier er økologisk fallgruve (128). Denne feilkilden oppstår dersom observasjoner på gruppenivå, brukes til å trekke konklusjoner på individnivå (128). Dette vil si at faktorer som forårsaker høyere selvmordsrater på populasjonsnivå, ikke uten videre kan tilskrives et individ (128). Økologiske studier med variabler på gruppenivå anses også ofte som annenrangs i forhold til data som er innsamlet på individnivå (128). Bhopal (80) påpeker derimot i denne sammenheng at økologiske studier kan gi et bredere perspektiv på årsaker til sykdom. Allikevel er årsakene til at individer begår selvmord, ikke nødvendigvis de samme som årsakene til at det finnes høye selvmordsrater i befolkningen (128). Det er også viktig å si at sammenhenger på individnivå ikke nødvendigvis kan avsløres på populasjonsnivå.

Oppgaven er skrevet ut i fra et norsk perspektiv, samtidig har vi valgt å inkludere internasjonal litteratur. En svakhet ved dette, er at ikke alle funnene uten videre vil kunne generaliseres til norske forhold. Selvmord og selvmordsforsøk er lavprevalente fenomener, og for å øke utvalgsstørrelsen brukes noen ganger indirekte mål, som selvmordstanker, selvmordsidealiserings, selvmordsatferd, og selvskading i litteraturen (116). I noen av studiene er utfallsmålene slått sammen og andre er utelatt. Selvmordsatferd er et begrep som ofte blir anvendt, men som blir tillagt ulik mening. En annen svakhet er at høyrisikogrupper ofte blir ekskludert, grunnet praktiske og etiske hensyn (129). Konsekvensen kan være at randomiserte studier, samt metaanalyser, kan være basert på ikke-fatal selvmordsatferd (129). Samtidig fokuserer noe av lest litteratur på risikofaktorer for selvmord på individnivå, mens vi har utforsket sammenhenger på samfunnsnivå. Mer litteratur kunne vært lest, bearbeidet og inkludert med mer tid til disposisjon.

6.0 AVSLUTNING

Våre analytiske funn viste en positiv assosiasjon mellom uføretrygdede og selvmord, samt mellom separasjoner og selvmord. På grunnlag av dette kan noen sosiologiske faktorer se ut til ha en sammenheng med hvor høy eller lav selvmordsraten i et fylke er. Majoriteten av utvalgte variabler ser ikke ut til å kunne assosieres med menns selvmordsrater, uten at vi av den grunn kan konkluderer med at det er slik. De signifikante resultatene i de univariate analysene kan ikke utelukkes, da disse kunne vist seg signifikante med andre variabler enn de som er undersøkt i denne oppgaven. I denne sammenhengen er det nok en gang viktig å påpeke at våre funn ikke kan tilskrives et individnivå. Dermed kan ikke de rent statistiske sammenhengene si noe om risikoen for selvmord, eller noe om årsaken til at noen velger å begå selvmord.

Etter å ha drøftet den positive assosiasjonen mellom uførhet og separasjoner og selvmordsraten, kan det se ut som om integrasjon står igjen som et viktig begrep. Både uførhet og separasjoner kan knyttes til dette, og våre funn kan dermed sies å støtte Durkheims tanker og teorier. For Durkheim var det individuelle selvmordet et ekko av samfunnets tilstand, og derfor måtte prosesser og forandringer i samfunnet identifiseres for å kunne forklare selvmord. Kan våre funn forklares ved hjelp av Durkheims selvmordsteori 100 år etter hans teori ble presentert? Vi mener så, men at dette særlig kan gjelde det anomiske og egoistiske selvmordet. Både uførhet og separasjoner refererer til styrken på individenes bånd til samfunnet, og stabiliteten av de sosiale relasjonene i samfunnet. Videre kom det

fram i vår diskusjon at graden av integrasjon, samt tilstedeværelse av normer og regler kunne påvirke selvmordsraten.

Særlig overraskende for oss var det at variabelen "arbeidsledig" ikke viste seg signifikant, da variablene "uføretrygdede" viste seg å være det. I følge lest litteratur har disse to variablene mange likhetstrekk. Videre var det overraskende at variabelen "gifte" heller ikke påvirket selvmordsraten. Vi hadde på forhånd antatt at denne variabelen ville redusere selvmordsraten, da majoriteten av gjennomgått litteratur beskriver ekteskapet som en beskyttende faktor mot selvmord. Vi trodde derimot at variabelen "ugifte" ville øke selvmordsraten, noe den ikke gjorde. Som nevnt tidligere ligger det en naturlig forklaring bak dette funnet, da variabelen også omfatter samboere.

På bakgrunn av våre analyser vil vi foreslå, at videre forskning bør fokusere på sammenhengen mellom sosiologiske faktorer og selvmord, da ved bruk av andre studiedesign. Dette kan bidra til at man muligens kommer nærmere kausale konklusjoner. Mer kunnskap om hva som skiller variablene separasjoner og skilsmisser, og hvordan de påvirker selvmordsratene er av interesse. Videre kunne det vært nyttig å se nærmere på hvordan sivilstatusen samboere kan påvirke selvmordsratene. Denne sivilstatusen kan sies å bli mer og mer vanlig, og noe av det som gjør denne gruppen interessant er at samboere i mange tilfeller lever som gifte. Især om det finnes felles barn. Statistikk på hvor mange samboerskap som avsluttes vil også etter vår mening være interessant å innlemme. Ny forskning bør også omfatte både sosiologiske og psykologiske faktorer, og se hvordan disse faktorene sammen påvirker selvmordsratene.

