

Nullvisjon for selvmord

Selvmordsfeltet kan lære av nullvisjonen i veitrafikken. Det kreve samtidig en betydelig satsning og en tilpasning til sikkerhetens egenart i psykisk helsefeltet.

TEKST

Siv Hilde Berg

Fredrik A. Walby

PSY
KOL
OGI

PUBLISERT 25. november 2021

EMNER

Selvmord

selvmordsforebygging

Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025 innførte for første gang en nullvisjon for selvmord i Norge. Nullvisjonen formidler et verdisyn om at vi som samfunn ikke har noen å miste, skrev Solberg-regjeringen. Hva nullvisjonen skal omfatte, sies det lite om. Helsepersonell vi snakker med, frykter at nullvisjonen vil bety økt bruk av tvang og enda mer krav om dokumentasjon for å holde ryggen fri. Mange opplever også manglende anerkjennelse av kompleksiteten i selvmordsproblematikken og det manglende kunnskapsgrunnlaget i selvmordsforebyggingen. Vi savner en systematisk plan for hvordan nullvisjonen skal brukes for å gi retning for arbeidet videre, og vi savner et innhold.

Nullvisjon som strategi

Begrepet nullvisjon er hentet fra sikkerhetsfaget, og har som mål å redusere ulykker gjennom systematisk og langsiktig styring med omfattende ulykkesforebyggende tiltak. Nullvisjon innenfor veitrafikk ble innført med *Nasjonal transportplan 2002-2011*. I 2001 var det 275 drepte i trafikken. I 2020 var det for første gang siden 1947 færre enn 100 drepte på norske veier. Suksesshistorien med nullvisjon i veitrafikken har ofte blitt satt opp imot selvmordsforebygging, der vi ikke har sett noen nedgang i selvmordsratene de siste 15 årene. I 2018 ble selvmordstall fra den systematiske gjennomgangen av selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling offentliggjort (Walby et al., 2018). Rapporten avdekket at annenhver dag i snitt tok en pasient i psykisk helsevern livet sitt. Dette ble møtt med en åpenhet fra helsemyndighetene for å få ned selvmordstall med metoder hentet fra trafikksikkerhet, skrev NRK den 27. april i 2018 (Førland et al., 2018).

«I 2019 døde 29 personer under 30 år i trafikken. Samme år døde 148 personer under 30 år av selvmord», skriver Aftenposten den 29. mars i 2021, og med innføringen av

nullvisjon for selvmord skal vi nå lære av veitrafikken, opplyser Bent Høie (Røren & Aasheim, 2021).

Men satsingene er ikke sammenliknbare. Uten et innhold og en strategi fremkommer sammenlikningene med veitrafikk som en utopi med et nærmest urealistisk forenklet inntrykk av overføringsverdien mellom veitrafikk og psykisk helse. Vi vil nevne tre områder som må løftes bedre i debatten om hva nullvisjon for selvmord bør inneholde. Vi trekker veksler på studier vi har utført for å forstå fenomenet sikkerhet for pasienter innlagt i selvmordskrise.

«Vi vet ikke eksakt hva som skal til for å forhindre at en person tar livet sitt»

(1) Nullvisjon i veitrafikk er mer enn en verdi

Helhetlige tiltak må rettes mot der vi har kunnskap. Nullvisjon i veitrafikk bygger på tre pilarer: *etikk*, ethvert menneske er unikt og uerstattelig, *vitenskapelighet*, kunnskap skal ligge til grunn for utformingen av tiltak, og til slutt *ansvar*, trafikantene, myndighetene og andre som kan påvirke trafikksikkerheten, har et delt ansvar.

Handlingsplanen for forebygging av selvmord omfavner etikkpilaren, men skal vi kunne sammenlikne en nullvisjon for selvmord med veitrafikk, er det helt grunnleggende at det også jobbes systematisk med å styrke tiltak som gir effekt, der prinsippet om vitenskapelighet ligger til grunn. Det er ikke uproblematisk.

