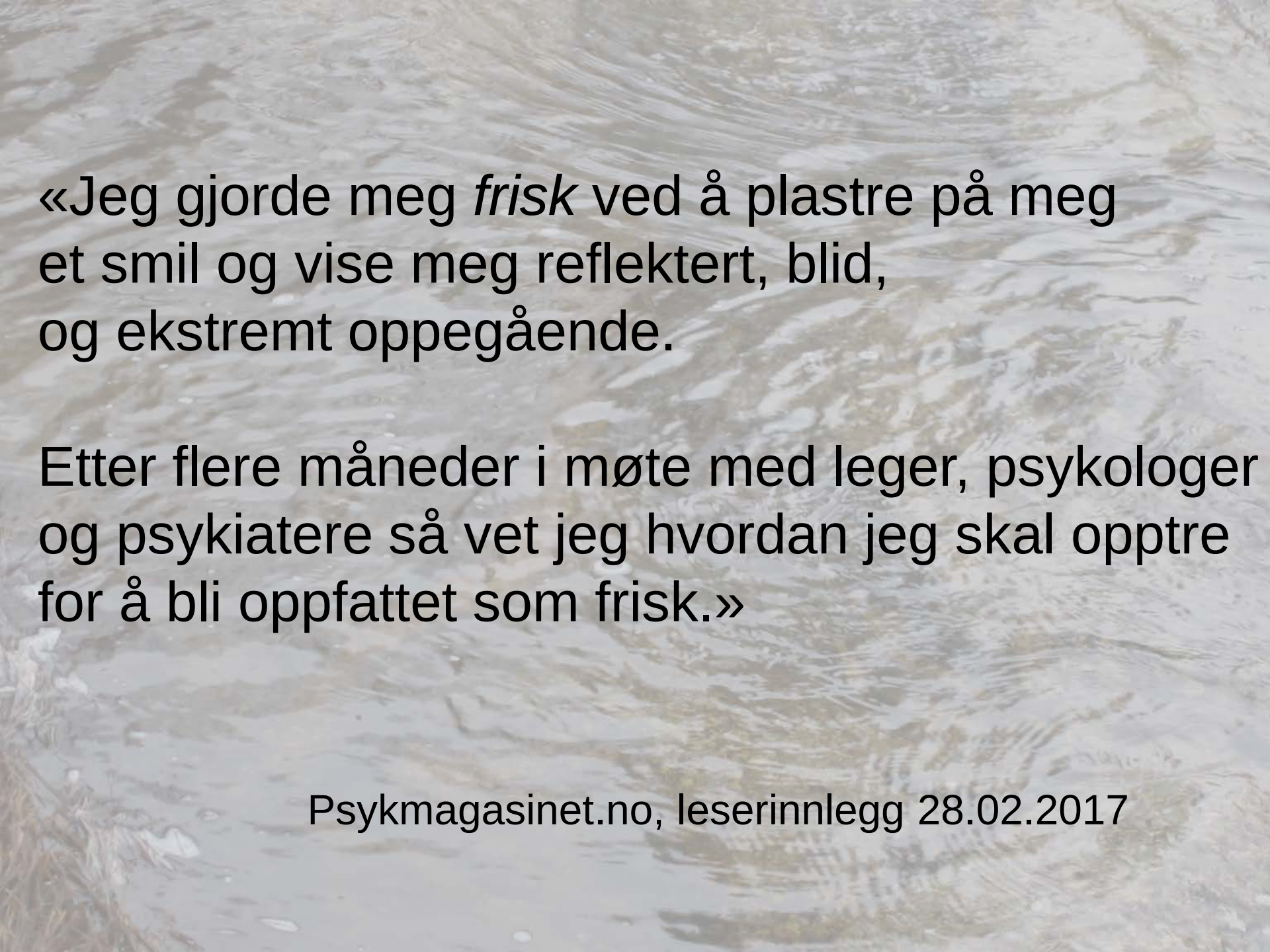




Tormod Stangeland

Psykologspesialist, Ungdomspsykiatrisk klinikk, Ahus

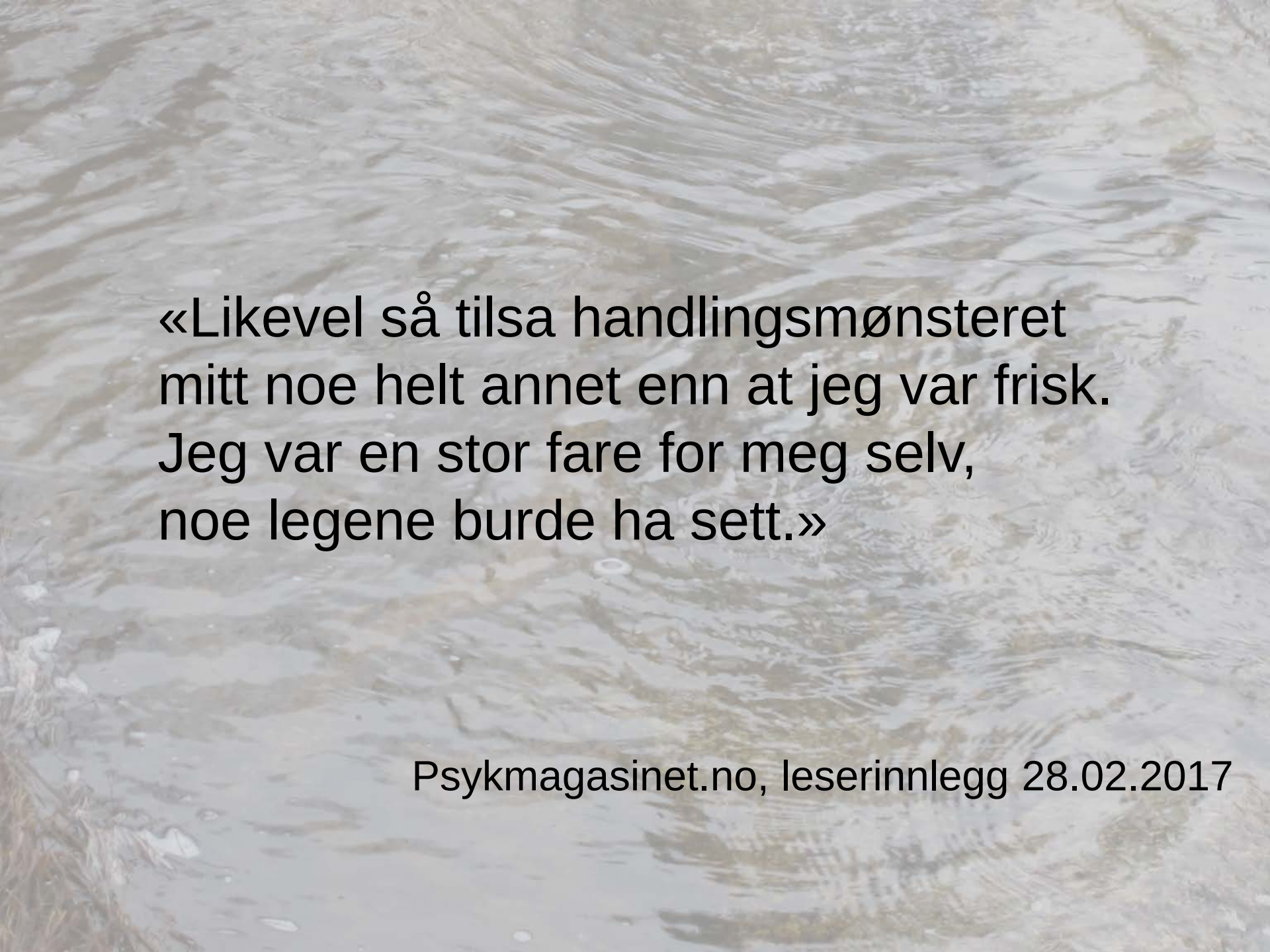
Selvmondsrisikovurdering, -behov for en ny modell?