Å se nærmere på forskjellene mellom kvinner og menn når det gjelder disse faktorene er et annet moment. På bakgrunn av at vi nå vet at menn begår selvmord om lag tre ganger så ofte som kvinner, er det fortsatt viktig å finne ut mer om hvorfor menn er så sårbare. Finner man flere svar på dette kan det bli enklere å forebygge selvmord, ved å etablere tiltak som er spesifikt rettet inn mot menn. Videre arbeid med å identifisere ulike risikofaktorer for selvmord som finnes i samfunnet er også viktig, særlig når samfunnet stadig er i endring. Kanskje spesielt er dette viktig blant utsatte grupper i samfunnet; slik som unge menn i nord Norge, unge uføre og etniske minoriteter. Dette kan gi svar i forhold til arbeidet med potensielle forbyggende tiltak for selvmord. Da dette fenomenet ser ut til å være et økende globalt folkehelseproblem.

Selv mord kan beskrives som en høyst personlig handling, men denne handlingen har samtidig dype røtter i menneskelige og sosiale forhold (5). Filosofen H. Ofstad uttrykker at selvmord er:

Et nederlag for samfunnet. Det er et nederlag fordi det er vår oppgave å gjøre tilværelsen slik at det er bedre å leve enn å dø. Om noen foretrekker å dø, viser det at vi ikke har lyktes (130, s.256).

Vi kan konkludere med at selvmord er en kompleks hendelse som påvirkes av mange og flere faktorer, enn vi har kunnet observere i vår analyse. Sosiale, miljømessige, genetiske og biologiske faktorer er koblet til selvmord (131). Imidlertid er disse faktorene ikke i stand til å forklare selvmord alene, fordi selvmord sannsynlig er avhengig av interaksjonen mellom genetisk disposisjon og

miljømessige risikofaktorer (131). Det viktig å være klar over at tilstedeværelsen av en eller flere risikofaktorer ikke umiddelbart gjør en person selvmordstruet (47). På en annen side kan heller ikke fravær av en eller flere risikofaktorer eliminere risikoen for selvmord (47). Selvmordsatferd kan også handle om tilgang og mulighet til å utføre selve handlingen. Til slutt mener vi at selvmord bør ses i et helhetlig perspektiv, da årsakene rommer mer enn samfunnsmessige strukturer (47).

LITTERATURLISTE

1. Folkehelseinstituttet. Selvmord og selvmordsforsøk
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15,4576:1:0:0:::0:0&MainLeft_6039=6041:70808::1:6043:23:::0:0
(27.02. 12)
2. Statistisk Sentralbyrå. Dødsfall i trafikken (tabell: 09035).
http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?Productid=03.01&PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selecttable/MenuSelP.asp&SubjectCode=03
(07.03. 12)
3. World Health Organization. Suicide. <http://www.who.int/topics/suicide/en/>
(07.03. 12)
4. Durkheim É. Suicide. A study in sociology. Great Britain: Routledge Classics, 2006.
5. Retterstøl N, Ekeberg Ø, Mehlum L. Selvmord- et personlig og samfunnsmessig problem Gjøvik: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2002.
6. Schiefloe PM. Mennesker og samfunn. Innføring i sosiologisk forståelse. Polen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, 2003.
7. Durkheim É. Selvmordet. 3 utg. Trondheim: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2003.
8. Mehlum L. Tilbake til livet. Selvmordsforebygging i teori og praksis. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS, 1999.
9. Health Services Directorate. Suicide in Canada. http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/pdf/suicid_e.pdf (12.02. 12)
10. Vivat. Førstehjelp ved selvmordsfare. Tromsø: Lundblad Media AS, 2001.
11. Håkonsen KM. Innføring i psykologi. 4.utgave. utg. Polen: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2009.
12. Vråle BV. Møte med det selvmordstruede mennesket. 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2009.
13. World Health Organization. Suicide prevention.
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html (Nedlastet: 03.02.12))
14. World Health Organization. The world health report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope.
http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf (Nedlastet 13.03.12) (13.03. 12)

