

Sammendrag

Selv mord er et stort folkehelseproblem, men et fenomen som er vanskelig å forklare årsakssammenhenger til på grunn av det begrensede datamaterialet. Det er lite som er kjent om utvikling over tid i bruken av ulike selvmordsmetoder i Norge, og om det er ulik utvikling for kvinner og menn. Hensikten med denne oppgaven er derfor å gi en sammenfatning av denne utviklingen, med fokus på psykologiske aspekter som kan bidra til å forklare utviklingen. Data for antall selvmord i årene 1980-2012 i Norge fordelt på kjønn, alder og selvmordsmetode, er innhentet fra Statistisk Sentralbyrå. Resultatene viser at bruken av ulike selvmordsmetoder varierte over tid, med størst variasjon for kategorien ”skyting og eksplosive stoffer”. Det var også her vi fant den største kjønnsforskjellen, med 30,5 ganger høyere risiko for å begå selvmord ved denne metoden for menn enn for kvinner. 84,3 % av mennene og 60,2 % av kvinnene valgte voldsomme selvmordsmetoder. Når vi fjernet de tre største kategoriene av voldsomme selvmordsmetoder, så vi at kjønnsforskjellen for frekvens av selvmord ble borte. Analysene viser at så godt som hele incidensrateøkningen i Norge på slutten av 80-tallet kan forklares med bruk av skytevåpen som metode for selvmord blant menn. Ut fra data synes det som at mekanismer som impulsivitet, aggresjon, økonomisk stress og depresjon kan bidra til å forklare menns høyere forekomst av selvmord og deres valg av mer letale selvmordsmetoder.

Forord

Det har vært et tidkrevende arbeid å koble epidemiologiske data opp mot psykologiske mekanismer og prosesser, og veiledere, familie og venner fortjener en stor takk for å ha hjulpet meg på veien.

Min hovedveileder Karl Jacobsen ved Psykologisk Institutt har kommet med gode tips og råd til psykologisk innfallsvinkel. Bi-veileder Johan Håkon Bjørngaard ved Institutt for Samfunnsmedisin har hjulpet meg med å velge ut tallgrunnlaget for oppgaven, og har vært uunnværlig i arbeidet med analysene. I tillegg har Pål Romundstad ved samme institutt bidratt med god hjelp til å bearbeide datamaterialet.

Inger Ryen Kvernevik, Kirsti Vik og Marthe Persheim: tusen takk for hjelp med verdifull korrekturlesing, og for gode innspill til forbedringer av teksten.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	iii
Forord	v
Innholdsfortegnelse	vii
Liste over figurer	viii
Liste over tabeller	viii
1. Introduksjon	1
1.1 Formålet med oppgaven	1
1.2 Selvmord som fenomen	1
1.3 Utvikling i Norge gjennom perioden	2
1.4 Valg av selvmordsmetode	3
1.5 Kjønnforskjeller	3
1.5.1 Depresjon	4
1.6 Kulturelle forskjeller	5
2. Metode	7
2.1 Datakilder	7
2.2 Statistiske analyser	8
3. Resultater	9
4. Diskusjon	17
4.1 Bruk av skyting som selvmordsmetode	17
4.2 Periodiske effekter	21
4.3 Kjønnforskjeller i valg av selvmordsmetode	23
4.4 Kulturelle forskjeller	25
4.5 Begrensninger	26
4.6 Konklusjon	27
5. Referanser	29

VEDLEGG A: BANKENES UTLÅNSRENTE 1980-2012

Liste over figurer

Figur 1 Totale selvmordsrater.....	9
Figur 2 Insidensrater for selvmord etter metode	12
Figur 3 Insidensrater, alle selvmord utenom skyting	13
Figur 4 Insidensrater, alle selvmord utenom skyting/henging	14
Figur 5 Insidensrater, alle selvmord utenom skyting/henging/annet	15
Figur 6 Selvmord ved skyting, etter aldersgrupper	16

Liste over tabeller

Tabell 1 Insidensrateratio selvmord	10
Tabell 2 Prosentfordeling av selvmordsmetoder	11

1. Introduksjon

1.1 Formålet med oppgaven

Vi ønsker her å analysere en ny sammensetning av selvmordsdata for å kunne belyse psykologiske mekanismer og prosesser som kan bidra til å forklare utviklingen av selvmord i Norge de siste tre tiårene. Selvmord er et stort folkehelseproblem, men en sjelden hendelse. I 2012 var insidensraten 14 for menn og 5 for kvinner per 100 000 per år (alle aldre) (Zahl & Dieserud, 2015), det vil si at 0,14 promille av den mannlige befolkningen og 0,05 promille av den kvinnelige befolkningen i Norge tok selvmord dette året. Det begrensede datagrunnlaget vanskeliggjør dermed arbeidet med å forstå fenomenet, og ulike innfallsvinkler er nødvendig. Det er så vidt vi vet ikke tidligere laget noen sammenfatning av bruken av ulike selvmordsmetoder over tid fordelt på kjønn i Norge, og en slik bred tilnærming kan gi økt kunnskap om hva som kan ha bidratt til svingningene i selvmordsrater gjennom perioden. Vi vil også se på hvordan kjønns spesifikke karakteristikk ved menn og kvinner kan forstås i sammenheng med metodetrender og periodiske effekter, og belyse hvordan psykologiske mekanismer kan bidra til kjønnsforskjellene i selvmordsrater. Økt kunnskap om bruken av ulike selvmordsmetoder, og deres relasjon til kultur og kjønn, kan bidra til utviklingen av mer effektive programmer for forebygging og intervensjon (Bertolote, 2002).

1.2 Selvmord som fenomen

Selvmord er en vedvarende folkehelseutfordring både i Norge og i verden for øvrig. I 2012 var det i Norge 569 mennesker som tok sitt liv, mer enn dobbelt så mange mennesker som dør som følge av trafikkulykker (Statistisk Sentralbyrå 2015). På verdensbasis var antallet i 2012 estimert til 804 000, og ble regnet som den nest hyppigste dødsårsaken blant mennesker i aldersgruppen 15-29 år (WHO, 2014). I Norge var det samme år den hyppigste dødsårsaken i samme aldersgruppe, rangert over både dødsfall som følge av trafikkulykker og forgiftningsulykker (Statistisk Sentralbyrå 2015). I tillegg til de offisielle tallene antar man dessuten at det finnes flere skjulte selvmord i form av blant annet trafikkulykker eller andre dødsårsaker hvor det ikke lar seg gjøre å avklare hvorvidt dødsfallet skyldtes selvmord (Zahl & Dieserud, 2015). Dette gjør også sammenlikning mellom land vanskelig, siden rutiner

for registrering og rapportering av dødsårsaker varierer (World Health Organization, 2014). Det er dessuten grunn til å anta at kulturelle og religiøse tabuer rundt selvmord kan påvirke selvmordsstatistikken internasjonalt (Beautrais, 2002). I hvilken grad det er underrapportering i Norge er vanskelig å si, men nyere forskning antyder at det kan være snakk om 10 % eller mindre (Martinez, 2014).

1.3 Utvikling i Norge gjennom perioden

På tross av økende kunnskap om utløsende årsaker og risikofaktorer har det vært en relativt stabil forekomst av selvmord i Norge de senere årene. Dette kan blant annet skyldes at det er vanskelig å identifisere personer med høy risiko for å begå selvmord på individnivå, og dermed vanskelig å forebygge. Det er flere etablerte risikofaktorer for selvmord, hvorav noen av de sentrale er tidligere selvmordsforsøk, psykisk sykdom, følelser som håpløshet, isolasjon, diskriminering og krenkelse, økonomiske og relasjonelle problemer, somatisk sykdom og selvmord blant nære personer (World Health Organization, 2014). Generelt øker risikoen for selvmord jo flere risikofaktorer en person opplever (Bryan & Rudd, 2006).

Selvmondsraten for norske kvinner og menn ble fordoblet fra slutten av 1960-tallet til slutten av 1980-tallet. I 1988 var ratene for begge kjønn på sitt høyeste noensinne, med 24 per 100 000 menn per år og 9 per 100 000 kvinner per år (alle aldre) (Zahl & Dieserud, 2015). Det har imidlertid vært spekulert i om denne økningen skyldes økt registrering og rapportering av selvmord og dermed lavere mørketall (Folkehelseinstituttet, 2014a). I perioden fra 1988 til 1994 gikk antall selvmord i Norge ned med 25 % (Gjertsen, Leenaars, & Vollrath, 2013). Etter midten av 90-tallet har det vært lite endring i utviklingen blant kvinner. For menn har det i samme periode fortsatt vært en nedgang (Zahl & Dieserud, 2015). Denne nedadgående tendensen siden 80-tallet sees også i de andre nordiske landene (Titelman et al., 2013).

Et fåtall studier har så langt undersøkt hva som kan være årsakene til svingningene i Norge fra 80-tallet og utover. Innføringen av en våpenrestriksjon i 1990 som krevde polititillatelse for kjøp av våpen, og således vanskeliggjorde impulsive våpenkjøp, ble antatt å være knyttet til en redusert forekomst av selvmord ved skyting (Gjertsen et al., 2013). Det ble videre funnet en mulig assosiasjon mellom antall separasjoner og menns selvmordsrater (Barstad, 2008). Etter innføringen av

nyere antidepressiva (SSRI, selektiv serotoninreopptakshemmer) rundt 1990 som behandling mot depresjon i stedet for den mer toksiske tricykliske antidepressiva (TCA) ble det undersøkt hvorvidt dette hadde noen sammenheng med nedgangen i forekomst av selvmord. Det ble ikke funnet noen sammenheng med økt bruk av SSRI i noen av de nordiske landene (Zahl, De Leo, Ekeberg, Hjelmeland, & Dieserud, 2010). I perioden 1990-2006 var det videre en markant økning i tilbudet om mentale helsetjenester i Norge, men dette så ikke ut til å være statistisk relatert til endringer i selvmordsratene (Johannessen, Dieserud, Claussen, & Zahl, 2011). Det er altså fremdeles flere store spørsmål knyttet til svingninger i selvmordsratene i Norge over tid.