The background of the slide is a close-up photograph of water with many small, concentric ripples, creating a textured, shimmering effect. The water appears to be a light brown or greyish color.

«Jeg gjorde meg *frisk* ved å plastre på meg et smil og vise meg reflektert, blid, og ekstremt oppegående.

Etter flere måneder i møte med leger, psykologer og psykiatere så vet jeg hvordan jeg skal opptre for å bli oppfattet som frisk.»

Psykmagasinet.no, leserinnlegg 28.02.2017

The background of the image is a close-up, slightly blurred view of water with many small ripples and waves, creating a textured, shimmering effect. The water appears to be in a shallow area, possibly a stream or a pond, with some darker patches visible beneath the surface.

«Likevel så tilsa handlingsmønsteret
mitt noe helt annet enn at jeg var frisk.
Jeg var en stor fare for meg selv,
noe legene burde ha sett.»

Psykmagasinet.no, leserinnlegg 28.02.2017

RESEARCH ARTICLE

Meta-Analysis of Longitudinal Cohort Studies of Suicide Risk Assessment among Psychiatric Patients: Heterogeneity in Results and Lack of Improvement over Time

Matthew Large^{1,2*}, Muthusamy Kaneson³, Nicholas Myles⁴, Hannah Myles^{5,6}, Pramudie Gunaratne², Christopher Ryan^{7,8}

1 School of Psychiatry, University of New South Wales, Randwick, Australia, **2** Prince of Wales Hospital, Randwick, Australia, **3** Faculty of Medicine, University of New South Wales, Randwick, Australia, **4** The Queen Elizabeth Hospital, Woodville South, Australia, **5** Discipline of Psychiatry, School of Medicine, The University of Adelaide, SA, Australia, **6** Country Health SA Mental Health, SA, Australia, **7** Discipline of Psychiatry and Centre for Values Ethics and the Law in Medicine, University of Sydney, Sydney, Australia, **8** Department of Psychiatry, Westmead Hospital, Westmead, NSW, Australia

* mmbl@bigpond.com



CrossMark
click for updates

OPEN ACCESS

Citation: Large M, Kaneson M, Myles N, Myles H, Gunaratne P, Ryan C (2016) Meta-Analysis of Longitudinal Cohort Studies of Suicide Risk Assessment among Psychiatric Patients: Heterogeneity in Results and Lack of Improvement over Time. PLoS ONE 11(6): e0156322. doi:10.1371/journal.pone.0156322

Editor: Vincenzo DeLuca, University of Toronto, CANADA

Received: February 4, 2016

Accepted: May 12, 2016

Published: June 10, 2016

Copyright: © 2016 Large et al. This is an open access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Data Availability Statement: All relevant data are within the paper and its Supporting Information files.

Funding: The authors received no specific funding for this work.

Competing Interests: Dr. Large provides expert opinion to courts on matters related to suicide. Dr. Ryan provides expert opinion to courts on matters related to suicide. These potential conflicts of interest does not alter the authors' adherence to PLOS ONE policies on sharing of data and materials.

Abstract

Objective

It is widely assumed that the clinical care of psychiatric patients can be guided by estimates of suicide risk and by using patient characteristics to define a group of high-risk patients. However, the statistical strength and reliability of suicide risk categorization is unknown. Our objective was to investigate the odds of suicide in high-risk compared to lower-risk categories and the suicide rates in high-risk and lower-risk groups.

Method

We located longitudinal cohort studies where psychiatric patients or people who had made suicide attempts were stratified into high-risk and lower-risk groups for suicide with suicide mortality as the outcome by searching for peer reviewed publications indexed in PubMed or PsychINFO. Electronic searches were supplemented by hand searching of included studies and relevant review articles. Two authors independently extracted data regarding effect size, study population and study design from 53 samples of risk-assessed patients reported in 37 studies.

Results

The pooled odds of suicide among high-risk patients compared to lower-risk patients calculated by random effects meta-analysis was of 4.84 (95% Confidence Interval (CI) 3.79–6.20). Between-study heterogeneity was very high ($I^2 = 93.3$). There was no evidence that more recent studies had greater statistical strength than older studies. Over an average follow up period of 63 months the proportion of suicides among the high-risk patients was

Risk Factors for Suicidal Thoughts and Behaviors: A Meta-Analysis of 50 Years of Research

Joseph C. Franklin and Jessica D. Ribeiro
Vanderbilt University and Harvard University

Kathryn R. Fox
Harvard University

Kate H. Bentley
Boston University

Evan M. Kleiman
Harvard University

Xieying Huang and Katherine M. Musacchio
Vanderbilt University

Adam C. Jaroszewski
Harvard University

Bernard P. Chang
Columbia University Medical Center

Matthew K. Nock
Harvard University

Suicidal thoughts and behaviors (STBs) are major public health problems that have not declined appreciably in several decades. One of the first steps to improving the prevention and treatment of STBs is to establish risk factors (i.e., longitudinal predictors). To provide a summary of current knowledge about risk factors, we conducted a meta-analysis of studies that have attempted to longitudinally predict a specific STB-related outcome. This included 365 studies (3,428 total risk factor effect sizes) from the past 50 years. The present random-effects meta-analysis produced several unexpected findings: across odds ratio, hazard ratio, and diagnostic accuracy analyses, prediction was only slightly better than chance for all outcomes; no broad category or subcategory accurately predicted far above chance levels; predictive ability has not improved across 50 years of research; studies rarely examined the combined effect of multiple risk factors; risk factors have been homogenous over time, with 5 broad categories accounting for nearly 80% of all risk factor tests; and the average study was nearly 10 years long, but longer studies did not produce better prediction. The homogeneity of existing research means that the present meta-analysis could only speak to STB risk factor associations within very narrow methodological limits—limits that have not allowed for tests that approximate most STB theories. The present meta-analysis accordingly highlights several fundamental changes needed in future studies. In particular, these findings suggest the need for a shift in focus from *risk factors* to machine learning-based *risk algorithms*.