15. Pritchard C. Suicide-the ultimate rejection? A psycho-social study. Bristol: Open University Press, 1995.
16. Lovdata. Lov om straff (straffeloven) Kap. 25. § 277. Medvirkning til selvmord og til selvpåført betydelig skade på kropp eller helse.
<http://www.lovdatab.no/all/tl-20050520-028-028.html> - 277 (13.03. 12)
17. Ying Y-H, Chang K. A Study of Suicide and Socioeconomic Factors. . The American Association of Suicidology 2009; 39: 214–26.
18. Retterstøl N. Selvmord. Oslo: Universitetsforlaget AS, 1995.
19. Barstad A. Changing welfare, living condition and social integration. Dissertation for the degree of PhD a the Faculty of Social Science, University of Oslo.
http://www.duo.uio.no/publ/iss/2008/88652/avhandling_barstad.pdf (02.0.4 12)
20. Kushner HI, Sterk CE. The Limits of Social Capital: Durkheim, Suicide, and Social Cohesion. American Journal of Public Health 2005; 95: 1139- 43.
21. Johnson BD. Durkheim´s One Cause of Suicide. American Sociological Review 1965; 30: 875-86.
22. Hassan R. One hundred years of Emilie Durkheim´s Suicide: A study in Sociology. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 1998; 32 : 168-71.
23. Fernquist RM. How Do Durkheimian Variables Impact Variation in National Suicide Rates When Proxis for Depression and Alcoholism are Controlled? . Archives of Suicide Research 2007; 11: 361- 74.
24. Larsen SU. Teori og metode i samfunnsfaga. Oslo: Det Norske Samlaget, 1999.
25. Skog O-J. Alcohol and Suicide: Durkheim Revisited. Acta Sociologica 1991; 34: 193-206.
26. Qin MD, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide Risk in Relation to Socioeconomic, Demographic, Psychiatric, and Familial Factors: A National Register-Based Study of All Suicides in Denmark, 1981-1997. American Journal of Psychiatry 2003; 160: 765- 72.
27. Andrés AR, Halicioglu F. Determinants of suicides in Denmark: Evidence from time series data. Health Policy 2010; 98: 263-9.
28. Andrés A, Halicioglu F, Yamamura E. Socio-economic determinants of suicide in Japan. Urban Studies 2011; 40: 2769- 76.

29. Stack S. Suicide: A 15-Year Review of the Sociological Literature. Part I: Cultural and Economic Factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2000; 30.
30. Blakely TA, Collings SCD, Atkinson J. Unemployment and suicide. Evidence for a causal association? *Journal of Epidemiology & Community Health* 2003; 57: 594- 600.
31. Kposowa AJ. Unemployment and suicide: a cohort analysis of social factors predicting suicide in the US National Longitudinal Mortality Study. *Psychological Medicine* 2001; 31: 127-38.
32. Wincy SC, Chan W, Yip P et al. Suicide and Unemployment: What are the Missing Links? *Archives of Suicide Research* 2007; 11: 327-35.
33. Mäkinen IH, Wasserman D. Labour market, work environment and suicide. I: Wasserman D, Wasserman C, red. *Suicidology and Suicide Prevention- A global Perspective*. New York: Oxford University Press, 2009.
34. Andrés AR. Income inequality, unemployment, and suicide: a panel data analysis of 15 European countries. *Applied Economics* 2005; 37: 439-51.
35. Agerbo E. Effect of psychiatric illness and labour market status on suicide: a healthy worker effect? *Journal of Epidemiology Community Health* 2005; 59: 598-602.
36. Karlsson N. Prospective Cohort Studies of Disability Pension and Mortality in a Swedish County.
http://ki.se/content/1/c6/02/95/78/Avhandling_Nadine_Karlsson.pdf (15.03.12)
37. Åhs AMH, Westerling R. Mortality in relation to employment status during different levels of unemployment. *Scandinavian Journal of Public Health* 2006; 34: 159-67.
38. Johansson LM, Sundquist J, Johansson S-E et al. Ethnicity, social factors, illness and suicide:a follow-up study of a random sample of the Swedish population. *Acta Phychiatrica Scandinavica* 1997; 95: 125-31.
39. Aarre TF, Bugge P, Juklestad SI. *Psykiatri for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, 2009.
40. Abel EL, Kruger ML. Educational attainment and suicide rates in the United States. *Psychological Reports* 2005; 97: 25-8.
41. Lorant V, Kunst AE, Huisman M et al. Socio-economic inequalities in suicide: a European comparative study. *The British Journal of Psychiatry* 2005; 187: 49-54.

42. Fernquist RM. Education, race/ethnicity, age, sex and suicide: Individual-level data in the United States, 1991-1994. *Current Research in Social Psychology* 2001; 6: 277-91.
43. Cubbin C, LeClere FB, Smith GS. Socioeconomic Status and the Occurrence of Fatal and Nonfatal Injury in the United States. *Journal of Epidemiology & Community Health* 2000; 90: 70-7.
44. Qin P, Agerbo E, Westergaard- Nielsen N et al. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *The British Journal of Psychiatry* 2000; 177: 546-50.
45. Mäkinen IH. Social theories of suicide. . I: Wasserman D, Wasserman C, red. *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. New York: Oxford Univeristy Press, 2009.
46. Lindeman S, Läärä E, Hakko H et al. A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. *British Journal of Psychiatry* 1996; 168: 274-9.
47. Worchel D, Gearing RE. *Suicide Assessement and Treatment, Empirical and Evidence-Based Practices*. New York: Springer Publishing Company, LLC, 2010.
48. Duggan CF, Sam P, Lee AS et al. Can future suicidal behaviour in depressed patients be predicted? *Journal of Affective Disorders* 1991; 22: 111-18.
49. Kposowa AJ. Marital status and suicide in the national Longitudinal Mortality Study. *Journal of Epidemiology Community Health* 2000; 54: 254-61.
50. Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K. Suicidal risk factors and completed suicide: meta- analyses on psychological autopsy studies. *Environmental Health and Preventive Medicine* 2008; 13: 243-56.
51. Hawton K. Gender differences in suicidal behaviour. *British Journal of Psychiatry* 2000; 177: 484-85.
52. Smith JC, Mercy JA, Conn JM. Marital Status and the Risk of Suicide. *American Journal of Public Health* 1988; 78: 78-80.
53. Large M, Sharma S, Cannon E et al. Risk factors for suicide within a year of discharge from psychiatric hospital:a systematic meta-analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2011; 45: 619-28.
54. Möller-Leimkühler AM. The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnreable? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2003; 253: 1-8.