1.4 Valg av selvmordsmetode

Når det gjelder valg av selvmordsmetode er det observert globale kjønnsforskjeller. Menn velger oftere letale metoder, og kvinner velger oftere mindre letale metoder (Canetto & Sakinofsky, 1998; Titelman et al., 2013; Värnik et al., 2008; World Health Organization, 2014). Kjønnsforskjellen tyder på at det kan være kjønns spesifikke psykologiske mekanismer som bidrar til valget. En selvmordsmetodes letalitet betegner sannsynligheten for dødelig utfall. Skyting er i følge Card (1974) rangert som den mest letale metoden, etterfulgt av kullosforgiftning og henging. Mindre letale metoder er gjerne forgiftning, gass og kutting (Card, 1974). Mindre letale metoder gir blant annet på grunn av tidsperspektivet større sjanse til kunne angre seg eller bli reddet, og det er spekulert i om det er kjønnsforskjellen i valg av selvmordsmetode som gjør at færre kvinner enn menn dør i selvmord (Mościcki, 1994). Grunnet åpenbare begrensninger er det imidlertid lite som er kjent om bakenforliggende variabler for valg av selvmordsmetode. Det bemerkes i en stor europeisk analyse av selvmordsmetoder at det er svært få studier som adresserer kjønnsforskjeller i metodebruk, og at dette er et viktig tema i arbeidet med forebygging (Värnik et al., 2008).

1.5 Kjønnsforskjeller

Det er store globale variasjoner i kjønnsratioene (World Health Organization, 2014). Det er allikevel et gjennomgående trekk at menn er overrepresentert i

selvmordsstatistikken (bortsett fra i enkelte rurale områder i Asia). Generelt er også ratioen høyere i vestlige land, mens land preget av fattigdom ofte har mindre kjønnsforskjeller. Det kan være mange årsaker til den store variasjonen i kjønnsforskjeller (World Health Organization, 2014). I rapporter utarbeidet av Verdens helseorganisasjon (WHO) har man spekulert i ulike aspekter knyttet til likestilling og alkoholinntak, i tillegg til tilgjengelighet til midler for å ta selvmord og kulturens aksept for ulike selvmordsmetoder. Man antar dessuten at personlighetstrekk som impulsivitet, fiendtlighet og aggresjon (særlig fysisk aggresjon) bidrar til kjønnsforskjellene, da disse er vanligere blant menn enn kvinner, og er regnet for å medføre en betydelig økning i selvmordsrisiko (Archer, 2004; Brezo, Paris, & Turecki, 2006; Claes, Vertommen, & Braspenning, 2000; Eysenck, Pearson, Easting, & Allsopp, 1985; Lemogne et al., 2011; Strüber, Lück, & Roth, 2008). Videre kan det være forskjeller på i hvilken grad menn og kvinner oppsøker hjelp i forbindelse med psykiske lidelser og hva som er sosialt akseptable måter å takle stress og konflikter på (World Health Organization, 2014). Menn ser ut til å være mer sårbare for økonomiske svingninger enn kvinner (Andrés, Collings, & Qin, 2009; Brockington, 2001; Platt & Hawton, 2000). Det er også foreslått at kvinner nyter bedre av beskyttende faktorer mot selvmord enn menn (Murphy, 1998). Kommunikasjon og sosialt nettverk nevnes som de mest sentrale, for eksempel gjennom at kvinner tillater seg å være tvilende og å bruke sosiale relasjoner for å løse problemer, mens menn verdsetter beslutningsfasthet og uavhengighet. Denne evnen til åpen tvil og rådføring med venner kan være avgjørende i tilfeller av selvmordstanker (Murphy, 1998). Det å være forelder (for barn < 2 år) er regnet for å være en beskyttende faktor særlig for kvinner. Ekteskap er en beskyttende faktor for begge kjønn, men for kvinner ser det ut til å være som en effekt av det å ha barn (Qin, Mortensen, Agerbo, Westergard-Nielsen, & Eriksson, 2000).

1.5.1 Depresjon

I forbindelse med kjønnsforskjeller kan det være interessant å se nærmere på depresjon, som regnes for å være en av de største risikofaktorene for selvmord, tilstedeværende i opp mot 90% av selvmordstilfellene (Cavanagh, Carson, Sharpe, & Lawrie, 2003). Det har imidlertid de siste årene vært økende fokus på om menn og kvinner kan ha ulike symptomer på depresjon (Addis, 2008; Martin, Neighbors, &

Griffith, 2013), blant annet fordi det paradoksalt nok er langt flere kvinner enn menn som diagnostiseres med depresjon (Kuehner, 2003; Piccinelli, Homen, & Organization, 1997; Weissman et al., 1996), til tross for den motsatte kjønnsratioen ved selvmord. Typiske symptomer på depressive episoder er depressivt stemningsleie, interesse- og gledesløshet og energitap som fører til tretthet og redusert aktivitet (World Health Organization, 1992). Martin et al (2013) fant imidlertid at deprimerede menn rapporterte mer aggresjon, irritabilitet, rusmisbruk og risikofylt atferd sammenliknet med kvinner. Ved å inkludere disse symptomene ved måling av depresjon ble kjønnsforskjellen utliknet. Winkler et al (2005) fant tilsvarende at deprimerede menn skåret høyere enn kvinner på irritabilitet og rusmisbruk, i tillegg til hyperaktivitet og tendens til å overreagere. Disse symptomene er i tråd med funn av generelle komorbide faktorer til depresjon, som er vist å markant øke risikoen for selvmord (Cavanagh et al., 2003). Slike faktorer er angst (Bjerkeset, Romundstad, & Gunnell, 2008), sensitivitet for angst (muligens via forsterkning av evt depresjon/dysfori) (Oglesby, Capron, Raines, & Schmidt, 2015), håpløshet (Cutcliffe, 2003) og desperasjon (Hendin, Maltsberger, & Szanto, 2007). Det kan videre se ut til at assosiasjonen mellom lave nivåer av psykopatologi og langtids selvmordsrisiko er sterkere for menn enn for kvinner (Gunnell, Rasul, Stansfeld, Hart, & Smith, 2002), men en underdiagnostisering av psykopatologi hos menn er sannsynlig, og kan forstyrre resultatene (Schrijvers, Bollen, & Sabbe, 2012).

1.6 Kulturelle forskjeller

I tillegg til kjønnsforskjellene er det kulturelle variasjoner i totale selvmordsrater (World Health Organization, 2014). Canetto (2008) poengterer at det er verdt å merke seg at årsaksforklaringen til selvmord i industrialiserte land fokuserer på individuell psykopatologi, mens det i utviklingsland forklares med eksterne påvirkninger. Det kan være mange ulike årsaker til denne forskjellen, blant annet kan det være mangelfull registrering av psykopatologi i utviklingsland (Canetto, 2008). Ulikhetene peker allikevel på verdien av å ikke fokusere for ensidig på psykopatologi. Allerede for hundre år siden drøftet Durkheim (1952) forskjeller i selvmordsrate mellom katolske og protestantiske områder i lys av teori om religionens betydning for normdanning. Det er senere vist at kulturelle forhold kan ha sterk innvirkning på selvmordsratene (Canetto, 2008; Langhinrichsen-Rohling, Friend, & Powell, 2009) og

WHO's oversikt over internasjonale selvmordsrater viser store kulturelle variasjoner.
Det er derfor viktig å analysere trender i ulike kulturer.

2. Metode

2.1 Datakilder

Data for antall selvmord i Norge er hentet fra Statistisk Sentralbyrås statistikk over selvmord etter kjønn, alder og dødsårsak, vist i antall dødsfall per år og detaljert dødsårsak. Siste tilgjengelige data i dødsårsaksregisteret var for 2012.

Befolkningstallet i Norge de aktuelle årene er også hentet fra Statistisk Sentralbyrå. Tallene vises i antall individer for hvert alderstrinn per 1. januar etterfølgende år.

Alle data er basert på individer i den voksne befolkningen, det vil si fra 15 år og oppover. Blant individer under 15 år er det knapt noen registrerte selvmord.

Insidensrater ble kalkulert for hver aldersgruppe som oppgitt i dødsårsaksregisteret ved å slå sammen befolkningstallene for de aktuelle aldersgruppene. Tallene er presentert som insidensrater per 100.000 innbyggere per år. Data er basert på tre års glidende gjennomsnitt, og på denne måten minimeres de store årlige svingningene som karakteriserer data stratifisert på kjønn og ulike selvmordsmetoder. De detaljerte dødsårsakene er klassifisert i SSB etter ICD (International Classification of Diseases) i ulike utgaver. I perioden 1975-1985 ble ICD-8 brukt, i perioden 1986-1995 ble ICD-9 brukt, og i fra 1996 og frem til 2012 ble ICD-10 brukt. Klassifiseringen av dødsårsaker har variert noe fra utgave til utgave. Insidensrater ble kalkulert for følgende ulike selvmordsmetoder, med kodene i parentes bak (ICD-8- og ICD-9-koder er omkodet til tilsvarende ICD-10-koder): Forgiftning (X60-X66), Henging og kvelning (X70), Drukning (X71), Skyting og eksplosive stoffer (X72-X75), Skjærende eller stikkende redskaper (X78), Sprang fra høyt sted (X80) og Annen eller uoppgitt måte (X67-69, X76-77, X79, X81-84). Annen eller uoppgitt måte inkluderer flere ulike metoder: forgiftning som følge av ulike gasser (inkludert karbonmonoksid), pesticider og uspesifiserte kjemikalier og skadelige stoffer, og selvskaade som følge av røyk, ild, flammer, damp, varm damp og varme objekter. Videre: selvskaade som følge av stump gjenstand, og selvskaade som følge av å hoppe foran eller ligge foran et objekt i bevegelse, ved å krasje et motorisert kjøretøy, eller med andre spesifiserte midler (inkl. kaustiske stoffer (unntatt forgiftning), flykrasj eller elektroshokk) eller uspesifiserte midler.

Selvmordsmetoder deles ofte inn i voldsomme og ikke-voldsomme metoder. I denne analysen brukes i tråd med Giner (2014) og Linkowski (1992) forgiftning som eneste

ikke-voldsomme, og alle andre som voldsomme. Selvmord ved skjærende eller stikkende redskap kan havne i begge kategorier avhengig av alvorlighetsgrad (Giner et al., 2014), og er av den grunn tatt ut fra dikotomiseringene.