Keywords: meta-analysis, prediction, risk factors, suicidal behavior, suicide

Review article

Predicting suicide following self-harm:
systematic review of risk factors and risk scales†

Melissa K. Y. Chan, Henna Bhatti, Nick Meader, Sarah Stockton, Jonathan Evans,
Rory C. O'Connor, Nav Kapur and Tim Kendall

Background

People with a history of self-harm are at a far greater risk of suicide than the general population. However, the relationship between self-harm and suicide is complex.

Aims

To undertake the first systematic review and meta-analysis of prospective studies of risk factors and risk assessment scales to predict suicide following self-harm.

Method

We conducted a search for prospective cohort studies of populations who had self-harmed. For the review of risk scales we also included studies examining the risk of suicide in people under specialist mental healthcare, in order to broaden the scope of the review and increase the number of studies considered. Differences in predictive accuracy between populations were examined where applicable.

Results

Twelve studies on risk factors and 7 studies on risk scales were included. Four risk factors emerged from the meta-analysis, with robust effect sizes that showed little change when adjusted for important potential confounders. These included: previous episodes of self-harm (hazard ratio (HR) = 1.68, 95% CI 1.38–2.05, $K=4$), suicidal intent (HR = 2.7, 95% CI 1.91–3.81, $K=3$), physical health problems (HR = 1.99, 95% CI 1.16–3.43, $K=3$) and male gender (HR = 2.05, 95% CI 1.70–2.46, $K=5$). The included studies evaluated only three

risk scales (Beck Hopelessness Scale (BHS), Suicide Intent Scale (SIS) and Scale for Suicide Ideation). Where meta-analyses were possible (BHS, SIS), the analysis was based on sparse data and a high heterogeneity was observed. The positive predictive values ranged from 1.3 to 16.7%.

Conclusions

The four risk factors that emerged, although of interest, are unlikely to be of much practical use because they are comparatively common in clinical populations. No scales have sufficient evidence to support their use. The use of these scales, or an over-reliance on the identification of risk factors in clinical practice, may provide false reassurance and is, therefore, potentially dangerous. Comprehensive psychosocial assessments of the risks and needs that are specific to the individual should be central to the management of people who have self-harmed.

Declaration of interest

N.K. and T.K. were chair and facilitator, respectively, of NICE clinical guideline 133 on self-harm (longer term management). The other authors were members of the guideline development group. N.K. sits on the Department of Health's (England) National Suicide Prevention Strategy Advisory Group. Some authors were also co-authors on primary studies included in the review.

Copyright and usage

© The Royal College of Psychiatrists 2016.

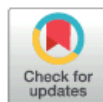
RESEARCH ARTICLE

Predictors of suicide in the patient population admitted to a locked-door psychiatric acute ward

Roar Fosse*, Wenche Ryberg, Merete Kvalsvik Carlsson, Jan Hammer

Department of research and development, Division of mental health and addiction, Vestre Viken hospital trust, Lier, Norway

* roar.fosse@vestreviken.no



Abstract

Objective

No prior study appears to have focused on predictors of suicide in the general patient population admitted to psychiatric acute wards. We used a case-control design to investigate the association between suicide risk factors assessed systematically at admission to a locked-door psychiatric acute ward in Norway and subsequent death by suicide.

Method

From 2008 to 2013, patients were routinely assessed for suicide risk upon admission to the acute ward with a 17-item check list based on recommendations from the Norwegian Directorate of Health and Social Affairs. Among 1976 patients admitted to the ward, 40 patients, 22 men and 18 women, completed suicide within December 2014.

Results

Compared to a matched control group ($n = 120$), after correction for multiple tests, suicide completers scored significantly higher on two items on the check list: presence of suicidal thoughts and wishing to be dead. An additional four items were significant in non-corrected tests: previous suicide attempts, continuity of suicidal thoughts, having a suicide plan, and feelings of hopelessness, indifference, and/or aggression. A brief scale based on these six items was the only variable associated with suicide in multivariate regression analysis, but its predictive value was poor.

Conclusion

Suicide specific ideations may be the most central risk markers for suicide in the general patient population admitted to psychiatric acute wards. However, a low predictive value may question the utility of assessing suicide risk.

OPEN ACCESS

Citation: Fosse R, Ryberg W, Carlsson MK, Hammer J (2017) Predictors of suicide in the patient population admitted to a locked-door psychiatric acute ward. PLoS ONE 12(3): e0173958. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173958>