Innenfor veitrafikk har vi fått betydelig kunnskap om årsaks- og hendelseskjeder. Vi har kunnskap om at enkelttiltak, som å senke farten og bruke bilbelte, fører til reduksjon i dødsfall og hardt skadde. Dette står i stor kontrast til hva som er status for selvmordsforebygging. Her finnes ingen «midtrabatter» eller «airbagger» som kan settes inn og effektivt gi selvmordsforebyggende effekt for alle.

Vi vet ikke eksakt hva som skal til for å forhindre at en person tar livet sitt. Innenfor psykisk helsevern utføres det til daglig en rekke tiltak der vi ikke har kunnskap om effekten på selvmordsatferd. Vi har ingen kontrollerte studier som dokumenterer effekten og risikoen knyttet til observasjon av pasienter i selvmordsfare (Reen et al., 2020), og vi vet lite om hvilke pasienter som har nytte av å ha behandling under lukkede dører fremfor åpne dører. En av årsakene til usikkerhet i evidensgrunnlaget skyldes at det ikke er etisk forsvarlig å plassere individer med høy selvmordsfare i en kontrollgruppe der de ikke gis beskyttelsestiltak.

Vi har heller ingen metoder for å forutse hvilke pasienter som kommer til å ta livet sitt i sengepost. Hvert år dør om lag 25 personer av selvmord mens de er innlagt i Norge (Walby et al., 2018). Det anses statistisk å være et lavfrekvent fenomen. Hendelser med lav baserate, slik som selvmord i sengepost, lar seg med få unntak predikere. Vi har ikke støtte for å bruke risikoskalaer i selvmordsrisikovurderinger, selv om flere skalaer har relativt god sensitivitet og spesifisitet, gjør den lave baseraten at de ikke kan brukes til å

identifisere pasientene selv i høyrisikogrupper (Carter et al., 2017), og medfører dessuten en svært høy andel falske positive.

Det betyr ikke at vi ikke vet hva som virker, men at det som virker, er mer sammensatt, og at tiltakene ikke utelukkende kan settes inn mot individer som er i selvmordsrisiko. Tiltakene må også settes inn på gruppenivå.

De fleste individer som har forsøkt å ta livet sitt, har en psykisk lidelse. Det er sterk støtte i evidensgrunnlaget for psykologisk og medisinsk behandling av psykisk lidelse for å forebygge selvmord (Zalsman et al., 2016). Vi vet også at YAM, et kortvarig tiltak i skolen som hjelper ungdom å håndtere stress, kriser og livsutfordringer, reduserer selvmordsforsøk med 50 % blant ungdom (Wasserman et al., 2015). Det å ha lett tilgang til helsetjenester og oppfølging etter innleggelse er også effektive tiltak (Zalsman et al., 2016). I Norge som i andre land vet vi at selvmord ofte skjer nær opp mot siste kontakt med helsetjenesten (Walby et al., 2018).

«Det har ofte blitt konkludert med at selvmordet skyldes fraværet av risiko-vurderinger, og helse-personellet har blitt gjort til syndebukk for selvmordet»

Skal vi rette tiltak mot der vi har kunnskap, er det behov for helhetlige tiltak som rettes mot å styrke tjenestene i alle ledd. Tilgjengeligheten til tjenestene må forbedres, kapasiteten i kommunen og spesialisthelsetjenesten må økes. Primærforebyggende tiltak i skolene må inkluderes.

Solberg-regjeringens totale budsjett for Handlingsplan for forebygging av selvmord var kun 20 millioner kroner i 2021, og Solberg-regjeringen ville bruke halvparten til opplysningskampanjer. Dette til tross for svak evidens for slike tiltak (Zalsman et al., 2016). Selvmordsforebygging er sammensatt, vi forebygger ikke selvmord bare ved å prate om det!

«Kvalitet virker», skrev presidenten i Norsk psykologforening i et innlegg om nullvisjonens utforming (Skard, 2020). Vi er enige. Kvalitetsarbeid må også tilpasses behovene i psykisk helsevern. Selvmord er et sammensatt problem. Komplekse systemer, inkludert psykiske helsetjenester, må møtes med komplekse løsninger, og gjøre helsetjenesten robust og i stand til å imøtekomme ulike utfordringer for at det går godt i behandlingen, og ikke bare forhindre at systemet feiler (Wiig et al., 2020).

Psykiske helsetjenester har over flere år har vært underdimensjonert både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten, det gir grunn til bekymring for dens kapasitet.