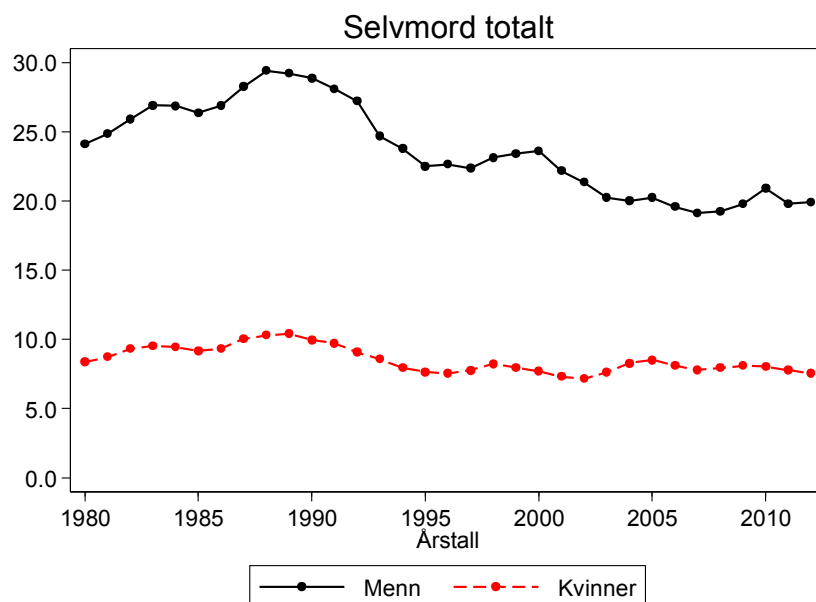
2.2 Statistiske analyser

Resultatene presenteres hovedsakelig ved hjelp av figurer med år som tidsakse og rate per 100 000 innbyggere per år som y-akse. I teksten viser vi også til relativ risiko.

Forskjellene er estimert ved hjelp av poissonregresjon, som insidens-rate-ratio (IRR) med 95 % konfidensintervall.

3. Resultater

Fra januar 1980 til desember 2012 var det 18546 selvmordstilfeller i den voksne norske befolkningen (fra 15 år og oppover). 13507 av tilfellene var menn, og 5039 var kvinner. Insidensratene for kvinner har gjennom perioden vært mer stabile enn insidensratene for menn (figur 1). Kvinners insidensrater svingte mellom 6,7 og 11,3 per 100 000 per år, mens laveste registrerte rate for menn var 17,9 (2007) og høyeste 30,3 per 100 000 per år. For begge kjønn var høyeste registrerte insidensrate i 1988. I årene som fulgte var det en kraftig nedgang særlig for menn. De siste 20 årene var det så en svak nedadgående tendens for menn mens insidensratene for kvinner var relativt stabile.



Figur 1 Totale selvmordsrater.

Tre års glidende insidensrater for selvmord blant menn (sort) og kvinner (rødt) i Norge 15 år og eldre fra 1980 til 2012 (basert på data fra SSB, ujustert for endring i alderssammensetning).

Gjennom hele perioden var menns insidensrater høyere enn kvinners, som vist i tabell 1. Gjennomsnittlig begikk menn i Norge 2,8 ganger flere selvmord enn kvinner (insidensrateratio (IRR) 2.8 95% konfidensintervall (KI) 2.7-2.9). Laveste IRR var i 2005 med 2,1 (95% KI 1,8-2,5), mens høyeste var i 1993 med 3,4 (95% KI 2,8-4,1). Det var en viss endring gjennom perioden, med en svak utjevning av kjønnsforskjeller (tabell 1).

Årsperiode	IRR	95% KI
1980-1982	2,8	2,5-3,2
1983-1985	2,9	2,6-3,2
1986-1988	2,8	2,5-3,1
1989-1991	2,9	2,6-3,2
1992-1994	2,9	2,6-3,2
1995-1997	3	2,7-3,4
1998-2000	2,9	2,6-3,3
2001-2003	3	2,7-3,4
2004-2006	2,4	2,1-2,6
2007-2009	2,4	2,2-2,7
2010-2012	2,5	2,3-2,8

Tabell 1 Insidensrateratio selvmord

Aldersjustert insidensrateratio (95% KI) av selvmord for menn og kvinner i Norge (1980-2012)

Bruken av forskjellige selvmordsmetoder varierte over tid, og for enkelte selvmordsmetoder var det større kjønnsforskjeller enn for andre (tabell 2). For menn var henging og kvelning den vanligste metoden (33,9% av det totale antallet), med skyting og eksplosive stoffer tett etter på andre plass (30,1%). Forgiftning var brukt i 13,1 % av tilfellene, mens annen eller uoppgitt måte var brukt av 11,3 %. Sprang fra høyt sted, drukning og skjærende eller stikkende redskaper var brukt i henholdsvis 4 %, 5 % og 2,6 % av tilfellene. For kvinner var forgiftning klart mest brukt, med 37,6 % av tilfellene. Henging og kvelning fulgte etter med 27,7 %, og drukning med 15,5 %. Skyting og eksplosive stoffer, sprang fra høyt sted, annen eller uoppgitt og skjærende eller stikkende redskaper var alle relativt lite brukt, med henholdsvis 2,8 %, 6,9 %, 7,3 % og 2,2 % av totalen.

Selvordsmetode	Kvinner	Menn
Forgiftning	37,6 %	13,1 %
Henging og kvelning	27,7 %	33,9 %
Skyting og eksplosive stoffer	2,8 %	30,1 %
Sprang fra høyt sted	6,9 %	4,0 %
Annen eller uoppgitt måte	7,3 %	11,3 %
Drukning	15,5 %	5,0 %
Skjærende eller stikkende redskaper	2,2 %	2,6 %

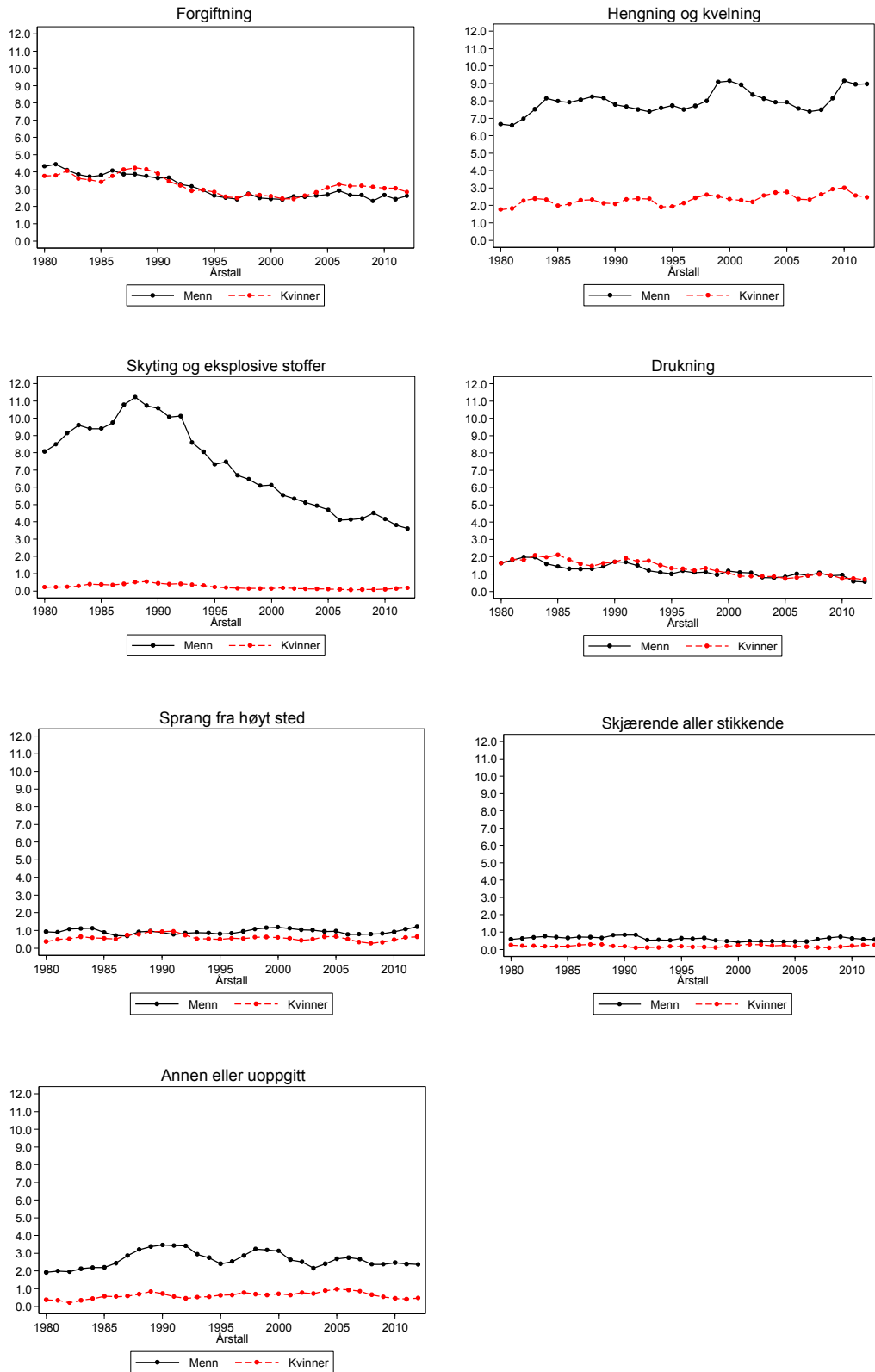
Tabell 2 Prosentfordeling av selvmordsmetoder

For menn og kvinner i Norge (1980-2012)

Inndelt i voldsomme og ikke-voldsomme metoder (kategorien stikkende eller skjærende redskaper er utelatt av grunner nevnt i introduksjonen), brukte 84,3 % av mennene og 60,2 % av kvinnene voldsomme metoder. Til sammenlikning brukte 37,6 % av kvinnene og 13,1 % av mennene en ikke-voldsom metode.

Kjønnsforskjellene for hver enkelt metode over tid er vist grafisk i figur 2. Den største kjønnsforskjellen var for skyting og eksplosive stoffer. Totalt for perioden hadde menn 30,5 ganger høyere risiko (95 % KI 25,7-36,1) for å begå selvmord ved denne metoden enn kvinner. Høyeste insidensrate for menn var 11,8 per 100 000 per år i 1988. I årene som fulgte var det en kraftig nedgang i insidensraten for menn, og i 2007 var insidensraten sunket til 3,2. Gjennomsnittet for perioden var 7,1.