Editor: Vincenzo DeLuca, University of Toronto, CANADA

Received: November 17, 2016

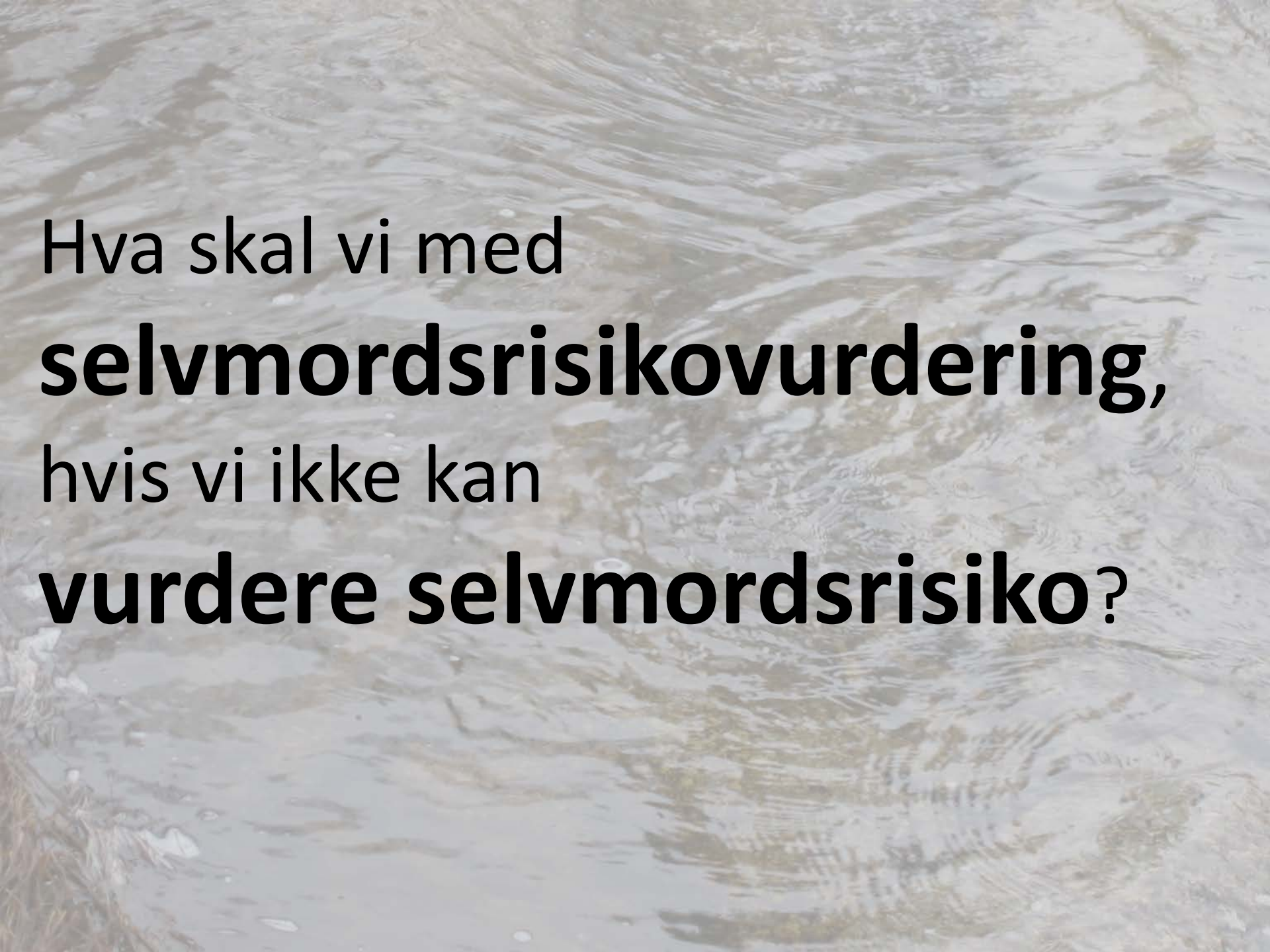
Accepted: March 1, 2017

Published: March 16, 2017

Copyright: © 2017 Fosse et al. This is an open access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Data Availability Statement: All relevant data are within the paper and its Supporting Information files.

Funding: The PI (RF) received internal research funding from Vestre Viken to cover data acquisition. No other specific funding was received for this project. All authors were employees at and received salaries from Vestre Viken. No party except the authors had any role in study design, data collection and analysis, decision to publish, or preparation of the manuscript.



Hva skal vi med
selvmordsrisikovurdering,
hvis vi ikke kan
vurdere selvmordsrisiko?

MENINGER

DEBATT OG IDEER



Å Språket vårt

Per Egil Hegge

Per Egil Hegge er tidligere redaktør i Aftenposten og forfatter av flere bøker, blant annet om språk.

Intens Innsats

En kronikkforfatter i Drammens Tidende slo til med et helt nytt ord 8. mai. Hun ville takke dem som har gjort en innsats i kampen mot bomber i Drammens kommunegrenser, for deres ihugaheita.

Adjektivet 'huga' er et godt nynorskord som også ofte brukes på bokmål og riksmål, som 'i'huga nynorskdrømmer'. Enkelte automatiske rettesystemer har det litt vanskelig med ordet, noe som har ført til at basarordet 'huga' er kommet på trykk som en byrålig arbeidsulykke. Det er neppe noen større fare for at 'huga' etableres seg som et eget substantiv selv om altså bommotstanderen i fluskerud slo til med «hug står i takk til medlemmer og ikke medlemmer for deres ihugaheita» Her bør det for øvrig være 'ikkemlemmer' i ett ord, eventuelt, men ikke nødvendigvis, med bindestreik. Stå i takk er heller ikke noe godt uttrykk, men det mer korrekte stå i takkennelighetsgjeld tila ble kanskje oppfatte som litt for omstendelig og tungmodig prosa.

Tungmodig og ikke helt vellykket er all fall denne setningen som sluttet i artikkelen, hvor forkortelsen blir forkåret med det det er, nemlig «hugene» og «det er ikke heist, den er ikke overfor det bevises at ingen blir utestengt fra seg, ingen skal ikke være i a-ute som sammenheng og rasg berget og mastodoner med massive krav til investeringer skal henge på greip».

«Det henger ikke på greip» er en landbruksmetode med opprinnelse fra en fjern fortid, lenge før bomringene meldte sitt inntrykk. Det betyr at noe ikke er sammenhengende, og den fysiske bakgrunnen er problematisk med spredning av gjødsel hvis den er så tyntflytende at et møkka-greip ikke kan brukes med særlig effektivitet. Hvis mastodoner skal henge på greip, blir det et nokk uhøytetlig og grenseoverskridende språkbrukt som kan vekke assosiasjoner til tidligere tider straffemøder.



Fylkeslagene og Helsestiftningen må slutte å bruke fellesnavnet i stand til å gjøre meningsfulle vurderinger av hvem som er i sjøvmordsfare, skriver kronikkforfatterne. FOTO: ILLUSTRASJON: OTTO OLLIVY / SHUTTERSTOCK / NTB SCANPIX

Helsedirektoratet bør revidere dei nasjonale retningslinjene for vurdering av sjøvmordsfare. Hadde det vore råd å fastslå sjøvmordsfaren, så var det verd innsatsen. Men slik er det ikkje.

Ingen kan føresjå sjøvmord

Kronikk



Kvart år tek over 300 nordmenn seg sjøve. Av dei er mange som 200 av dei er under behandling i psykiatrik helsevern. Folk er uroa over at helsestena ikke greier å hindre desse sjøvmord. I fortvilede forsøk på å hindre sjøvmord grip me til løysingar som verkar forstanzende, men som ikkje nyttar. Ei slik løysing er systematisk vurdering av sjøvmordsfare.

I artikkelen i Aftenposten i 2015 dreiv psykolog Jørgen Flor at me ikkje skal ha overdriven tru på at helsepersonell eller andre kan med sikkerheit forutsi eller hindre menneske frå å ta sitt eige liv. Me deler dette synet, men er på vitenskapelig grunnlag enda mer pessimistiske.

Kva seler forsking?
Det er ikkje råd å føresjå eit sjøvmord,

sjølv ikkje i utval av menneske med høg risiko. Dette veit me frå talrike studiar i USA, England, Danmark – og no frå Psykiatrik avdeling i Oslo. Funna frå studiane som prøver å vurdere sjøvmordsfare systematisk, kan skal vurderer om me har forutsi om ein skal mellom personar med høg og låg sjøvmordsfare, vil over halvparten av sjøvmordsa skje i gruppa med låg sjøvmordsfare. I gruppa med høg sjøvmordsfare vil om lag 95 prosent ikkje ta livet av seg i løpet av oppfølgings-tiden, som gjerne er opp til fem år.

Det er opp til fylkes- og helsestyre-makter å gjøre det beste ut av dei nedslående resultatane frå forsking.

➔ **Det siste pasientane treng, er helsepersonell som tek sjeldsida opp frå skuffa for å gjøre ei vurdering som berre reduserer faren for å ta kritikk av fylkeslegen, og ikkje reduserer sjøvmordsfaren for pasienten.**

metts tilfalspakke for forebygging av sjøvmord.