Direktør for Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten (UKOM) Pål Iden uttalte at «pandemien setter et forstørrelsesglass på sårbarheten i det

eksisterende system», og hevder vi står overfor pandemiens muligens største folkehelseproblem med en psykisk helsekrise blant barn og ungdom (UKOM, 2021). I flere kommuner foreligger det ikke noe tilbud etter utskrivelse, og lavterskeltilbud har fått venteliste. Tilbudene mister sin funksjon som et lavterskeltilbud der mennesker kan få hjelp på kort tid.

Det er helt grunnleggende for kvalitet og sikkerhet i helsetjenesten at vi ikke skal møte mennesker i krise med underdimensjonerte tjenester. Vi må styrke selve fundamentet i tjenestene: helsepersonellet, som igjen skal ivareta mennesker i selvmordskrise.

For helsepersonell og behandlingenheter var antakelig denne strikken strukket for langt lenge før pandemien.

(2) Nullvisjon i veitrafikk må tilpasses selvmordshendelser

I gransking av trafikkulykker ses trafikkulykkene i et systemperspektiv med kartlegging av hendelsesforløp og årsaksfaktorer. Gjennomgangen til Statens havarikommisjon tar for seg alt fra fører av bil til veinettet til regelverket.

I dag finnes det modellverktøy for gransking av trafikkulykker, som har bidratt til at transportsystemet, transportmidlene og regelverket utformes på en måte som fremmer trafikksikker atferd hos trafikantene, og i størst mulig grad medvirker til at menneskelige feilhandlinger ikke fører til alvorlige skader eller død.

Det er slike modeller vi kaller systemiske modeller, fordi de kartlegger bakenforliggende årsaker til en ulykke på flere nivå.

Ifølge Bent Høie handler mye av årsaken til nedgang i dødsfall i trafikken om at vi gikk bort fra å se på en trafikkulykke som en enkelthendelse til å se på det som et samfunnsproblem. Det ble satt av beskjedne to millioner kroner til et pilotprosjekt for gransking av selvmord, som tar utgangspunkt i Havarikommisjonens modell for gransking av trafikkulykker.

Høie etterlyser perspektiver, som ikke bare har manglet i det selvmordsforebyggende arbeidet i Norge, men også internasjonalt. Sikkerhetsforskning har i svært liten grad vært opptatt av selvmordsforebygging, og det eksisterer et stort kunnskapsgap også i grunnforskningen.

Det er ikke slik at enhver alvorlig hendelse vi ønsker å forebygge i samfunnet, kan settes inn i en modell som gir oss et entydig svar på hva som gikk galt, og hvor vi skal rette tiltakene. Konklusjonene i slike granskinger handler i stor grad om valg av modell (Lundberg et al., 2009). I sikkerhetsforskning har vi ulike ulykkesmodeller, og disse påvirker hva vi anser som svikt, hvor vi retter fokus i sikkerhetstiltak, og hva vi lærer.

Ikke bare i Norge, men i helsetjenester verden over, har rotårsaksanalyser blitt brukt i gransking av selvmordshendelser (Turner et al., 2020; Roos af Hjelmsäter et al., 2021). I disse analysene listes det opp en rekke kausale faktorer før en konkluderer med den endelige rotårsaken. Dessverre har ofte menneskelig feil blitt påpekt som årsak til svikt. Det har ført til en rekke negative konsekvenser for fagfeltet og manglende

anerkjennelse av kompleksiteten det innebærer å forebygge selvmord. Det har ofte blitt konkludert med at selvmordet skyldes fraværet av risikovurderinger, og helsepersonellet har blitt gjort til syndebukk for selvmordet. Det har gjort helsepersonellet til et sekundært offer for selvmordet. Frykten for straff og å gjøre feil har skapt en frykttkultur som disiplinerer helsepersonell til å prioritere hva enn de blir vurdert etter. Dette har gått på bekostning av fokuset på helsepersonells ekspertise og den sikkerheten som skapes i de relasjonelle og terapeutiske prosessene (Turner et al., 2020). Rotårsaksanalysene gir dårlig grobunn for læring i helsetjenesten, og det er ikke tvil om at vi må bevege oss videre når vi skal forstå noe så komplekst som et selvmord.