55. Duffy D, Ryan T. *New Approaches to Preventing Suicide-A manual for practitioners*. United Kingdom: Jessica Kingsley Publishers, 2004.
56. Sosial- og helsedepartementet. *Alkoholpolitikken i endring? NOU 1995: 24*. <http://www.regjeringen.no/Rpub/NOU/19951995/024/PDFA/NOU199519950024000DDDPDFA.pdf> (20.03. 12)
57. Cherpitel CJ, Borges GLG, Wilcox HC. *Acute alcohol use and Suicidal behaviour. A Review of the Literature*. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2004; 28: 18-28.
58. Vijayakumar L, Kumar MS, Vijayakumar V. *Substance use and suicide*. *Current Opinion in Psychiatry* 2011; 24: 197-202.
59. Kullgren G, Tengström A, Grann M. *Suicide among personality-disordered offenders:a follow-up study of 1943 male criminal offenders*. *Social Psychiatry Epidemiology* 1998; 33: 102-06.
60. Fazel S, Cartwright J, Normann-Nott A et al. *Suicide in Prisoners: A systematic review of risk factors*. *Journal of Clinical Psychiatry* 2008; 69: 1721-31.
61. Kerkhof AJ, Bernasco W. *Suicidal behaviour in Jails and Prisons in The Netherlands:Incidence, Characteristics, and Prevention*. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 1990; 20: 123-37.
62. Webb RT, Qin P, Stevens H et al. *National Study of Suicide in All People With a Criminal Justice History*. *Archives of General Psychiatry* 2011; 68: 591-9.
63. Sundaram V, Qin P, Zøllner L. *Suicide Risk Among Persons with Foreign Background in Denmark*. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2006; 36: 481-89.
64. Westman J, Sundquist J, Johansson LM et al. *Country of Birth and Suicide: A Follow-up Study of a National Cohort in Sweden*. *Archives of Suicide Research* 2006; 10: 239-48.
65. Sher L. *On the role of neurobiological and genetic factors in the etiology and pathogenesis of suicidal behavior among immigrants*. *Medical Hypotheses* 1999; 52: 110-11.
66. Kposowa AJ, McElvain P, Breault KD. *Immigration and Suicide:The Role of Marital Staus, Duration of Residence, and Social Intergration*. *Archives of Suicide Research* 2008; 12: 82-92.
67. Fossion P, Servais L, Rejas M-C et al. *Psychosis, migration and social environment: an age-and-gender controlled study*. *European Psychiatry* 2004; 19: 338–43.

68. Voracek M, Loibl LM. Consistency of immigrant and country-of-birth suicide rates: a meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2008; 118: 259-71.
69. Blom S. Innvandreres helse 2005/2006.
http://www.ssb.no/emner/00/02/rapp_200835/rapp_200835.pdf (05.04. 12)
70. Dahl S, Sveaass N, Varvin S. Psykiatrisk og psykososialt arbeid med flyktninger- veileder.
<http://www.nkvts.no/biblioteket/Publikasjoner/PsykArbeidFlyktningerVeileder.pdf> (18.03 12)
71. Vågårøy T. Asylsøkere og flyktninger i psykisk helsevern.
<https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no/tema/generelle-hoeringssvar/enkelt svar/12647/> (10.04. 12)
72. Stack S. Suicide: A 15-Year Review of the Sociological Literature Part II: Modernization and Social Integration Perspectives. *The American Association of Suicidology* 2000; 30: 163- 76.
73. Helsetilsynet. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2004 med helsetjenester til nyankomne asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente.
http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2005/helsetilsynetrapport3_2005.pdf (08.03. 12)
74. Hjern A, Allbeck P. Suicide in first-and second-generation immigrants in Sweden, A comparative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2002; 37: 423-29.
75. Sharma M, Bhugra D. Suicide among migrants. I: Wasserman D, Wasserman C, red. *Suicidology and Suicide Prevention- A global Perspective*. New York: Oxford University Press, 2009.
76. Crawford MJ, Nur U, McKenzie K et al. Suicidal ideation and suicide attempts among ethnic minority groups in England: results of a national household survey. *Psychological Medicine* 2005; 35: 1369-77.
77. Malenfant EC. Suicide in Canada's immigrant population. *Health Reports* 2004; 15: 9-17.
78. Singh GK, Miller BA. Health, Life Expectancy, and Mortality Patterns Among Immigrant Populations in the United States. *Canadian Journal of Public Health* 2004; 95: 114-21.
79. Burvill PW. Migrant suicide rates in Australia and in country of birth. *Psychological Medicine* 1998; 28: 201-8.
80. Bhopal R. Concepts of epidemiology. Intergrating the ideas, theories, principles and methods of epidemiology. 2. utg. New York: Oxford University Press, 2008.