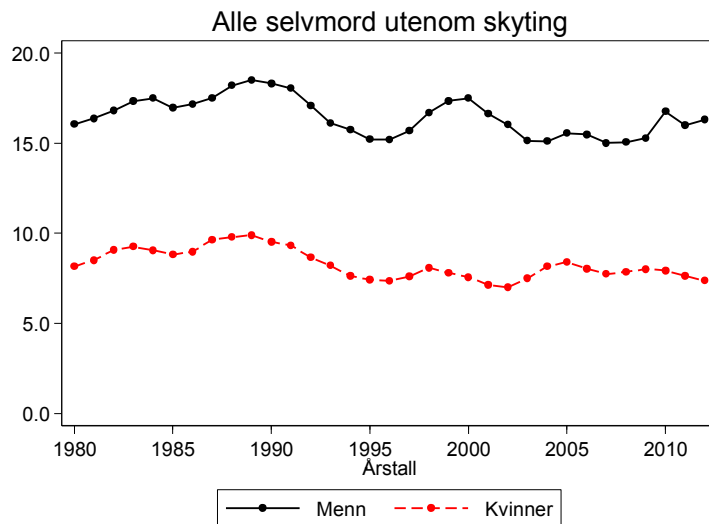
Insidensraten for kvinner var i gjennomsnitt 0,24 per 100 000 per år, med en topp i 1988 på 0,75 og en bunn i 2006, hvor det var null rapporterte selvmord ved skytevåpen for kvinner. Henging og kvelning var den metoden med nest størst kjønnsforskjell, med en gjennomsnittlig kjønnsratio på 3,4 (95% KI 3,2-3,6). Her fulgte imidlertid kurvene hverandre relativt jevnt, og for både kvinner og menn så man en svak tendens til økning gjennom perioden. Kategorien ”annet eller uoppgitt” var den siste som pekte seg ut med markert kjønnsforskjell. Her var det noe mer svingninger i ratene for menn, men trenden for hele perioden var tilnærmede stabile kurver. For forgiftning, drukning, sprang fra høyt sted og skjærende eller stikkende redskaper var det tilnærmet ingen kjønnsforskjeller.



Figur 2 Insidensrater for selvmord etter metode

Tre års glidende insidensrater for selvmord etter metode blant menn (sort) og kvinner (rødt) i Norge 15 år og eldre fra 1980 til 2012 (basert på data fra SSB, ujustert for endring i alderssammensetning).

Når vi fjerner alle selvmord ved skyting og eksplosive stoffer fra totalen så vi en relativt stabil utvikling over tid (figur 3). Gjennomsnittlig kjønnsratio var nå 2,0 (95% KI 1,9-2,1). Gjennomsnittlig insidensrate for menn og kvinner var henholdsvis 16,4 og 8,2 per 100 000 per år.

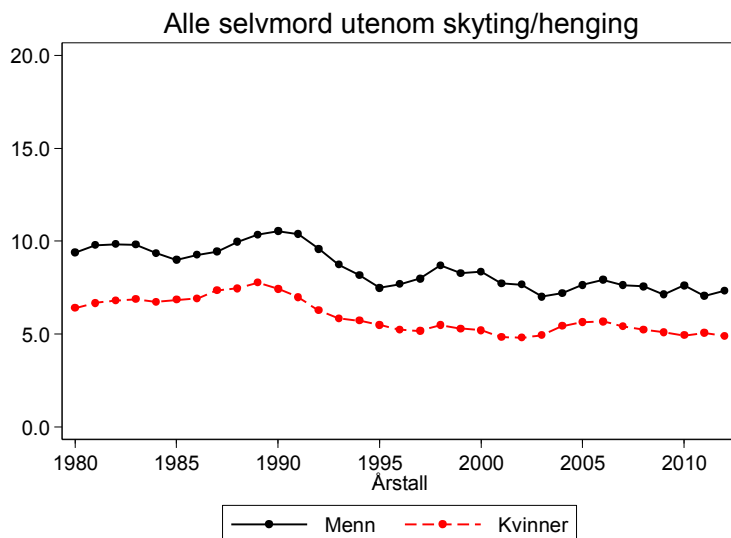


Figur 3 Insidensrater, alle selvmord utenom skyting

Tre års glidende insidensrater for alle selvmord utenom skyting og eksplosive stoffer blant menn (sort) og kvinner (rødt) i Norge 15 år og eldre fra 1980 til 2012 (basert på data fra SSB, ujustert for endring i alderssammensetning).

Når vi også fjerner henging og kvelning fra totalen ser vi at kurvene ble jevnet ut enda mer (figur 4). Gjennomsnittlig kjønnsratio nå var 1,4 (95% KI 1,4-1,5).

Gjennomsnittlig insidensrate for menn og kvinner var henholdsvis 8,5 og 5,9 per 100 000 per år.

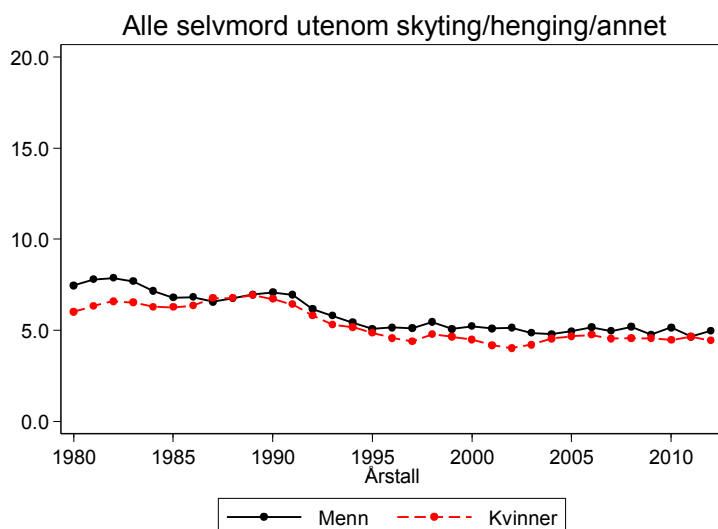


Figur 4 Insidensrater, alle selvmord utenom skyting/henging

Tre års glidende insidensrater for alle selvmord utenom skyting og eksplosive stoffer samt henging og kvelning blant menn (sort) og kvinner (rødt) i Norge 15 år og eldre fra 1980 til 2012 (basert på data fra SSB, ujustert for endring i alderssammensetning).

Når vi fjerner den siste, større kategorien som inkluderer voldsomme metoder (annet eller uoppgitt), ser vi at kjønnsforskjellen var så godt som utvisket (figur 5).

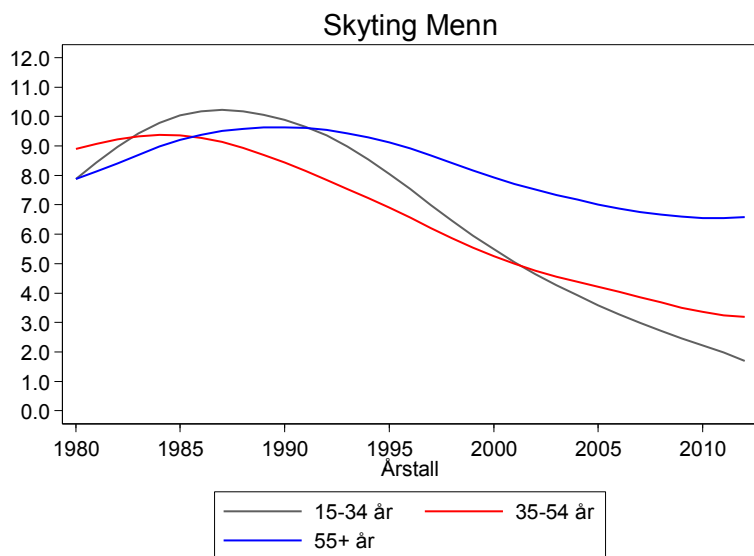
Gjennomsnittlig kjønnsratio var 1,1 (95% KI 1,1-1,2). Gjennomsnittlig insidensrate for menn og kvinner var nå henholdsvis 5,8 og 5,3 per 100 000 per år. Begge grupper viste en svak nedadgående tendens gjennom tidsperioden.



Figur 5 Insidensrater, alle selvmord utenom skyting/henging/annet

Tre års glidende insidensrater for alle selvmord utenom skyting og eksplosive stoffer, henging og kvelning og annen eller uoppgitt blant menn (sort) og kvinner (rødt) i Norge 15 år og eldre fra 1980 til 2012 (basert på data fra SSB, ujustert for endring i alderssammensetning).

Selvmord ved skyting og eksplosive stoffer var altså den metoden som gjennom perioden pekte seg ut med desidert størst forskjell mellom menn og kvinners rater. For å få mer informasjon om hvordan utviklingen så ut for menn stratifiserte vi på alder: 15-34 år, 35-54 år og 55+ år (figur 6). Vi ser at den høyeste andelen selvmord ved skyting og eksplosive stoffer på slutten av 80-tallet var for menn i alderen 15-34 år. Siden viste denne aldersgruppen en kraftig nedgang, tett fulgt av den nest yngste aldersgruppen (35-54 år). Den eldste aldersgruppen (55+ år) hadde en mer stabil insidensrate over tid.



Figur 6 Selvmord ved skyting, etter aldersgrupper

Selvmord ved skyting og eksplosive stoffer blant menn i Norge fra 1980-2012, inndelt i aldersgruppene 15-34 år, 35-54 år og 55+ år (basert på data fra SSB, ujustert for endring i alderssammensetning).

4. Diskusjon

Etter vår kjennskap er denne studien den første som analyserer og sammenlikner mønsteret av de syv ulike klassifiseringene av selvmordsmetoder etter kjønn over en så lang tidsperiode som her. Totalt inkluderer utvalget 18 546 personer som har dødd som følge av selvmord. Vi ser at det er menn som står bak de største endringene i selvmordsratene over tid, og at de største forskjellene mellom kjønnene vises i metodene *skyting og eksplosive stoffer* (heretter forkortet til skyting), *henging og kvelning* og *annet eller uoppgitt*. Disse kategoriene går under “voldsomme metoder”. Den klart største forskjellen er for selvmord ved skyting med hele 30,5 ganger høyere risiko for menn. Dette er også den metoden som regnes som den mest dødelige (Card, 1974). Vi ser at det knapt er noen kvinner som velger denne metoden. Det er tydelig at så godt som hele toppen for menn på slutten av 1980-tallet kan forklares med bruk av skyting som metode. Dette er således også det mest interessante funnet da ingen andre selvmordsmetoder viser verken en så atypisk tidstrend eller en så stor kjønnsforskjell. Selvmord ved henging og kvelning og annet eller uoppgitt viser sammenfallende trender, men ulike insidensrater mellom kvinner og menn da en overvekt av menn velger disse metodene. For metodene forgiftning, drukning, sprang fra høyder og skjærende eller stikkende redskaper er insidensratene for kvinner og menn så godt som sammenfallende gjennom perioden. Kjønnsforskjellene i metodevalg sees tydelig i figur 6, med en nærmest fullstendig utjevning når skyting, henging og annet fjernes fra totalraten. Den beskyttende effekten i kraft av å være kvinne er altså mest uttalt for de mest letale metodene. Studien bekrefter dermed funn fra internasjonal forskning vedrørende kjønnsforskjellene i bruk av letale metoder (Ajdacic-Gross et al., 2008; Värnik et al., 2008).