Å gå bort fra rotårsaksanalyser til systemiske modeller innebærer et fokusskifte fra å lete etter enkeltårsaker, som sviktende helsepersonell, til å belyse bakenforliggende forhold på samfunnsnivå. Det er et svært viktig bidrag til verdenssamfunnet at vi vender blikket til sikkerhetsfaget for å lære mer om selvmord i et samfunnsperspektiv.

Slike modeller begrenses naturlig av hvor mye vi vet om det vi skal forebygge. Noe av denne kunnskapen vil kunne opparbeides gjennom granskning og læring, slik man har gjort i veitrafikken gjennom 20 år. Annen kunnskap må skapes for at modellene i det hele tatt skal kunne anvendes i det selvmordsforebyggende feltet. Årsaks- og ulykkesmodeller for selvmord, og spesielt systemiske modeller, og hva sikkerhet er i denne sammenheng, vet vi fortsatt lite om.

Modeller er abstraksjoner for å forstå komplekse fenomener. For å være nyttige må de inkludere viktige faktorer og utelate andre. En fallgrube ved bruk av ulike granskingsverktøy er at vi prøver å få data til å passe modellen (Le Coze, 2008). Vi har ikke forstått systemet godt nok (fenomenet selvmord), og vi bruker gjerne forhåndsdefinerte kategorier som vi prøver å presse virkeligheten inn i. For å unngå dette må det trås varsomt med høy sensitivitet til konteksten psykisk helse.

En annen fallgrube er bruk av modeller som utelukkende setter søkelys på svikt, fremfor kvalitet og tiltak som øker helsetjenestenes kapasitet. Innovative modeller er i utvikling, og disse baserer seg i større grad på å lære av det som gjør at det går bra i møte med kompleks hverdagspraksis, enn å utelukkende lære av det som går galt.

Det er også behov for grunnforskning for å forstå bedre hvordan selvmord skal forstås som en ulykke, hva sikkerhet er i denne sammenheng, og hvordan vi kan anvende systemiske modeller i det selvmordsforebyggende feltet med varsomhet. *Det* krever en betraktelig større satsning enn to millioner kroner.

(3) Det er ikke alt som kan overføres fra veitrafikk

Sikkerhet skapes gjennom relasjonene og persontilpasningen for den selvmordstruede pasient. Sikkerhet for selvmordstruede skiller seg fra veitrafikk, der en rekke barrierer settes inn for å forhindre ulykker. Sikkerhet for selvmordstruede er mer enn å fysisk forhindre at pasienten tar livet sitt.

Vi har utført en rekke studier for å forstå bedre fenomenet sikkerhet for selvmordstruede pasienter som er innlagt i psykisk helsevern (Berg, 2020). Når vi la

pasientens perspektiv til grunn, fant vi at opplevelsen av trygghet var avgjørende for sikkerhet (Berg et al., 2017). Selv om den fysiske beskyttelsen for selvmordsimpulser var livreddende, kunne pasienter oppleve økende suicidalitet om de ble plassert under observasjon uten å samtidig å oppleve verdighet og tilknytning til helsepersonellet. En oppnår ikke sikkerhet ved å designe et system som fysisk forhindrer pasienten i å ta livet sitt, men overser behovet for tilknytning.

Ingen studier hadde tidligere undersøkt hvordan suicidale pasienter erfarte sikker klinisk praksis. Ved å intervju 18 pasienter mens de var innlagt i en selvmordskrise, fant vi at sikker klinisk praksis for pasienter i selvmordskrise involverer persontilpassede aktiviteter, og at det er behov for å anerkjenne dette, ikke bare i behandlingstiltak, men også i beskyttelses- og sikkerhetstiltak slik som selvmordsrisikovurderinger og observasjon av selvmordsfare (Berg et al., 2020a). Suicidale pasienter er ikke en homogen gruppe, det er en gruppe med ulike behandlingsbehov og beskyttelsesbehov. Behandling og beskyttelse må tilpasses for å være sensitiv til individet og konteksten. Å skape sikkerhet i sengepost handler for enkelte pasienter også om å være blant helsepersonell som de kjenner, som de har tillit til at vil forstå dem og imøtekomme deres signaler på forverring.