Helse Vest krev mellom anna at alle pasientar i akuttavdelinger vert vurderte for sjøvmordsfare med eit eige skjema. Fylkeslegane, som skal vurderer om me har forutsi om ein skal mellom personar med høg og låg sjøvmordsfare, vil over halvparten av sjøvmordsa skje i gruppa med låg sjøvmordsfare. I gruppa med høg sjøvmordsfare vil om lag 95 prosent ikkje ta livet av seg i løpet av oppfølgings-tiden, som gjerne er opp til fem år.

Det er opp til fylkes- og helsestyre-makter å gjøre det beste ut av dei nedslående resultatane frå forsking.

➔ **Det siste pasientane treng, er helsepersonell som tek sjeldsida opp frå skuffa for å gjøre ei vurdering som berre reduserer faren for å ta kritikk av fylkeslegen, og ikkje reduserer sjøvmordsfaren for pasienten.**

«Ikke ikke risikovurdering» eller «skjema for å føresjå sjøvmord» eller «gjennsele sjøvmord» Det stod fast på dette tidspunktet vurderte 1. zon.

I Norge held me fram som før og pålegg kvarandre å gjøre vurderinger som ikkje har så mykje lere seg. Kanskje fylkes- og helsestyre-makter vil vurdere risikoen som sjøvmord.

➔ **Kva skal me gjøre i staden?**
Me er ikkje i stand til å skilje klart mellom dei som kjem til å ta livet av seg og dei som ikkje kjem til å gjøre det. Tilfale våre berst derfor ikkje sikte mot å hindre sjøvmord hjå enkelte pasientar som me trur er spesielt utsette. Ingen tiltak, særleg ikkje tvangstiltak, kan grunnleggjast med ein risiko me ikkje er i stand til å vurdere pålitleg. Derfor bør all behandling, også ved mistanke om sjøvmordsfare, vere frivillig – med mindre pasienten manglar samtykketkompetanse.

Me må heller senke skuldrene, og arbeide med tiltak som reduserer sjøvmordsfaren for alle. Pasientane treng å bli sett, tankane og kjenslene deira må bli anerkjende. Me fjerner ikkje tanken på sjøvmord ved å fordrømme den, då fjernar me oss berre frå pasienten. Framfor alt lyt me ha eit tenestetilbud som er forma ut på pasientane sine premis og der dei sjølv kan legge fram problema sine og få hjelp

«Ikke ikke risikovurdering» eller «skjema for å føresjå sjøvmord» eller «gjennsele sjøvmord» Det stod fast på dette tidspunktet vurderte 1. zon.

I Norge held me fram som før og pålegg kvarandre å gjøre vurderinger som ikkje har så mykje lere seg. Kanskje fylkes- og helsestyre-makter vil vurdere risikoen som sjøvmord.

➔ **Kva skal me gjøre i staden?**
Me er ikkje i stand til å skilje klart mellom dei som kjem til å ta livet av seg og dei som ikkje kjem til å gjøre det. Tilfale våre berst derfor ikkje sikte mot å hindre sjøvmord hjå enkelte pasientar som me trur er spesielt utsette. Ingen tiltak, særleg ikkje tvangstiltak, kan grunnleggjast med ein risiko me ikkje er i stand til å vurdere pålitleg. Derfor bør all behandling, også ved mistanke om sjøvmordsfare, vere frivillig – med mindre pasienten manglar samtykketkompetanse.

Me må heller senke skuldrene, og arbeide med tiltak som reduserer sjøvmordsfaren for alle. Pasientane treng å bli sett, tankane og kjenslene deira må bli anerkjende. Me fjerner ikkje tanken på sjøvmord ved å fordrømme den, då fjernar me oss berre frå pasienten. Framfor alt lyt me ha eit tenestetilbud som er forma ut på pasientane sine premis og der dei sjølv kan legge fram problema sine og få hjelp

«Ikke ikke risikovurdering» eller «skjema for å føresjå sjøvmord» eller «gjennsele sjøvmord» Det stod fast på dette tidspunktet vurderte 1. zon.

I Norge held me fram som før og pålegg kvarandre å gjøre vurderinger som ikkje har så mykje lere seg. Kanskje fylkes- og helsestyre-makter vil vurdere risikoen som sjøvmord.

➔ **Kva skal me gjøre i staden?**
Me er ikkje i stand til å skilje klart mellom dei som kjem til å ta livet av seg og dei som ikkje kjem til å gjøre det. Tilfale våre berst derfor ikkje sikte mot å hindre sjøvmord hjå enkelte pasientar som me trur er spesielt utsette. Ingen tiltak, særleg ikkje tvangstiltak, kan grunnleggjast med ein risiko me ikkje er i stand til å vurdere pålitleg. Derfor bør all behandling, også ved mistanke om sjøvmordsfare, vere frivillig – med mindre pasienten manglar samtykketkompetanse.

Me må heller senke skuldrene, og arbeide med tiltak som reduserer sjøvmordsfaren for alle. Pasientane treng å bli sett, tankane og kjenslene deira må bli anerkjende. Me fjerner ikkje tanken på sjøvmord ved å fordrømme den, då fjernar me oss berre frå pasienten. Framfor alt lyt me ha eit tenestetilbud som er forma ut på pasientane sine premis og der dei sjølv kan legge fram problema sine og få hjelp

«Ikke ikke risikovurdering» eller «skjema for å føresjå sjøvmord» eller «gjennsele sjøvmord» Det stod fast på dette tidspunktet vurderte 1. zon.

I Norge held me fram som før og pålegg kvarandre å gjøre vurderinger som ikkje har så mykje lere seg. Kanskje fylkes- og helsestyre-makter vil vurdere risikoen som sjøvmord.

➔ **Kva skal me gjøre i staden?**
Me er ikkje i stand til å skilje klart mellom dei som kjem til å ta livet av seg og dei som ikkje kjem til å gjøre det. Tilfale våre berst derfor ikkje sikte mot å hindre sjøvmord hjå enkelte pasientar som me trur er spesielt utsette. Ingen tiltak, særleg ikkje tvangstiltak, kan grunnleggjast med ein risiko me ikkje er i stand til å vurdere pålitleg. Derfor bør all behandling, også ved mistanke om sjøvmordsfare, vere frivillig – med mindre pasienten manglar samtykketkompetanse.

Me må heller senke skuldrene, og arbeide med tiltak som reduserer sjøvmordsfaren for alle. Pasientane treng å bli sett, tankane og kjenslene deira må bli anerkjende. Me fjerner ikkje tanken på sjøvmord ved å fordrømme den, då fjernar me oss berre frå pasienten. Framfor alt lyt me ha eit tenestetilbud som er forma ut på pasientane sine premis og der dei sjølv kan legge fram problema sine og få hjelp

➔ **Kva skal me gjøre i staden?**
Me er ikkje i stand til å skilje klart mellom dei som kjem til å ta livet av seg og dei som ikkje kjem til å gjøre det. Tilfale våre berst derfor ikkje sikte mot å hindre sjøvmord hjå enkelte pasientar som me trur er spesielt utsette. Ingen tiltak, særleg ikkje tvangstiltak, kan grunnleggjast med ein risiko me ikkje er i stand til å vurdere pålitleg. Derfor bør all behandling, også ved mistanke om sjøvmordsfare, vere frivillig – med mindre pasienten manglar samtykketkompetanse.