81. Statistisk Sentralbyrå. Dødsfall, etter kjønn og detaljert dødsårsak (tabell 09035)
http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?Productid=03.01&PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selecttable/MenuSelP.asp&SubjectCode=03
(06.01. 12)
82. Statistisk Sentralbyrå. Arbeidsledighet (tabell: 01603).
http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selecttable/hovedtabellHjem.asp&KortnavnWeb=regledig
(24.01. 12)
83. Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank
<http://khs.fhi.no/webview/> (se uføretrygdede i meny til venstre) (25.01. 12)
84. Statistisk Sentralbyrå. Minimum og maksimum inntekt (tabell: 08409).
http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selecttable/MenuSelS.asp&SubjectCode=05 (25.01. 12)
85. Statistisk Sentralbyrå. Universitet/Høgskole utdanning lang (tabell: 06983).
http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?Productid=04.01&PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selecttable/MenuSelP.asp&SubjectCode=04
(25.01. 12)
86. Statistisk Sentralbyrå. Universitet/Høgskole kort (tabell: 06983).
http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?Productid=04.01&PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selecttable/MenuSelP.asp&SubjectCode=04
(24.01. 12)
87. Statistisk Sentralbyrå. Sivilstatus: separerte,skilte,ugifte,gifte og enkemenn (tabell: 03031).
http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selectvarval/define.asp&Tabellid=03031 (20.01. 12)
88. Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank.
<http://khs.fhi.no/webview/> (se sykehusinnleggelser i meny til venstre)
(23.01. 12)
89. Vinmonopolet. Salgstall 2007. <http://www.vinmonopolet.no/artikkel?id=470>
(28.02. 12)
90. Vinmonopolet. Salgstall 2008. <http://www.vinmonopolet.no/artikkel?id=471>
(28.02. 12)
91. Vinmonopolet. Salgstall 2009. <http://www.vinmonopolet.no/artikkel?id=472>
(28.02. 12)
92. Vinmonopolet. Salgstall 2010. http://www.vinmonopolet.no/is-bin/INTERSHOP.enfinity/WFS/store-vmp-Site/no_NO/-/NOK/viewCMS-Start?id=cms&key=223183 (28.02. 12)

93. Statistisk Sentralbyrå. Straffede (tabell: 51).
http://www.ssb.no/emner/03/05/a_krim_tab/tab/tab-2011-12-22-51.html
(Nedlastet: 23.02.12))
94. Statistisk Sentralbyrå. Lovbrudd (tabell: 08487).
http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?Productid=03.05&PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selecttable/MenuSelP.asp&SubjectCode=03
(21.01. 12)
95. Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank.
<http://khs.fhi.no/webview/> (se innvandrere i meny til venstre) (28.01. 12)
96. Statistisk Sentralbyrå. Informasjon om utdanningsstatistikken.
<http://www.ssb.no/vis/utniv/om.html> (24.01. 12)
97. Aarnes H. Litt statistikk.
<http://www.mn.uio.no/bio/tjenester/kunnskap/plantefys/matematikk/stat.pdf>
98. Field A. Discovering Statistics Using SPSS. 3. utg. California: SAGE Publication Ltd, 2009.
99. Holte HH, Krokstad S, Magnus P. Årsaker til uførepensjonering.
<http://www.fhi.no/dokumenter/917FF32ECC374C34AC962E10246480B2.pdf>
(26.03. 12)
100. Lovdata. Lov om folketrygd (Folketrygdloven) Kap. 12. § 12-6. Sykdom, skade eller lyte – krav til årsakssammenheng. <http://www.lovdata.no/all/tl-19970228-019-036.html> (29.03. 12)
101. Folkehelseinstituttet. Arbeid, trygd og helse.
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15,4577:1:0:0:::0:0&MainLeft_6039=6041:70819::1:6043:7:::0:0
(26.02. 12)
102. Krokstad S, Johnsen R, Westin S. Medisinske og ikke- medisinske risikofaktorer for uførepensjon. Tidsskrift for Den norske Legeforening 2002; 122: 1479-85.
103. Mortensen PB, Agerbo E, Erikson T et al. Psychiatric illness and risk factors for suicide in Denmark. The Lancet 2000; 355: 9-12.
104. Folkehelseinstituttet. Velstående barndom gir selvmordsrisiko for kvinner.
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661=5565:0:15,3261:1:0:0:::0:0&MainLeft_5565=5544:60998::1:5569:5:::0:0
(31.03. 12)
105. Sosial- og helsedirektoratet. Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse. Gradientutfordringen.
<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/gradientutfordringen-sosial--og-helsedirektoratets-handlingsplan-mot-sosiale-ulikheter-i->