Som pasienten «Gunn» beskrev det:

De har lært meg å kjenne og derfor tror jeg at det er viktig at du er på samme avdeling når du kommer inn ... fordi de har sett det på meg. De har sett det på skiftningen av humøret og ting jeg sier ... og ikke sier. Fakter, alt fra mimikk, sikkert noe mer ... fordi at de har gjerne sett at ... når jeg blir helt helt stille ... da er jeg dårlig, og da følger de ekstra med. Ja ... for det er ikke lett å si det selv. Eller noen ganger er det nesten umulig å si det selv, du vil bare være i fred med dine selvmordsplaner.

Vi fant videre i en kvalitativ studie av 35 helsepersonell at ekspertisen og tilpassingen av behandling og beskyttelsestiltak til den enkelte pasient var avgjørende for å skape sikkerhet, men at dette var en svært kompleks og usikker praksis (Berg et al., 2020b). Helsepersonell står i vanskelige kliniske vurderinger og overveier flere ulemper for pasienten, i frykt for både å underbeskytte og å overbeskytte pasienten, som denne psykiateren med ti års erfaring beskriver:

Jeg kjenner nok litt på at vi blir litt presset til å ta ansvar for alt. Litt sånn «damned if I do, damned if I don't». Vi får kjeft for at vi bruker mye tvang, og det er ikke ønskelig ... Det skal være autonomi. Samtidig, hvis ting går galt så må vi svare for oss ... og fokus er på hvem som gjorde noe galt og at det ikke blir jobbet godt nok ... uten å ta helt inn over seg kompleksiteten. Da tenker jeg spesielt på alvorlige sinnslidelser, det er ikke så lett heller.

Sikker klinisk praksis for pasienter innlagt i selvmordskrise hadde en rekke kjennetegn som man finner i komplekse adaptive systemer. Kompleksiteten i selvmordskonteksten kjennetegnes av beslutninger som tas under høy grad av usikkerhet, sikkerhet for selvmordstruede skapes gjennom en rekke relasjonelle prosesser, som krever stor grad av individtilpasning og tilpasninger av prosedyrer. I slike systemer kan ikke sikkerhet utelukkende styres ved å sørge for at alle følger standarder eller sjekklister (Berg, 2020).

Dette har implikasjoner for hvordan en tilnærmer seg en nullvisjon. I slike system kan en ikke forvente nedgang i selvmord ved å sikre at alle utfører en prosedyre på samme måte. Mens man i veitrafikken kan styre sikkerhet ved å sikre at alle bruker sikkerhetsbeltet, må man tilnærme seg sikkerhet på en annen måte i et komplekst adaptivt system.

«En oppnår ikke sikkerhet ved å designe et system som fysisk forhindrer pasienten i å ta livet sitt, men overser behovet for tilknytning»

For å styrke sikkerhet i komplekse adaptive system, må en styrke kapasiteten og evnen til tilpasning i systemet. Det kan gjøres ved å styrke støttesystemene for helsepersonell og helsepersonellens ekspertise og gi fleksibilitet til å tilpasse behandlingen. Felles visjoner og verdier blir viktige verktøy for å sørge for at systemet snor seg rundt pasientens behov (Ellis et al., 2017; Berg, 2020).

Skal vi lære av andre land som arbeider med nullvisjon for selvmord, kan vi ta med oss noen kloke ord fra Gold Coast Hospital i Australia (Turner et al., 2020). Deres erfaringer er at nullvisjon ikke kan implementeres uten at det samtidig anerkjennes at selvmordsforebygging er komplekst og krever stor fleksibilitet. Videre argumenterer de for at vi må skape en kultur som ivaretar helsepersonellet og ikke legger skylden for selvmordet på et enkelt helsepersonells vurderinger.