«Ikke ikke risikovurdering» eller «skjema for å føresjå sjøvmord» eller «gjennsele sjøvmord» Det stod fast på dette tidspunktet vurderte 1. zon.

I Norge held me fram som før og pålegg kvarandre å gjøre vurderinger som ikkje har så mykje lere seg. Kanskje fylkes- og helsestyre-makter vil vurdere risikoen som sjøvmord.

➔ **Kva skal me gjøre i staden?**
Me er ikkje i stand til å skilje klart mellom dei som kjem til å ta livet av seg og dei som ikkje kjem til å gjøre det. Tilfale våre berst derfor ikkje sikte mot å hindre sjøvmord hjå enkelte pasientar som me trur er spesielt utsette. Ingen tiltak, særleg ikkje tvangstiltak, kan grunnleggjast med ein risiko me ikkje er i stand til å vurdere pålitleg. Derfor bør all behandling, også ved mistanke om sjøvmordsfare, vere frivillig – med mindre pasienten manglar samtykketkompetanse.

Me må heller senke skuldrene, og arbeide med tiltak som reduserer sjøvmordsfaren for alle. Pasientane treng å bli sett, tankane og kjenslene deira må bli anerkjende. Me fjerner ikkje tanken på sjøvmord ved å fordrømme den, då fjernar me oss berre frå pasienten. Framfor alt lyt me ha eit tenestetilbud som er forma ut på pasientane sine premis og der dei sjølv kan legge fram problema sine og få hjelp

➔ **Kva skal me gjøre i staden?**
Me er ikkje i stand til å skilje klart mellom dei som kjem til å ta livet av seg og dei som ikkje kjem til å gjøre det. Tilfale våre berst derfor ikkje sikte mot å hindre sjøvmord hjå enkelte pasientar som me trur er spesielt utsette. Ingen tiltak, særleg ikkje tvangstiltak, kan grunnleggjast med ein risiko me ikkje er i stand til å vurdere pålitleg. Derfor bør all behandling, også ved mistanke om sjøvmordsfare, vere frivillig – med mindre pasienten manglar samtykketkompetanse.

Debattredaktør:
Erik Rønne
Adresse: Aftenposten, Debattredaksjonen,
Postboks 1278, 0107 Oslo

KRONIKK
E-post: kronikk@aftenposten.no
Maks 6000 tegn inkl. mellomrom.
Legg ved portrettfoto.

DEBATT
E-post: debat@aftenposten.no
Hovedtema: Maks 1000 tegn inkl.
mellomrom. Legg ved portrettfoto.
Kortinnlegg: 400-1500 tegn.

Kronikker/essaytinnlegg på nett:
aftenposten.no/meninger
• Alle innlegg returneres ikke artikler som
blir sendt på papir.

Fakta og tull om ledelsesmodeller og kunstorganisering i Operaen

Innlegget til Aftenpostens kulturredaktør Sarah Sæviem 7. mai om ledelsesmodeller ved Den Norske Opera & Ballett tydeliggjør, nok en gang, behovet for en faglig fundert debatt.

Først noen fakta. En organisasjonsmodell på papiret er mer enn noen bokser det personene som fyller bokserne teller mest. Organisasjonsmodellen gir en oversikt over ansvar og ansvar, hvilke oppgaver og mennesker hver enkelt leder bestemmer over. At det er en administrativ direktør som er plassert over de kunstneriske lederne i Operaen forteller oss at administrasjonen og deres prioriteringer har makten over kunstneren og kunstnerne.

I de aller fleste kunnskapsorganisasjoner har den mest utbredte organisasjonsmodellen vært en faglig leder over som direktør, med en administrativ leder plassert under. I praksis opererer mange med en delt ledelsesmodell. Som direktør Stein-Clas Henriksen ved Munchmuseet uttaler: Ledelsesgruppen bør operere som et team med felles erkjente visjoner og felles mål.

Påstanden om at «toppsjefen trenger ikke være kunstner» er for enkel. Løst forenklet om kunnskapsorganisasjoner trenger toppsjefene utdannelse og innsikt i faget, enten det er

kunst, sykehus eller universitet. Det er enighet om at disse personene ikke trenger å være de beste i faget, men utvise gode lederegenskaper. Det er kun de profesjonelle fageksperterne som er best i faget og kan ta gode faglige funderte strategiske valg for virksomheten.

Det er også kun dem som får legitimitet og respekt blant kunnskapsmedarbeiderne. Og i en verden der demokrati og vitenskap bør gå hånd i hånd, er det kun profesjonelle fageksperter som kan og tør utvise faglig skjønn og uavhengighet til rådende regler og deres prioriteringer har makten over kunstneren og kunstnerne.

I de aller fleste kunnskapsorganisasjoner har den mest utbredte organisasjonsmodellen vært en faglig leder over som direktør, med en administrativ leder plassert under. I praksis opererer mange med en delt ledelsesmodell. Som direktør Stein-Clas Henriksen ved Munchmuseet uttaler: Ledelsesgruppen bør operere som et team med felles erkjente visjoner og felles mål.

Påstanden om at «toppsjefen trenger ikke være kunstner» er for enkel. Løst forenklet om kunnskapsorganisasjoner trenger toppsjefene utdannelse og innsikt i faget, enten det er

Byluft og biogass

Glemmes byluftens lagn? Spør Jan Bøhler i Aftenposten. Bøhler mener at en satsting på bruk av biogass i biotrafikken er et feilslutt.

Men det Bøhler glemmer, er at det finnes et klimanøytralt biogassprodukt på markedet som har betydelig lavere lokale utslipp enn biodiesel, nemlig biogass. Det beste av alt, det er tilgjengelig i dag, det lages av avfall og det er klimanøytralt og bærekraftig. Og det har et betydelig potensial til å bedre bylufta.

Mens 40 prosent av biogassproduktet selges på det norske markedet i 2016 var palmelignende biogass, så finnes det altså et godt alternativ til biogassen. Ifølge Ruter gir biogass 40 prosent lavere utslipp av NOx, 80 prosent lavere utslipp av partikler og 90 prosent lavere utslipp av klimapåvirkende CO₂. En gassmotor støyer for øvrig også 50 prosent mindre enn dieselmotoren.

Både fra et miljø- og verdskapsperspektiv er biogass en svært god løsning for å erstatte fossil diesel, spesielt når vi har muligheten til å produsere og ta i bruk nye mer biogass fra våre avfallsanlegg og reststrømmer. Derfor er det gledelig at Nasjonal transportplan 2018-2029 som Stortinget vedtok i april, står fast at enge bybussar skal være nullutslippskjøretøy eller bruke biogass (s. 14).