4.1 Bruk av skyting som selvmordsmetode

Den selvmordsmetoden som peker seg ut både i kjønnsforskjell og variasjon over tid er altså skyting. Andelen selvmord ved skyting for menn var svært høy i begynnelsen av tidsperioden, men falt kraftig fra slutten av 1980-tallet. Gjertsen et al. (2013) viste at denne nedgangen med stor sannsynlighet har sammenheng med innføringen av en strengere lov for kjøp av våpen i 1990. Denne loven innebar nødvendig

forhåndsinnhenting av tillatelse fra politiet, noe som forsinket anskaffelsesprosessen. Liknende trender er sett også i Canada, New Zealand, Australia, Storbritannia og Island etter innføringen av strengere våpenlover (Titelman et al., 2013; World Health Organization, 2014). Når vi fjerner skyting fra dataene er det for menn og kvinner en veldig lik utvikling over tid, uten egentlig noen klar oppgang eller nedgang i perioden fra 1980-2012. Som vist i figur 3 har selvmordsratene i Norge, når vi har tatt bort skyting, ligget relativt jevnt rundt gjennomsnittlig 16,4 per 100 000 per år for menn og 8,2 per 100 000 per år for kvinner. Trenden i Norge indikerer altså at det skjedde noe i årene fra slutten av 1980-tallet til midten av 1990-tallet som gjorde at den totale selvmordsraten gikk ned sammen med raten for skyting. Vi vil i det følgende derfor først diskutere utviklingen av skyting som selvmordsmetode, for så å diskutere generelle kjønnsforskjeller.

Det er flere aspekter ved trenden for selvmord ved skyting som er interessante. For det første er det en betydelig kjønnsforskjell, noe som peker mot sannsynlige kjønnsbetingede mekanismer. For det andre skiller skyting seg markant fra alle andre metoder både i bruk og utvikling, noe som indikerer at noe har skjedd som påvirket spesifikke mekanismer bak skyting som metode, og ikke andre metoder. Kjønnsfordelingen for skyting viser at det er mange menn som velger denne selvmordsmetoden, mens det knapt er noen kvinner som gjør det. Liknende trender sees i andre europeiske land (Värnik et al., 2008). Det er spekulert i hva som kan være årsaken til kjønnsforskjellen, blant annet foreslår Canetto & Sakinofsky (1998) at det kan ha sammenheng med at våpen assosieres med hankjønn i en del land. Dette gjør både *fysisk* og *sosiokulturell tilgang* til våpen høyere for menn enn kvinner, to faktorer som er viktig for valg av selvmordsmetode (Denning, 2000; Cantor, 1998). Til sammenlikning er det i USA mindre kjønnsforskjell, både for sosial aksept for bruk av våpen, og også for selvmordsrater ved skyting (Canetto & Sakinofsky, 1998). I Norge er skytevåpen tradisjonelt assosiert med mannsrollen, og dette avspeiles i antall registrerte jegere for sesongen 2014-2015, hvor kun 60 000 av 473 000 var kvinner (Brønnøysundregistrene). Menn har mer omgang med våpen, og man må regne med at dette påvirker ratene i Norge. Et annet element er at skyting som selvmordsmetode er regnet for å være assosiert med aggresjon (de Moore & Robertson, 1999). Aggresjon regnes som en risikofaktor for selvmord uavhengig av hvordan det defineres (Conner, Duberstein, Conwell, & Caine, 2003), og en

metaanalyse av kjønnsforskjeller i aggresjon fant at menn er langt mer fysisk (utagerende) aggressive enn kvinner (Archer, 2004).

Når det gjelder den spesielle utviklingen av insidensratene for skyting, kan dette kanskje knyttes til indikasjoner på at skyting er mer assosiert med *tilgjengelighet* og med høyere *impulsivitet* enn andre metoder (Ajdacic-Gross et al., 2008; de Moore & Robertson, 1999). Det kan tenkes at våpenrestriksjonen i 1990 berørte nettopp disse aspektene, ettersom skytevåpen ble mindre tilgjengelig etter 1990 og muligheten til å handle impulsivt ble begrenset.

I følge en internasjonal studie gjort av WHO er det en sammenheng mellom tilgjengeligheten (hvorvidt det er vanlig å ha skytevåpen i private hjem) og dominansen av skyting som selvmordsmetode (Ajdacic-Gross et al., 2008). I Norge er tilgjengeligheten av våpen relativt stor, med minst 1,3 millioner private våpen på landsbasis, noe som plasserer Norge på 11. plass i en internasjonal oversikt over land med flest våpen per hundre innbyggere (Alpers & Wilson, 2015). Inntil i 2003 var det dessuten vanlig med privat våpenlagring i Heimevernet, men denne ordningen ble da avsluttet på grunn av sikkerhetshensyn (Forsvaret, 2014). I tråd med Ajdacic-Gross et al. (2008) vil denne og andre begrensninger i tilgjengelighet sannsynligvis ha vært av betydning.

Impulsivitet er et komplekst begrep med ulike definisjoner, og kan være vanskelig å studere. Schachar et al. (1993) definisjon har følgende kjernetrekk: 1) tendensen til å utføre handlinger på en forhastet eller tankeløs måte, 2) tendensen til å søke umiddelbar belønning på bekostning av langtidsgevinster, og 3) vanskeligheter med å avvente eller inhibere handlinger. Det er på bakgrunn av dette sannsynlig at det å begrense tilgangen til våpen kan ha en betydelig effekt på utfallet, da dette vil gi individet tid til å reflektere over valget sitt i større grad. Sammenhengen mellom impulsivitet og selvmord har imidlertid vist seg å være noe paradoksal. For eksempel fant Baca-Garcia et al. (2001) at impulsive selvmordsforsøk var mindre dødelige enn ikke-impulsive, men det er i tillegg vist at det kan være tilstedeværelsen av aggresjon som skiller de impulsive fra de ikke-impulsive selvmordene (Zouk, Tousignant, Seguin, Lesage, & Turecki, 2006). Anestis et al. (2014) mener at et selvmord oftest er gjennomtenkt og planlagt, da det er en for ekstrem og skremmende handling for individet til at det kan gjennomføres rent impulsivt. Allikevel kan det tenkes at impulsivitet er av avgjørende betydning i faser av akutt selvmordsfare.

Kombinasjonen av høyere fysisk og sosiokulturell tilgjengelighet til våpen for menn, samt menns høyere impulsivitet og aggresjon, kan tenkes å ha bidratt til både den store kjønnsforskjellen i insidensrater, samt nedgangen etter at tilgjengeligheten til skytevåpen ble begrenset.

Det er videre interessant at det er en viss forskjell i nedgang i selvmord ved skyting mellom de ulike aldersgruppene. Insidensratene for de yngste aldersgruppene sank mest etter innføringen av våpenrestriksjonen i 1990, mens det var en noe utsatt og mindre nedgang for den eldste aldersgruppen. Man kan tenke seg at dette kan ha sammenheng med at impulsiviteten synker med årene (Hammond, Potenza, & Mayes, 2011). På den annen side har det også vært vist at impulsivitet er en viktig prediktor for selvmord blant eldre (Neufeld & Norm O'Rourke PhD, 2009). Samtidig har forskning også antydnet at eldre som tar selvmord planlegger handlingen i større grad enn yngre, noe som fører til at sannsynligheten for dødelig utgang øker (Conwell et al., 1998). Funnene virker noe motstridende, men det kan tenkes at det er en kombinasjon av bedre planlegging og en viss grad av impulsivitet som fører til det dødelige utfallet. Det kan også være at trenden vi ser er et uttrykk for forskjell i sosial aksept for skyting som selvmordsmetode og mer kjennskap til våpen i den eldste aldersgruppen. Det hadde i den forbindelse vært interessant å se på den geografiske og demografiske fordelingen av disse selvmordene, da det kan tenkes at skyting er mer utbredt i rurale strøk enn i urbane på grunn av den tradisjonelle våpenbruken der. En slik sammenheng er det blant annet funnet støtte for i en australsk studie (Cantor & Baume, 1998).

Når det gjelder de andre selvmordsmetodene er altså utviklingen temmelig jevn gjennom perioden. Selvmord ved skyting er antakelig nærliggende å velge for en viss gruppe mennesker, på bakgrunn av forhold som personlige egenskaper eller sosiale normer, og lar seg ikke nødvendigvis erstatte av andre metoder.

Internasjonale funn innen metodesubstitusjon er sprikende. For eksempel fant man i motsetning til i Norge ingen nedgang i de totale selvmordsratene i Canada etter innføringen av våpenrestriksjoner, selv om ratene for selvmord ved skyting falt (Rich, Ricketts, Fowler, & Young, 1988). I en større studie ble det antydnet at visse samfunnsforhold kreves for at en nedgang i bruk av en spesifikk metode kan føre til en generell nedgang i selvmordsrater. Slike spesielle forhold er et resultat av komplekse psykologiske, sosiale og miljømessige faktorer (Cantor & Baume, 1998).

4.2 Periodiske effekter

I Norge kan man i forbindelse med den generelle nedgangen i selvmordsrater ha sett en samtidig effekt av for eksempel økonomiske tilstander i landet. I en studie av Wang et al. (2012) fant man at *økonomisk stress* var en av de sterkeste prediktorene for selvmordsforsøk, og at det først og fremst gjaldt menn. Økonomisk stress er et begrep som betegner problemer som oppstår når en person befinner seg i en situasjon med for lav inntekt i forhold til behovet, og har en mangel på økonomiske reserver (Ilstad, 1989). Tall fra SSB viser at det er en tett sammenheng i Norge mellom selvmord hos menn (og kun i svært liten grad hos kvinner) og nivået på bankenes utlånsrente fra 1980 og frem til i dag (se vedlegg 1) (Statistisk Sentralbyrå, 2015). Det kan være risikabelt å spekulere for mye i slike tilfeldig oppdagede sammenhenger, og økonomiske svingninger av denne typen henger sammen med flere andre forhold i samfunnet (Larsen & Teigen, 2015). Det er allikevel interessant å se den sammenfallende utviklingen, og kanskje er dette et nyttig område for videre forskning.