- [helse/Publikasjoner/gradientutfordringen-sosial--og-helsedirektoratets-handlingsplan-mot-sosiale-ulikheter-i-helse.pdf](#) (05.04. 12)
106. Tyssen R. Helseproblemer og helsetjeneste blant leger. Tidsskrift for Den norske Legeforening 2001; 121: 2527-32.
 107. Wilkinson RG. National Mortality Rates: The Impact of Inequality? American Journal of Public Health 1992; 82: 1082-4.
 108. Helliwell JF. Well-Being and Social Capital: Does Suicide Pose a Puzzle? Social Indicators Research 2004; 81: 455-96.
 109. Lin S-J. Unemployment and suicide: Panel data analyses. The Social Science Journal 2006; 43: 727-32.
 110. Qin MD. Sosioøkonomiske og demografiske faktorer sett i forhold til selvmordsrisiko. Suicidiologi 2007; 12: 16-9.
 111. Ytterdahl T, Fugelli P. Helse og livskvalitet blant langtidsledige. Tidsskrift for Den norske Legeforening 2000; 120: 1308-11.
 112. Lindegaard H. Does Unemployment Really Kill? . http://pure.au.dk/portal/files/13811/Ph.d._2010_8 (30.03. 12)
 113. Lindegaard H. Essays on Causal Relation in Labour Market Status and Health. PhD Dissertation. http://pure.au.dk/portal/files/13811/Ph.d._2010_8 (13.02. 12)
 114. Norges offentlige utredninger, Helse og omsorgsdepartementet. NOU 2010: 13, Arbeid for helse, Sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren. <http://www.regjeringen.no/pages/14732769/PDFS/NOU201020100013000DDDPDFS.pdf> (15.03. 12)
 115. Dahl E, van der Wel KA, Harsløf I. Arbeid, helse og sosial ulikhet. <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/arbeid-helse-og-sosial-ulikhet/Publikasjoner/arbeid-helse-og-sosial-ulikhet.pdf> (20.02. 12)
 116. Mehlum L, Dieserud G, Ekeberg Ø et al. Forebygging av selvmord, del 1: Psykoterapi, medikamentelle intervensjoner og elektrokonvulsiv terapi. Rapport fra Kunnskapssentret 2006.
 117. Hawton K, Heeringen KV. Suicide. The Lancet 2009; 373: 1372-81.
 118. Statistisk sentralbyrå. Selvmord og selvmordsrate per 100 000 innbyggere, etter kjønn og alder. 1951-2009. <http://www.ssb.no/dodsarsak/arkiv/tab-2010-12-03-08.html> (06.01. 12)
 119. Neumayer E. Socioeconomic factors and suicide rates at largeunit aggregate levels: a comment. Urban Studies 2006; 40: 2769- 76.

120. Yamamura E. The different impacts of social-economic factors on suicide between males and females. Applied Economics Letters.
http://mpra.ub.uni-muenchen.de/10175/1/MPRA_paper_10175.pdf (13.02. 12)
121. Stack S. The Impact of Divorce on Suicide in Norway 1951-1980. Journal of Marriage and the Family 1989; 51: 229-38.
122. Hawton K. Why has suicide increased in young males? Crisis 1998; 19: 119-24.
123. Thuen F. Samlivsbrudd og psykisk helse: Psykiske virkninger.
http://www.familieudvikling.dk/fileadmin/filer/forskningsrapporter/Frode_Thuen_-_samlivsbrudd_og_psykisk_helse_-_psykiske_virkninger.pdf (05.03. 12)
124. Blekesaune M. Helsemessig seleksjon inn og ut av ekteskapet:Helsesvake partnere mindre populære. <http://www.ssb.no/ssp/utg/200303/05/> (08.04. 12)
125. Heikkinen M, Aro H, Lönnqvist J. Review Article. Life Events and Social Support in Suicide. The American Association for Suicidology 2010; 23: 343-58.
126. Thuen F, Rise J. Dimensionality of psychosocial responses to marital disruption. Scandinavian Journal of Psychology 2001; 42: 9-15.
127. Burrows S, Auger N, Gamache P et al. Influence of social and material individual and area deprivation on suicide mortality among 2.7 million Canadians: A prospective study. BMC Public Health
<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-11-577.pdf> (13.02. 12)
128. Næss Ø. Individ- og gruppenivå i befolknings-undersøkelser og helsetjenesteforskning. Tidsskrift for Den norske Legeforening 2004; 124: 2783-4.
129. Ludwig J, Marcotte DE, Norberg K. Anti- depressants and Suicide.
<http://www.nber.org/papers/w12906.pdf> (20.02. 12)
130. Hammerlin Y. En resept på et selvmordsfritt samfunn? I: Herrestad H, Mehlum L, red. Uutholdelige liv Om selvmord, eutanasi og behandling av døende. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2005.
131. Mandelli L, Carli V, Serreti A et al. Suicidal behaviour: genes, environmental stress and temperamental traits. Suicidologi 2011; 16: 18-26.

VEDLEGG 1

Tabell A: Deskriptiv statistikk (minimum og maksimum verdier)