Systemiske modeller kan bidra til å romme denne kompleksiteten, men kun om vi samtidig omfavner at sikkerhet skapes på en annen måte innenfor psykisk helse enn i veitrafikken.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening 25.11.21.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 59, nummer 1, 2022, side 30-35

TEKST

Siv Hilde Berg, ph.d, psykolog og masterstudier i samfunnssikkerhet. Postdoktor SHARE, Senter for kvalitet og sikkerhet i helsetjenesten, Universitetet i Stavanger

KONTAKT: Siv.h.berg@uis.no

Fredrik A. Walby, forsker og psykologspesialist, Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, Universitetet i Oslo

+ Vis referanser

- Berg, S.H. (2020). Safe clinical practice for patients hospitalised in mental healthcare during a suicidal crisis. Ph.d-avhandling. Universitetet i Stavanger.
- Berg, S.H., Rørtveit, K., Walby, F.A. & Aase, K. (2020a). Safe clinical practice for patients hospitalised in mental health wards during a suicidal crisis: qualitative study of patient experiences. *BMJ*. 10(11), e040088.
- Berg, S.H., Rørtveit, K., & Aase, K. (2017). Suicidal patients' experiences regarding their safety during psychiatric in-patient care: a systematic review of qualitative studies. *BMJ*. 17(1), 73.
- Berg, S.H., Rørtveit, K., Walby, F.A. & Aase, K. (2020b). Adaptive capacities for safe clinical practice for patients hospitalised during a suicidal crisis: a qualitative study. *BMJ*. 20(1), 316.
- Carter, G., et al [KH1] ., (2017). Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales. *BMJ*. 210(6), 387-395.
- Ellis, L.A., Churruarín, K. & Braithwaite, J. (2017). Mental health services conceptualised as complex adaptive systems: what can be learned? *BMJ*. 11(1), 43.
- Førland, H., Moland, A., Hansen, S., Riiser, B., Ekerhold, M. & Holø, R.M. (2018). Vil få ned selvmordstall med trafikkmetoder. *Vil få ned selvmordstall med trafikkmetoder - Dokumentar (nrk.no)*
- Le Coze, J. (2008). Disasters and organisations: From lessons learnt to theorising. *BMJ*. 46(1), 132-149.
- Lundberg, J., Rollenhagen, C. & Hollnagel, E. (2008). What-you-look-for-is-what-you-find-The consequences of underlying accidents models in eight investigation manuals. *BMJ*. 47, 1297-1311.
- Reen, G.K., Baily, J., Mughan, D. & Vincent, C. (2020). Systematic review of interventions to improve constant observation on adult inpatient psychiatric wards. *BMJ*, 29(3), 372-386.
- Roos af Hjelmsäter, E. Axel, R., Gäre, B.A. & Westrin, Å. (2019). Deficiencies in healthcare prior to suicide and actions to deal with them: a retrospective study of investigations after suicide in Swedish healthcare. *BMJ* 2019;9, e032290.
- Røren, I. & Aaseheim, A. (2021). Helseministeren om selvmord blant unge: - Vi har ikke gjort nok. <https://www.aftenposten.no/norge/i/56gG5W/helseministeren-om-selvmord-blant-unge-vi-har-ikke-gjort-nok>
- Skard, H.K. (2020). Nullvisjon for selvmord kan gi utilsiktede konsekvenser. <https://www.dagensmedisin.no/blogger/hakon-kongsrud-skard/2020/09/09/nullvisjon-for-selvmord-kan-gi-utilsiktede-konsekvenser/>
- Turner, K., Stapelberg, N.J., Svetlicuc, J. & Dekker, S.W. (2020). Inconvenient truths in suicide prevention: Why a Restorative Just Culture should be implemented alongside a Zero Suicide Framework. *BMJ* 54(6), 571-581.
- Ukom (2021). Barn og unges psykiske helse ett år inn i pandemien. UKOM. <https://www.ukom.no/forside/nyheter/barn-og-unges-psykiske-helse-ett-aar-inn-i-pandemien/>
- Walby, F.A., Myhre, M.Ø. & Kildahl, A.T. (2018). 1910 døde pasienter: Selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2008 til 2015 - en nasjonal registerstudie 2018: Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging, Universitetet i Oslo.
- Wasserman, D., et al., (2015). School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *BMJ*. 385(9977), 1536-1544.
- Wiig, S., et al., (2020). Defining the boundaries and operational concepts of resilience in the Resilience in Healthcare Research Program. *BMJ*. 20(330).

Zalsman, G., et al., (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review.
, 3(7), 646-659.