Når det gjelder andre økonomiske forhold viser Qin og kollegaer (2000) i en dansk studie at arbeidsledighet, å være pensjonist, og sykefravær fra arbeid er en signifikant risikofaktor for selvmord hos menn, men ikke hos kvinner. I en annen studie av Brockington (2001) konkluderes det med at arbeid og arbeidsledighet ikke påvirker kvinners selvmordsrater. Følgelig kan man forvente at økonomiske nedgangstider i størst grad vil påvirke menns selvmordsrater, og ikke kvinners. Den samme tendensen observeres altså i de norske dataene. Det er imidlertid viktig å ta med andre personlige og samfunnsmessige faktorer i betraktningen. Omtrent halvparten av selvmordene i forbindelse med arbeidsledighet i en stor kohortestudie i New Zealand så ut til å kunne forklares av psykisk lidelse (Blakely, Collings, & Atkinson, 2003). Dette støttes av resultaene i en svensk kohortstudie, som fant at den økte selvmordsrisikoen i Sverige ikke var en direkte effekt av arbeidsledigheten, men av psykiske vansker som lå bak arbeidsledigheten (Lundin, Lundberg, Hallsten, Ottosson, & Hemmingsson, 2010). En analyse av tre store økonomiske kriser i ulike deler av verden viste dessuten at sammenhengen mellom arbeidsledighet og selvmord blant annet medieres av landets nivå av sosiale støtteordninger, slik at sammenhengen er svakere i velutviklede samfunn (Stuckler, Basu, Suhrcke, & McKee, 2009). Dette kan tenkes å gjelde for Norge. En nyere studie som undersøkte sammenhengen

mellom sosioøkonomiske faktorer og selvmord i 18 industrialiserte land i perioden 1983-2007 fant klare assosiasjoner, men de var også noe sprikende i forhold til tidligere funn. For menn var økonomisk nedgangstid og økte skilsmisserater assosiert med høyere selvmordsrater. De fant ingen sammenheng med arbeidsledighet. For kvinner var økt BNP, økt arbeidsledighet og økte skilsmisserater assosiert med høyere selvmordsrater, mens økt deltakelse i arbeidslivet var en beskyttende faktor (Barth et al., 2011). De sprikende funnene tyder på et behov for flere studier av sammenhenger mellom sosioøkonomiske faktorer og selvmord.

Av andre periodiske forhold i Norge som kan ha påvirket selvmordsratene mener Barstad (2008) at økt likestilling har vært en sentral faktor for flere selvmord blant menn. Imidlertid ser det ut til at selvmordstrenden har stabilisert seg, mens likestillingen med all sannsynlighet har økt. Det kan faktisk også tenkes at likestillingen kan medføre positive aspekter. På bakgrunn av Murphys teori om at faktorer som virker beskyttende hos kvinner kan være risikofaktorer hos menn (Murphy, 1998), kan man spekulere i om disse kanskje utjevnes i et samfunn hvor likestillingen står sterkt. En mann vil da i mindre grad ha eneansvar for husholdningens økonomi, og han vil også ha større muligheter til å ta del i familielivet gjennom for eksempel pappaperm. Dette forutsetter imidlertid at mannen *har* en familie. Med økt likestilling og økte skilsmisserater øker også sannsynligheten for at én mann kan få flere kull med barn. Dette bekreftes også i tall fra SSB, som viser at antallet menn som er barnløse ved 45 års alder er økende. Tall fra 2013 viser at 23 % av menn under 45 er barnløse, mens tallet for kvinner er 13 % (Amundsen, 2014). I 1985 var tallene henholdsvis 14 % og 10 %. Det at stadig flere menn er ufrivillig barnløse kan ha konsekvenser for deres psykiske helse. I følge en nylig britisk studie ønsker menn seg barn nesten like sterkt som kvinner gjør, og de har også sterkere følelser av isolasjon, depresjon, sinne og tristhet enn kvinner dersom de er ufrivillig barnløse. Menn følte i denne studien påtrykk om å få barn fra kulturelle, sosiale og familiære faktorer, mens kvinner i motsetning følte at personlig ønske og biologiske faktorer var de viktigste pådriverne (Hadley & Hanley, 2011). Dette kan tolkes som en tendens til at menn i større grad enn kvinner sammenlikner seg opp i mot de samfunnsmessige normene, og således påvirkes mer negativt av å tilhøre en minoritetsgruppe som ikke har barn. Kanskje kan noe av kjønnsforskjellen i selvmord

spores nettopp hit, og at dette kan være et uttrykk for en negativ effekt av likestillingen.

Selvmordsrisikoen kan øke dersom et individ føler at det tilhører en liten gruppe som skiller seg ut negativt (Baumeister, 1990), som da for eksempel ved å ikke ha barn. Denne gruppen blir mindre og mindre jo eldre man blir, og kan dermed tenkes å reflektere økende selvmordsrater med økende alder. Et annet eksempel på en minoritetsgruppe, kan være de første som mister jobben i nedgangstider. Ettersom flere og flere mister jobben blir det å være arbeidsledig en større og vanligere gruppe å tilhøre, og selvmordsrisikoen kan tenkes å synke. Det er en mulighet for at dette også gjelder for de som ble gjeldsslaver i årene etter at jappetida på 80-tallet tok slutt. Det å være mann, å oppleve økonomisk stress, og å kjenne på følelser av skam, krenkelse og desperasjon over å ikke klare å forsørge familien kan ha vært en spesielt farlig kombinasjon av risikofaktorer, men lettere å takle i perioder hvor dette var mer normalt i samfunnet.

Joiner (2002) foreslår at ineffektivitet i den grad at man blir en byrde for andre er en sterk kilde til ønske om å begå selvmord. Med ineffektivitet menes at man ikke er i stand til å effektivt påvirke endring i sine omgivelser, for eksempel på grunn av arbeidsledighet, lav inntekt, sykdom eller lav utdanning (Kaslow et al., 2002). En manns tradisjonelle rolle som forsørger av familien kan tenkes å bidra til at slike faktorer oppleves som mer tyngende for menn enn for kvinner. Like fullt kan det være at dette er i endring med likestillingens frammarsj.

4.3 Kjønnforskjeller i valg av selvmordsmetode

Selv om man tar periodiske forhold inn i betraktningen, er det fortsatt en stabil kjønnforskjell i retning av at menn velger mer voldsomme metoder enn kvinner. Det ser således ut som om mann/kvinne-ratioen er lite påvirket av periodiske effekter. Dette kan tyde på at stabile iboende egenskaper hos menn og kvinner, eller kanskje at sosiale normer som påvirkes av periodiske effekter bruker lang tid på å endres. Som vist i figur 5 ble kjønnforskjellen utliknet da selvmordsmetodene skyting, henging og annet ble fjernet fra dataene. Disse er alle regnet for å være høyt letale selvmordsmetoder. Dersom kjønnsrollene over tid endrer seg i stor grad kan man kanskje tenke seg at metodevalgene utjevner seg. Dersom de ikke gjør det, vil man kanskje heller kunne snakke om grunnleggende kjønnforskjeller mellom menn og

kvinner som gjør at de vil handle forskjellig på tross av kulturelle utjevninger mellom kjønnene. Dette gjør at en femininisering av mansrollen kanskje ikke vil beskytte han fra å være mer utsatt for å ta flere og mer voldelige selvmord. Tilsvarende vil en maskulinisering av kvinnerollen kanskje ikke føre til økte selvmordsrater og mer voldelige metodevalg.

Kvinnens tendens til å velge mindre voldsomme metoder har vært forsøkt forklart på flere måter. Det er blant annet foreslått at kvinners sterkere relasjonelle innstilling kan føre til et ønske om å dø på en mest mulig skånsom måte av hensyn til pårørende, og at fokuset på ytre skjønnhet kan føre til et ønske om å fremstå som vakker også etter sin død (Denning, Conwell, King, & Cox, 2000). Det har også vært spekulert i om kvinner har generelt lavere intensjon om å dø og derfor velger mindre absolutte metoder, men det virker å være liten forskjell i intensjon mellom kjønnene (Nordentoft & Branner, 2008). I Finland har man de siste årene sett en økning i selvmord blant unge kvinner, noe som ser ut til å være knyttet til økt bruk av voldsomme metoder (Lahti, Räsänen, Riala, Keränen, & Hakko, 2011). Det har også tidligere vært observert en liten økning for norske kvinner i alderen 15-24 år i perioden 1980-2009, men det er ikke kjent om dette er relatert til økt bruk av voldsomme metoder (Titelman et al., 2013). Dersom flere kvinner velger voldsomme metoder kan dette medføre høyere selvmordsrater, og er således en alarmerende utvikling.

På bakgrunn av nyere teorier om at menns depresjon arter seg forskjellig fra kvinners, kan det tenkes at dette kan avspeiles i både selvmordsrater og selvmordsmetoder. Martin et al (2013) fant at deprimerte menn rapporterte mer aggresjon, irritabilitet, rusmisbruk og risikofylt atferd sammenliknet med kvinner, altså flere *aktive* symptomer enn kvinner. Risikoen i forbindelse med aktive symptomer kan sees i lys av den økte selvmordsrisikoen den første perioden etter oppstart av antidepressiva (Gunnell 2004; Goldsmith, 2011), en effekt som er antatt å ha sammenheng med at økt agitasjon inntreffer i forkant av den noe utsatte reduksjonen av psykiske symptomer. Den deprimerte pasienten vil altså i oppstartsfasen av antidepressiva kunne oppleve verden som like svart, men i motsetning til tidligere nå ha handlingsevnen til å gjøre noe med det. Kanskje kan denne tilstanden ha likhetstrekk med den mannlige depresjonstilstanden. Situasjonen kan også vanskeliggjøres av at det ligger i den tradisjonelle maskuline rollen en høy terskel for

å innrømme psykiske problemer og å søke hjelp (Addis et al, 2003). Man kan kanskje tenke seg at et manglende utløp for vanskelige tanker og følelser har sammenheng med den endelige intensiteten i selvmordet. Intense affekter er tidligere vist å være assosiert med selvmord (Hendin et al., 2007).

På denne måten kan depresjon tenkes å bidra til kjønnsforskjellen vi ser både i selvmordsrater og selvmordsmetoder. En tilstand hvor man opplever aggresjon, uro og irritabilitet i etterkant av hendelser som har utløst en depresjon, disponerer sannsynligvis for andre type handlinger enn dersom man er energifattig og trist.