Descriptive Statistics ^a					
Fylker		N	Minimum	Maximum	Mean
Akershus	Straffede2010	1	115,70	115,70	115,7000
	Innleggelser2010	1	21,40	21,40	21,4000
	UføreMean	1	5,65	5,65	5,6500
	UniversitetlangMean	1	85,47	85,47	85,4687
	UgifteMean	1	511,77	511,77	511,7710
	EnkemennMean	1	18,60	18,60	18,5956
	SkilteMean	1	66,73	66,73	66,7329
	SeparerteMean	1	14,91	14,91	14,9150
	maxInntektMean	1	174,84	174,84	174,8406
	Valid N (listwise)	1			
AustAgd	Straffede2010	1	145,80	145,80	145,8000
	Innleggelser2010	1	34,50	34,50	34,5000
	UføreMean	1	10,65	10,65	10,6500
	UniversitetlangMean	1	45,67	45,67	45,6691
	UgifteMean	1	505,54	505,54	505,5443
	EnkemennMean	1	21,75	21,75	21,7477
	SkilteMean	1	69,10	69,10	69,0960
	SeparerteMean	1	14,65	14,65	14,6485
	maxInntektMean	1	105,41	105,41	105,4095
	Valid N (listwise)	1			
Buskerud	Straffede2010	1	108,40	108,40	108,4000
	Innleggelser2010	1	23,80	23,80	23,8000
	UføreMean	1	7,38	7,38	7,3750
	UniversitetlangMean	1	48,94	48,94	48,9445
	UgifteMean	1	509,65	509,65	509,6472
	EnkemennMean	1	22,62	22,62	22,6200
	SkilteMean	1	76,06	76,06	76,0613
	SeparerteMean	1	14,31	14,31	14,3121
	maxInntektMean	1	127,48	127,48	127,4809
	Valid N (listwise)	1			
Finnmark	Straffede2010	1	101,00	101,00	101,0000

	Innleggelser2010	1	32,20	32,20	32,2000
	UføreMean	1	11,33	11,33	11,3250
	UniversitetlangMean	1	27,68	27,68	27,6845
	UgifteMean	1	593,06	593,06	593,0599
	EnkemennMean	1	18,79	18,79	18,7862
	SkilteMean	1	70,91	70,91	70,9110
	SeparerteMean	1	14,39	14,39	14,3940
	maxInntektMean	1	92,54	92,54	92,5361
	Valid N (listwise)	1			
Hedmark	Straffede2010	1	98,30	98,30	98,3000
	Innleggelser2010	1	28,30	28,30	28,3000
	UføreMean	1	11,00	11,00	11,0000
	UniversitetlangMean	1	35,99	35,99	35,9888
	UgifteMean	1	517,66	517,66	517,6604
	EnkemennMean	1	30,49	30,49	30,4899
	SkilteMean	1	73,71	73,71	73,7089
	SeparerteMean	1	13,26	13,26	13,2584
	maxInntektMean	1	82,74	82,74	82,7380
	Valid N (listwise)	1			
Hordalan	Straffede2010	1	101,20	101,20	101,2000
	Innleggelser2010	1	23,60	23,60	23,6000
	UføreMean	1	6,43	6,43	6,4250
	UniversitetlangMean	1	61,90	61,90	61,9014
	UgifteMean	1	548,75	548,75	548,7486
	EnkemennMean	1	18,93	18,93	18,9291
	SkilteMean	1	56,43	56,43	56,4274
	SeparerteMean	1	11,88	11,88	11,8779
	maxInntektMean	1	140,60	140,60	140,5955
	Valid N (listwise)	1			
MøreogRo	Straffede2010	1	85,60	85,60	85,6000
	Innleggelser2010	1	21,90	21,90	21,9000
	UføreMean	1	7,30	7,30	7,3000
	UniversitetlangMean	1	32,90	32,90	32,8959
	UgifteMean	1	537,70	537,70	537,6962
	EnkemennMean	1	21,21	21,21	21,2106
	SkilteMean	1	54,92	54,92	54,9197
	SeparerteMean	1	10,53	10,53	10,5271
	maxInntektMean	1	120,93	120,93	120,9278
	Valid N (listwise)	1			
Nordland	Straffede2010	1	78,50	78,50	78,5000

	Innleggelser2010	1	26,60	26,60	26,6000
	UføreMean	1	10,60	10,60	10,6000
	UniversitetlangMean	1	31,80	31,80	31,7950
	UgifteMean	1	559,39	559,39	559,3879
	EnkemennMean	1	23,65	23,65	23,6451
	SkilteMean	1	67,42	67,42	67,4159
	SeparerteMean	1	11,84	11,84	11,8388
	maxInntektMean	1	91,69	91,69	91,6930
	Valid N (listwise)	1			
NordTrøn	Straffede2010	1	98,10	98,10	98,1000
	Innleggelser2010	1	29,80	29,80	29,8000
	UføreMean	1	9,18	9,18	9,1750
	UniversitetlangMean	1	35,29	35,29	35,2865
	UgifteMean	1	547,72	547,72	547,7202
	EnkemennMean	1	23,74	23,74	23,7397
	SkilteMean	1	60,27	60,27	60,2653
	SeparerteMean	1	10,93	10,93	10,9303
	maxInntektMean	1	84,60	84,60	84,5985
	Valid N (listwise)	1			
Oppland	Straffede2010	1	93,70	93,70	93,7000
	Innleggelser2010	1	31,50	31,50	31,5000
	UføreMean	1	9,52	9,52	9,5250
	UniversitetlangMean	1	36,92	36,92	36,9241
	UgifteMean	1	523,70	523,70	523,7011
	EnkemennMean	1	27,98	27,98	27,9824
	SkilteMean	1	68,98	68,98	68,9807
	SeparerteMean	1	13,36	13,36	13,3583
	maxInntektMean	1	86,31	86,31	86,3129
	Valid N (listwise)	1			
Oslo	Straffede2010	1	98,60	98,60	98,6000
	Innleggelser2010	1	30,80	30,80	30,8000
	UføreMean	1	5,53	5,53	5,5250
	UniversitetlangMean	1	125,10	125,10	125,0983
	UgifteMean	1	579,33	579,33	579,3343
	EnkemennMean	1	16,86	16,86	16,8590
	SkilteMean	1	71,07	71,07	71,0684
	SeparerteMean	1	16,92	16,92	16,9229
	maxInntektMean	1	182,22	182,22	182,2201
	Valid N (listwise)	1			
Rogaland	Straffede2010	1	103,80	103,80	103,8000