Biogass gir ikke bare verdikapp til innen lokal produksjon av et avansert biogassprodukt, men også i landbrukssektoren.

Satsing på biogass er en konkret løsning for bedre byluft.

Jens Måge
Fagrådgiver, Avfall Norge

Barnehager og profitt

Etter mitt skjønn har det lenge foregått en uforståelig debatt om at noen leverandører av barnehage tjenester berører seg profitt.

Aftenpostens kommentar er nok den som er nærmest sannheten når han hevder at profitt er i seg selv en klager på at noen tilbydere berører seg profitt, er at de mener noen vil nyte penger på drift av barnehager.

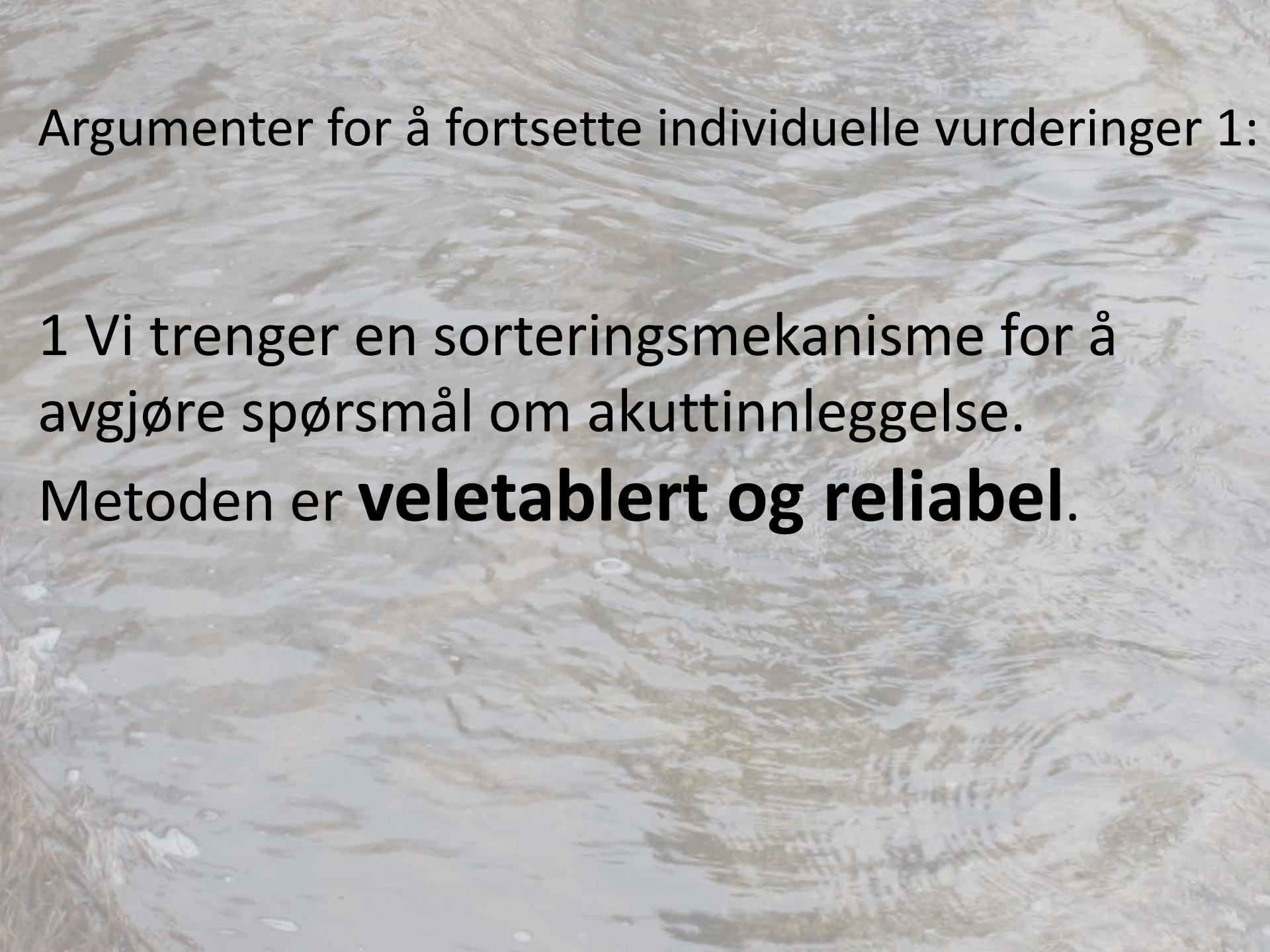
Når disse oppfølgningene er både rimelige og vet vi vinner arbeidsskaperne, så bør vi tenke på at de vil være først ute i å tilbydere som er dyreste og dårligste uten å operere med fortjeneste i sine klager.

Der må det nødvendigvis også være noe i sette fingern på. Med strenge kontroll og krav til disse aktører burde de lett utkonkurrere profittgjennere. Dette er markedsreguleringens kontrollmekanisme.