I tillegg er alkoholbruk en risikofaktor for selvmord, og alkoholforbruket i Norge er høyere blant menn enn kvinner (Rossow, 2002). Årsaken til at alkohol er forbundet med økt selvmordsrisiko er blant annet forklart med at inntak av alkohol kan forsterke eksisterende depresjon og angst (Rogers, 1992), men kanskje også fordi det ytterligere isolerer individet fra sosial kontakt. Isolasjon er på mange måter motsatsen til sosial støtte, og regnes for å være en risikofaktor for selvmord i seg selv (Murphy, 1998). Sosial støtte er definert som “individets opplevelse av å bli omfattet med kjærlighet og omsorg, bli aktet og verdsatt, og tilhøre et sosialt nettverk med gjensidige forpliktelser” (Cobb, 1976), og manglende sosial støtte øker faren for både fysiske og psykiske lidelser (Folkehelseinstituttet, 2014b).

Mye kan tyde på at menn opplever større press om å være sterke og i stand til å takle utfordringer på egen hånd enn kvinner (Murphy, 1998), selv om de i realiteten antakelig opplever like stort påtrykk av vanskelige følelser. Resultatet kan til slutt bli at et selvmord kan føles som eneste utvei. Det kan tenkes at en mann som føler seg krenket ville føle det enda verre dersom han i tillegg mislykkes i å gjennomføre et selvmord, og derfor legger større innsats i å velge en metode og en gjennomføring som øker sjansen for å dø. En kvinne vil kanskje være mer ambivalent til valget ettersom det er mer akseptert for henne å vise seg tvilende og sårbar (Murphy, 1998), og færre vil velge en høyt letal selvmordsmetode.

4.4 Kulturelle forskjeller

Gitt den stabile globale kjønnsforskjellen, er det sannsynlig at det finnes kjønns spesifikke faktorer som nevnt ovenfor som påvirker ratene, men det er allikevel områder i verden hvor kvinner tar flere selvmord enn menn. Dette vitner om andre medvirkende faktorer enn biologisk kjønn. Det er store kulturelle forskjeller i

årsaksforklaringer for selvmord, og i den østlige verden har psykisk lidelse fått en svært liten rolle (Canetto, 2008). Det kan derimot være slik at forskjellen handler mer om merkelappen vi setter på symptomene enn om de bakenforliggende årsakene. Sosiale normer og kulturelle kjønnsnormer har antakelig stor påvirkning, og kan kanskje forklare mye av kjønnsforskjellen i selvmordsatferd. Dessuten vil mange forskjellige krefter virke samtidig, slik at den positive effekten av ett tiltak kan oppheves av et annet negativt tiltak. Det kan for eksempel tenkes at selvmordsratene øker i et samfunn hvor det er stort fokus på å prestere og det er stor synlighet på grunn av sosiale medier og liknende. Samtidig kan totalbildet forbli uendret på grunn av positive motvirkende effekter som for eksempel økt fokus på mental helse i helsevesenet, økt økonomisk likestilling mellom kjønnene og økt aksept for psykiske lidelser blant menn.

4.5 Begrensninger

En svakhet ved analysen er sannsynligheten for manglende data i form av selvmord som forbigås som ulykker. Dette gjelder kanskje særlig forgiftning, som regnes som en ikke-voldsom metode, men også enkelte voldsomme metoder som trafikkdødsfall (under kategorien annet eller uoppgitt), drukning og fall fra stor høyde.

Kjønnsforskjellen i valg av selvmordsmetode kan være noe kunstig ettersom en større andel kvinner enn menn velger forgiftning, og følgelig er utsatt for misklassifisering. I tillegg mangler vi også informasjon om en del viktige variabler som angst, depresjon og alkohol. Hadde vi hatt en oversikt over forekomsten av disse i befolkningen på alle tidspunkter hadde dette vært en fordel da det kunne gitt oss mer informasjon i forhold til mulige bakenforliggende psykologiske mekanismer. Styrken ligger derimot i å ha kvalitetssikrede, nasjonale populasjonsbaserte registerdata over en så lang tidsperiode. Selvmord er et sjeldent fenomen, men ettersom det her opereres med store tall vil ikke justering for konfoundere påvirke sluttestimaterne i særlig stor grad. Videre er det nasjonale forskjeller i hvilket informasjonsgrunnlag statistikken i ulike land baseres på, og også i klassifikasjon og koding. Dette medfører at det kan være vanskelig å tolke registrerte forskjeller mellom land (Gjertsen, 2007).

Våre data tar ikke hensyn til eventuelle regionale forskjeller i selvmordsrater. Tidligere studier har vist at det er en forskjell mellom land og by i Norge hva gjelder antall selvmord, og kanskje er det også en forskjell hva gjelder metoder som brukes

hyppigst. På samme måte vil det kanskje være forskjeller i aldersgrupper hva gjelder metodebruk. Titelman et al. (2013) påpeker en trend hvor selvmordsraten for unge kvinner 15-24 år har økt de senere årene, og foreslår videre at dette kan ha sammenheng med økt bruk av voldelige metoder i denne gruppen. Metodebruk i ulike aldersgrupper kan være et nyttig tema for videre forskning.

Psykologisk autopsi som informasjonskilde om selvmordsofre er mye brukt, men validiteten av denne metoden er diskutert (Hjelmeland, Dieserud, Dyregrov, Knizek, & Leenaars, 2012). Den gir imidlertid et viktig bidrag til totalinntrykket av selvmord som fenomen, og er av verdi til tross for sine begrensninger.

Det er viktig å understreke at ettersom kjønnsforskjellene varierer så mye fra land til land indikerer dette at det også må være andre riskofaktorer forbundet med selvmord som ikke nødvendigvis går på kjønn. Konseptet "kjønn" refererer dessuten ikke bare til biologiske forskjeller, naturlig nok vil også sosiale normer og kulturelle forventninger spille inn (Möller-Leimkühler, 2003). Grunnet begrensningene i datamaterialet har vi ikke hatt anledning til å undersøke dette nærmere.

4.6 Konklusjon

Grunnet åpenbare begrensninger i kunnskapen om bakgrunnen for valg av selvmordsmetode, er det vanskelig å si hva som kan være årsaken til trendene i Norge. Det vi har avdekket i denne analysen, er at så godt som hele insidensrateøkningen på slutten av 80-tallet kan forklares med bruk av skytevåpen som selvmordsmetode blant menn. Videre er det en relativt konstant kjønnsforskjell i insidensrater gjennom perioden, med ca. tre ganger flere menn enn kvinner som tar selvmord, men denne forsvinner dersom de mest voldsomme metodene tas ut av statistikken. Det ser ut til at en rekke kjønns spesifikke og sosiokulturelle aspekter kan bidra både til menns høyere selvmordsrater og deres valg av mer letale selvmordsmetoder. Mekanismer som impulsivitet og aggresjon kan ha bidratt til de høye ratene for selvmord ved skyting blant menn, moderert av faktorer som fysisk og sosiokulturell tilgang til våpen. Det kan også se ut til at økonomisk stress kan gjøre særlig menn selvmordsutsatte, muligens gjennom opplevelse av ineffektivitet og krenkelse. Videre kan det tenkes at måten en depresjon gjerne kommer til uttrykk på hos menn i forhold til hos kvinner kan bidra til økt risiko for både selvmord i seg selv og for valg av voldelige selvmordsmetoder.

5. Referanser

- Addis, M. E. (2008). Gender and depression in men. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(3), 153-168.
- Ajdacic-Gross, V., Weiss, M. G., Ring, M., Hepp, U., Bopp, M., Gutzwiller, F., & Rössler, W. (2008). Methods of suicide: International suicide patterns derived from the who mortality database. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(9), 726-732.
- Alpers, P., & Wilson, M. (2015). Norway - gun facts, figures and the law. Hentet fra <http://www.gunpolicy.org/firearms/region/norway>
- Amundsen, B. (2014). Én av fire menn får ikke barn. Hentet 21.07, 2015, fra <http://forskning.no/kjonn-og-samfunn-likestilling-sosiologi/2014/05/en-av-fire-menn-far-ikke-barn>
- Andrés, A. R., Collings, S., & Qin, P. (2009). Sex-specific impact of socio-economic factors on suicide risk: A population-based case-control study in denmark. *The European Journal of Public Health*, ckp183.
- Anestis, M. D., Soberay, K. A., Gutierrez, P. M., Hernández, T. D., & Joiner, T. E. (2014). Reconsidering the link between impulsivity and suicidal behavior. *Personality and Social Psychology Review*, 1088868314535988.
- Archer, J. (2004). Sex differences in aggression in real-world settings: A meta-analytic review. *Review of general Psychology*, 8(4), 291.
- Baca-García, E., Diaz-Sastre, C., Basurte, E., Prieto, R., Ceverino, A., Saiz-Ruiz, J., & de Leon, J. (2001). A prospective study of the paradoxical relationship between impulsivity and lethality of suicide attempts. *Journal of Clinical Psychiatry*.
- Barstad, A. (2008). Explaining changing suicide rates in norway 1948–2004: The role of social integration. *Social indicators research*, 87(1), 47-64.
- Barth, A., Sögner, L., Gnams, T., Kundi, M., Reiner, A., & Winker, R. (2011). Socioeconomic factors and suicide: An analysis of 18 industrialized countries for the years 1983 through 2007. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 53(3), 313-317.
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological review*, 97(1), 90.
- Beautrais, A. L. (2002). Gender issues in youth suicidal behaviour. *Emergency Medicine*, 14(1), 35-42.
- Bjerkeset, O., Romundstad, P., & Gunnell, D. (2008). Gender differences in the association of mixed anxiety and depression with suicide. *The British Journal of Psychiatry*, 192(6), 474-475.
- Blakely, T. A., Collings, S. C., & Atkinson, J. (2003). Unemployment and suicide. Evidence for a causal association? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(8), 594-600.
- Brezo, J., Paris, J., & Turecki, G. (2006). Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(3), 180-206.
- Brockington, I. (2001). Suicide in women. *International Clinical Psychopharmacology*, 16, S7-S19.
- Bryan, C. J., & Rudd, M. D. (2006). Advances in the assessment of suicide risk. *Journal of clinical psychology*, 62(2), 185-200.