	Innleggelser2010	1	24,70	24,70	24,7000
	UføreMean	1	6,15	6,15	6,1500
	UniversitetlangMean	1	55,65	55,65	55,6482
	UgifteMean	1	526,15	526,15	526,1484
	EnkemennMean	1	17,13	17,13	17,1268
	SkilteMean	1	53,40	53,40	53,3983
	SeparerteMean	1	12,57	12,57	12,5705
	maxInntektMean	1	167,99	167,99	167,9858
	Valid N (listwise)	1			
SognFjor	Straffede2010	1	75,90	75,90	75,9000
	Innleggelser2010	1	28,50	28,50	28,5000
	UføreMean	1	7,13	7,13	7,1250
	UniversitetlangMean	1	33,92	33,92	33,9169
	UgifteMean	1	562,09	562,09	562,0880
	EnkemennMean	1	21,47	21,47	21,4735
	SkilteMean	1	44,60	44,60	44,5958
	SeparerteMean	1	9,30	9,30	9,2963
	maxInntektMean	1	102,45	102,45	102,4502
	Valid N (listwise)	1			
SørTrønd	Straffede2010	1	105,40	105,40	105,4000
	Innleggelser2010	1	26,40	26,40	26,4000
	UføreMean	1	7,85	7,85	7,8500
	UniversitetlangMean	1	79,41	79,41	79,4068
	UgifteMean	1	572,06	572,06	572,0570
	EnkemennMean	1	20,60	20,60	20,5961
	SkilteMean	1	59,75	59,75	59,7537
	SeparerteMean	1	10,98	10,98	10,9840
	maxInntektMean	1	116,41	116,41	116,4145
	Valid N (listwise)	1			
Telemark	Straffede2010	1	133,00	133,00	133,0000
	Innleggelser2010	1	38,60	38,60	38,6000
	UføreMean	1	10,70	10,70	10,7000
	UniversitetlangMean	1	41,15	41,15	41,1497
	UgifteMean	1	507,71	507,71	507,7076
	EnkemennMean	1	24,33	24,33	24,3269
	SkilteMean	1	76,29	76,29	76,2936
	SeparerteMean	1	14,73	14,73	14,7289
	maxInntektMean	1	106,90	106,90	106,8999
	Valid N (listwise)	1			
Troms	Straffede2010	1	86,00	86,00	86,0000

	Innleggelser2010	1	22,80	22,80	22,8000
	UføreMean	1	9,73	9,73	9,7250
	UniversitetlangMean	1	53,86	53,86	53,8613
	UgifteMean	1	587,08	587,08	587,0831
	EnkemennMean	1	18,52	18,52	18,5164
	SkilteMean	1	62,95	62,95	62,9453
	SeparerteMean	1	11,15	11,15	11,1474
	maxInntektMean	1	102,05	102,05	102,0534
	Valid N (listwise)	1			
VestAgd	Straffede2010	1	135,00	135,00	135,0000
	Innleggelser2010	1	34,20	34,20	34,2000
	UføreMean	1	9,63	9,63	9,6250
	UniversitetlangMean	1	46,52	46,52	46,5209
	UgifteMean	1	508,43	508,43	508,4340
	EnkemennMean	1	19,75	19,75	19,7471
	SkilteMean	1	60,20	60,20	60,2047
	SeparerteMean	1	13,35	13,35	13,3495
	maxInntektMean	1	118,51	118,51	118,5058
	Valid N (listwise)	1			
Vestfold	Straffede2010	1	137,20	137,20	137,2000
	Innleggelser2010	1	28,60	28,60	28,6000
	UføreMean	1	9,50	9,50	9,5000
	UniversitetlangMean	1	46,54	46,54	46,5427
	UgifteMean	1	499,93	499,93	499,9333
	EnkemennMean	1	23,00	23,00	23,0018
	SkilteMean	1	80,48	80,48	80,4781
	SeparerteMean	1	15,17	15,17	15,1691
	maxInntektMean	1	116,52	116,52	116,5166
	Valid N (listwise)	1			
Østfold	Straffede2010	1	121,70	121,70	121,7000
	Innleggelser2010	1	24,20	24,20	24,2000
	UføreMean	1	10,68	10,68	10,6750
	UniversitetlangMean	1	38,72	38,72	38,7164
	UgifteMean	1	494,17	494,17	494,1730
	EnkemennMean	1	24,42	24,42	24,4159
	SkilteMean	1	77,17	77,17	77,1681
	SeparerteMean	1	15,62	15,62	15,6172
	maxInntektMean	1	97,48	97,48	97,4801
	Valid N (listwise)	1			