- Canetto, S. S. (2008). Women and suicidal behavior: A cultural analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(2), 259.
- Canetto, S. S., & Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(1), 1-23.
- Cantor, C. H., & Baume, P. J. (1998). Access to methods of suicide: What impact? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32(1), 8-14.
- Card, J. J. (1974). Lethality of suicidal methods and suicide risk: Two distinct concepts. *OMEGA--Journal of Death and Dying*, 5(1), 37-45.
- Cavanagh, J. T., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological medicine*, 33(03), 395-405.
- Claes, L., Vertommen, H., & Braspenning, N. (2000). Psychometric properties of the dickman impulsivity inventory. *Personality and Individual differences*, 29(1), 27-35.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*, 38(5), 300-314.
- Conner, K. R., Duberstein, P. R., Conwell, Y., & Caine, E. D. (2003). Reactive aggression and suicide: Theory and evidence. *Aggression and Violent Behavior*, 8(4), 413-432.
- Conwell, Y., Duberstein, P. R., Cox, C., Herrmann, J., Forbes, N., & Caine, E. D. (1998). Age differences in behaviors leading to completed suicide. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 6(2), 122-126.
- Cutcliffe, J. R. (2003). Research endeavours into suicide: A need to shift the emphasis. *British journal of nursing*, 12(2), 92-99.
- de Moore, G. M., & Robertson, A. R. (1999). Suicide attempts by firearms and by leaping from heights: A comparative study of survivors. *Suicide*, 156(9).
- Denning, D. G., Conwell, Y., King, D., & Cox, C. (2000). Method choice, intent, and gender in completed suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(3), 282-288.
- Durkheim, E. (1952). *Suicide* (originally published 1897) routledge and kegan paul: London.
- Eysenck, S. B., Pearson, P. R., Easting, G., & Allsopp, J. F. (1985). Age norms for impulsiveness, venturesomeness and empathy in adults. *Personality and individual differences*, 6(5), 613-619.
- Folkehelseinstituttet. (2014a). Folkehelse rapporten. Hentet 10. februar, 2015, fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=110787>
- Folkehelseinstituttet. (2014b). Sosial støtte og ensomhet - faktaark. Hentet 25.07.15, 2015, fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=69765>
- Forsvaret. (2014). Ny praksis for våpenlagring. Hentet 15.07, 2015, fra <https://forsvaret.no/hv/aktuelt/storesaker/Ny-praksis-for-vaapenlagring>
- Giner, L., Jaussent, I., Olié, E., Béziat, S., Guillaume, S., Baca-Garcia, E., . . . Courtet, P. (2014). Violent and serious suicide attempters: One step closer to suicide? *The Journal of clinical psychiatry*, 75(3), e191-197.
- Gjertsen, F. (2007). Statistiske oppgaver over selvmord i norge, norden og de baltiske land suicide statistics in norway, the nordic and the baltic countries.
- Gjertsen, F., Leenaars, A., & Vollrath, M. E. (2013). Mixed impact of firearms restrictions on fatal firearm injuries in males: A national observational study. *International journal of environmental research and public health*, 11(1), 487-506.

- Gunnell, D., Rasul, F., Stansfeld, S., Hart, C. L., & Smith, G. D. (2002). Gender differences in self-reported minor mental disorder and its association with suicide. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 37(10), 457-459.
- Hadley, R., & Hanley, T. (2011). Involuntarily childless men and the desire for fatherhood. *Journal of reproductive and infant psychology*, 29(1), 56-68.
- Hammond, C. J., Potenza, M. N., & Mayes, L. C. (2011). Development of impulse control, inhibition, and self-regulatory behaviors in normative populations across the lifespan *The oxford handbook of impulse control disorders*: Oxford University Press.
- Hendin, H., Maltzberger, J. T., & Szanto, K. (2007). The role of intense affective states in signaling a suicide crisis. *The Journal of nervous and mental disease*, 195(5), 363-368.
- Hjelmeland, H., Dieserud, G., Dyregrov, K., Knizek, B. L., & Leenaars, A. A. (2012). Psychological autopsy studies as diagnostic tools: Are they methodologically flawed? *Death studies*, 36(7), 605-626.
- Iltstad, S. (1989). Okonomisk stress hos familier: Årsaker, virkninger of mestring [economic stress among families: Causes, effects and coping]. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 26, 238-244.
- Johannessen, H. A., Dieserud, G., Claussen, B., & Zahl, P.-H. (2011). Changes in mental health services and suicide mortality in norway: An ecological study. *BMC health services research*, 11(1), 68.
- Joiner, T. E. (2002). The trajectory of suicidal behavior over time. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(1), 33-41.
- Kaslow, N. J., Thompson, M. P., Okun, A., Price, A., Young, S., Bender, M., . . . Parker, R. (2002). Risk and protective factors for suicidal behavior in abused african american women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 311.
- Kuehner, C. (2003). Gender differences in unipolar depression: An update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(3), 163-174.
- Lahti, A., Räsänen, P., Riala, K., Keränen, S., & Hakko, H. (2011). Youth suicide trends in finland, 1969–2008. *Journal of child psychology and psychiatry*, 52(9), 984-991.
- Langhinrichsen-Rohling, J., Friend, J., & Powell, A. (2009). Adolescent suicide, gender, and culture: A rate and risk factor analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 14(5), 402-414.
- Larsen, K., & Teigen, K. H. (2015). Hvorfor misforstås forskning om selvmord? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 52(7), 606-612.
- Lemogne, C., Fossati, P., Limosin, F., Nabi, H., Encrenaz, G., Bonenfant, S., & Consoli, S. M. (2011). Cognitive hostility and suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(1), 62-69.
- Linkowski, P., Martin, F., & De Maertelaer, V. (1992). Effect of some climatic factors on violent and non-violent suicides in belgium. *Journal of affective disorders*, 25(3), 161-166.
- Lundin, A., Lundberg, I., Hallsten, L., Ottosson, J., & Hemmingsson, T. (2010). Unemployment and mortality—a longitudinal prospective study on selection and causation in 49321 swedish middle-aged men. *Journal of epidemiology and community health*, 64(01), 22-28.

- Martin, L. A., Neighbors, H. W., & Griffith, D. M. (2013). The experience of symptoms of depression in men vs women: Analysis of the national comorbidity survey replication. *JAMA psychiatry*, 70(10), 1100-1106.
- Martinez, M. C. R. (2014). Selvmord fra en rettsmedisinsk innfallsvinkel.
- Mościcki, E. K. (1994). Gender differences in completed and attempted suicides. *Annals of Epidemiology*, 4(2), 152-158.
- Murphy, G. E. (1998). Why women are less likely than men to commit suicide. *Comprehensive psychiatry*, 39(4), 165-175.
- Möller-Leimkühler, A. M. (2003). The gender gap in suicide and premature death or: Why are men so vulnerable? *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 253(1), 1-8.
- Neufeld, E., & Norm O'Rourke PhD, R. (2009). Impulsivity and hopelessness as predictors of suicide-related ideation among older adults. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(10), 684.
- Nordentoft, M., & Branner, J. (2008). Gender differences in suicidal intent and choice of method among suicide attempters. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 29(4), 209.
- Oglesby, M. E., Capron, D. W., Raines, A. M., & Schmidt, N. B. (2015). Anxiety sensitivity cognitive concerns predict suicide risk. *Psychiatry research*, 226(1), 252-256.
- Piccinelli, M., Homen, F. G., & Organization, W. H. (1997). Gender differences in the epidemiology of affective disorders and schizophrenia: WHO Geneva.
- Platt, S., & Hawton, K. (2000). Suicidal behaviour and the labour market. *The international handbook of suicide and attempted suicide*, 309-384.
- Qin, P., Mortensen, P. B., Agerbo, E., Westergaard-Nielsen, N., & Eriksson, T. (2000). Gender differences in risk factors for suicide in denmark. *The British Journal of Psychiatry*, 177(6), 546-550.
- Rich, C. L., Ricketts, J. E., Fowler, R. C., & Young, D. (1988). Some differences between men and women who commit suicide. *Am J Psychiatry*, 145(6), 718-722.
- Rogers, J. R. (1992). Suicide and alcohol: Conceptualizing the relationship from a cognitive - social paradigm. *Journal of Counseling & Development*, 70(4), 540-543.
- Rossow, I. (2002). Rusmiddelbruk i norge. *Norsk epidemiologi*, 12(3).
- Schrijvers, D. L., Bollen, J., & Sabbe, B. G. (2012). The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *Journal of affective disorders*, 138(1), 19-26.
- Statistisk Sentralbyrå (2015). Dødsårsaker, 2012. Hentet 28.07.15, 2015, fra <https://www.ssb.no/helse/statistikker/dodsarsak/aar>
- Statistisk Sentralbyrå. (2015). Renter i banker og kredittforetak. Hentet 04.12.15, 2015, fra <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selectvarval/saveselections.asp>
- Strüber, D., Lück, M., & Roth, G. (2008). Sex, aggression and impulse control: An integrative account. *Neurocase*, 14(1), 93-121.
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., & McKee, M. (2009). The health implications of financial crisis: A review of the evidence. *The Ulster medical journal*, 78(3), 142.
- Titelman, D., Oskarsson, H., Wahlbeck, K., Nordentoft, M., Mehlum, L., Jiang, G.-X., . . . Wasserman, D. (2013). Suicide mortality trends in the nordic countries 1980–2009. *Nordic journal of psychiatry*, 67(6), 414-423.

- Värnik, A., Kolves, K., van der Feltz-Cornelis, C. M., Marusic, A., Oskarsson, H., Palmer, A., . . . Aromaa, E. (2008). Suicide methods in europe: A gender-specific analysis of countries participating in the “european alliance against depression”. *Journal of epidemiology and community health*, 62(6), 545-551.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H.-G., . . . Lellouch, J. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Jama*, 276(4), 293-299.
- Winkler, D., Pjrek, E., & Kasper, S. (2005). Anger attacks in depression: Evidence for a male depressive syndrome. *Psychotherapy and psychosomatics*.
- World Health Organization. (1992). *The icd-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*: Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*: World Health Organization.
- Zahl, P.-H., De Leo, D., Ekeberg, Ø., Hjelmeland, H., & Dieserud, G. (2010). The relationship between sales of ssri, tca and suicide rates in the nordic countries. *BMC psychiatry*, 10(1), 62.
- Zahl, P.-H., & Dieserud, G. K. (2015). Faktaark fra folkehelseinstituttet. Hentet 28.07.15, 2015, fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=70808>
- Zouk, H., Tousignant, M., Seguin, M., Lesage, A., & Turecki, G. (2006). Characterization of impulsivity in suicide completers: Clinical, behavioral and psychosocial dimensions. *Journal of affective disorders*, 92(2), 195-204.

Vedlegg A. Bankenes utlånsrente (lys blå linje), årlig gjennomsnitt vist i prosentpoeng, sammenliknet med totale selvmordsrater for menn og kvinner i Norge i årene 1980-2012.