Per Seyfarth
Oslo

Korrigeringer

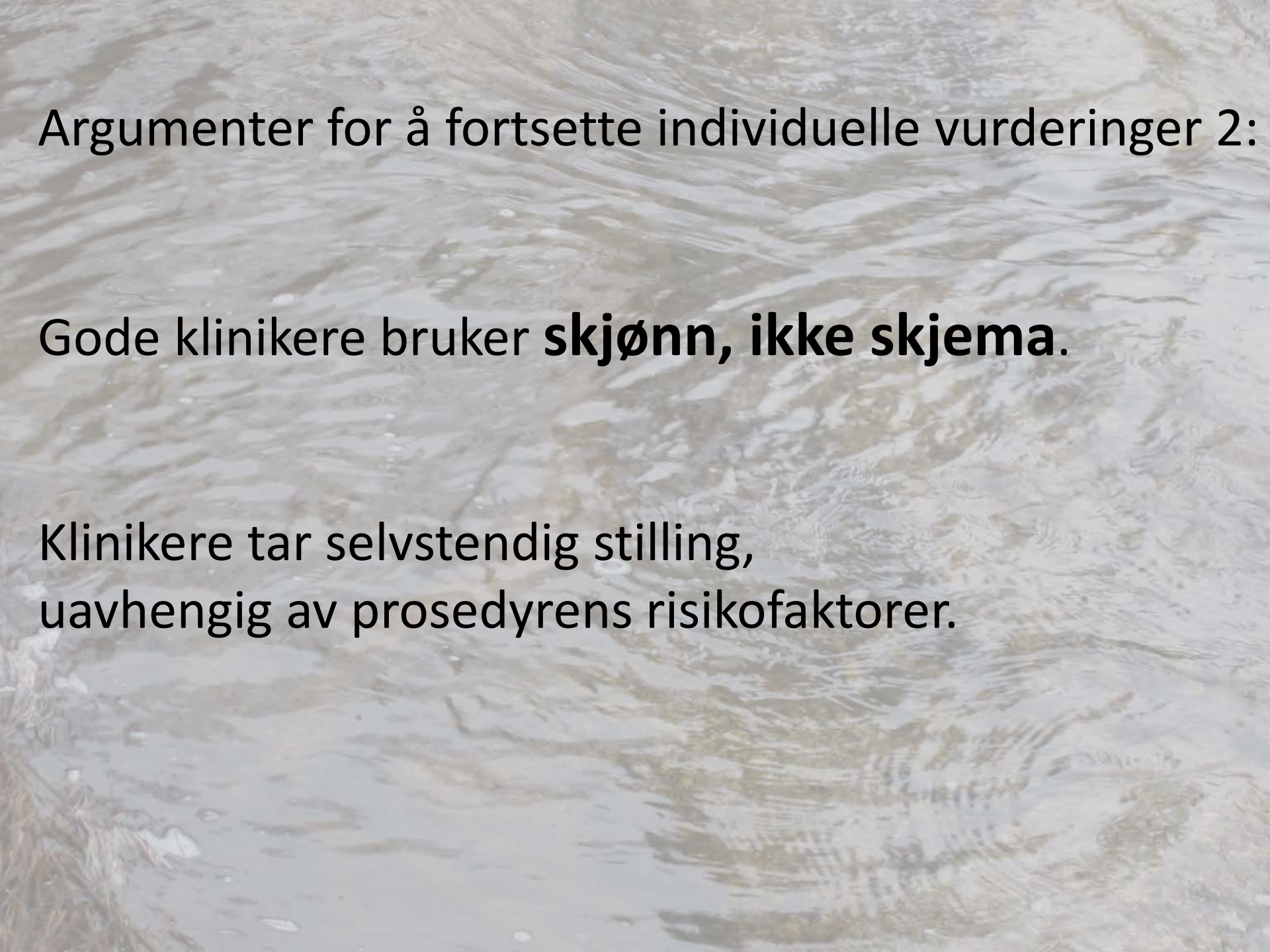
Føli navn
I denne artikkelen er navnet på skrevet av Yngve Stetholm, adm. direktør i Koplnor. Hans navn var desuvert blitt feilsluttet i avsnittet.

The background of the slide is a close-up photograph of water with many small, concentric ripples, suggesting a stone has just been thrown in. The water is a light, slightly murky greyish-brown color.

Argumenter for å fortsette individuelle vurderinger 1:

1 Vi trenger en sorteringsmekanisme for å avgjøre spørsmål om akuttinnleggelse.

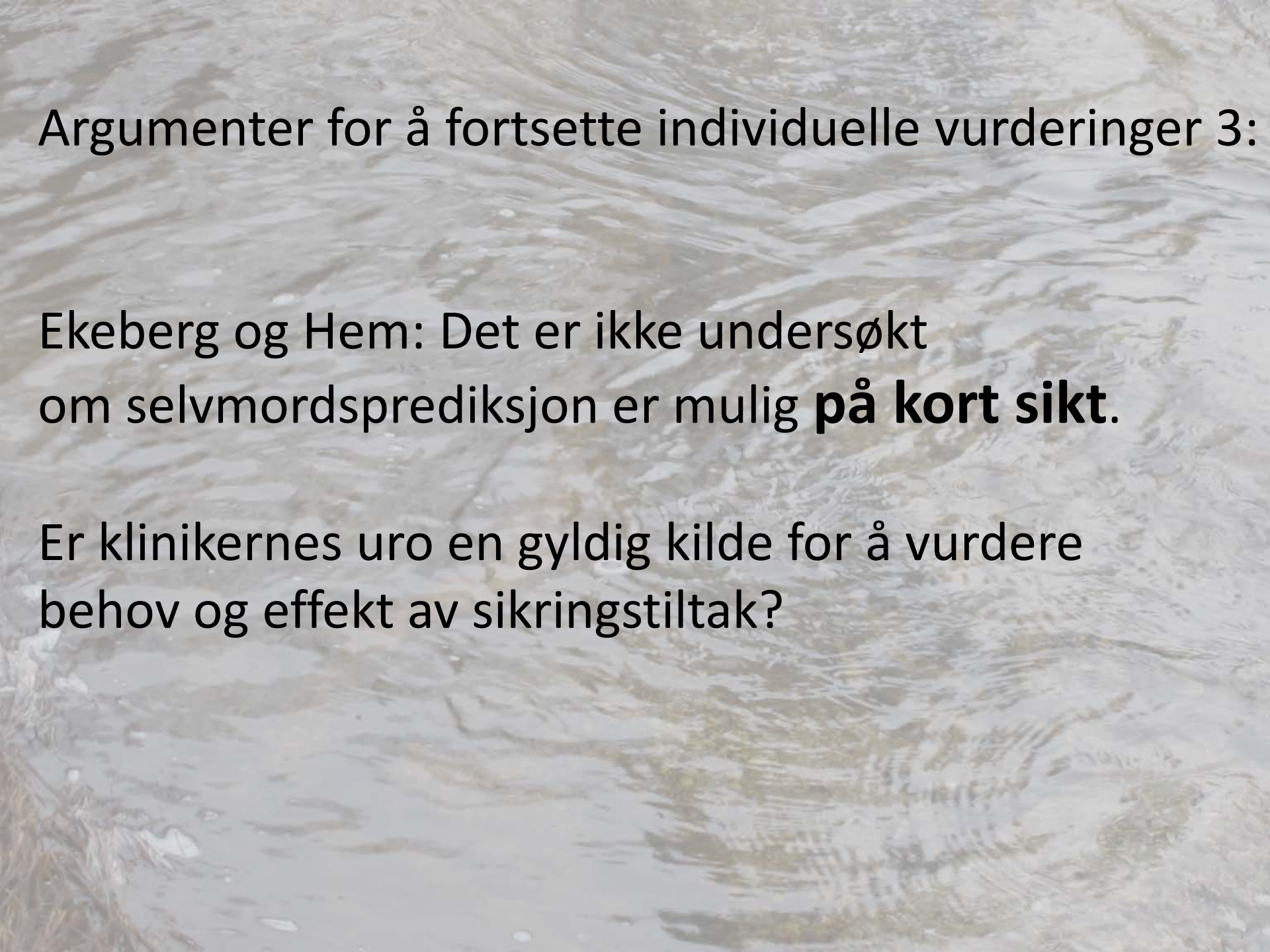
Metoden er **veletablert og reliabel.**

The background of the slide is a close-up photograph of water with many small, concentric ripples, creating a textured, shimmering effect. The water appears to be in a shallow, natural setting.

Argumenter for å fortsette individuelle vurderinger 2:

Gode klinikere bruker **skjønn, ikke skjema.**

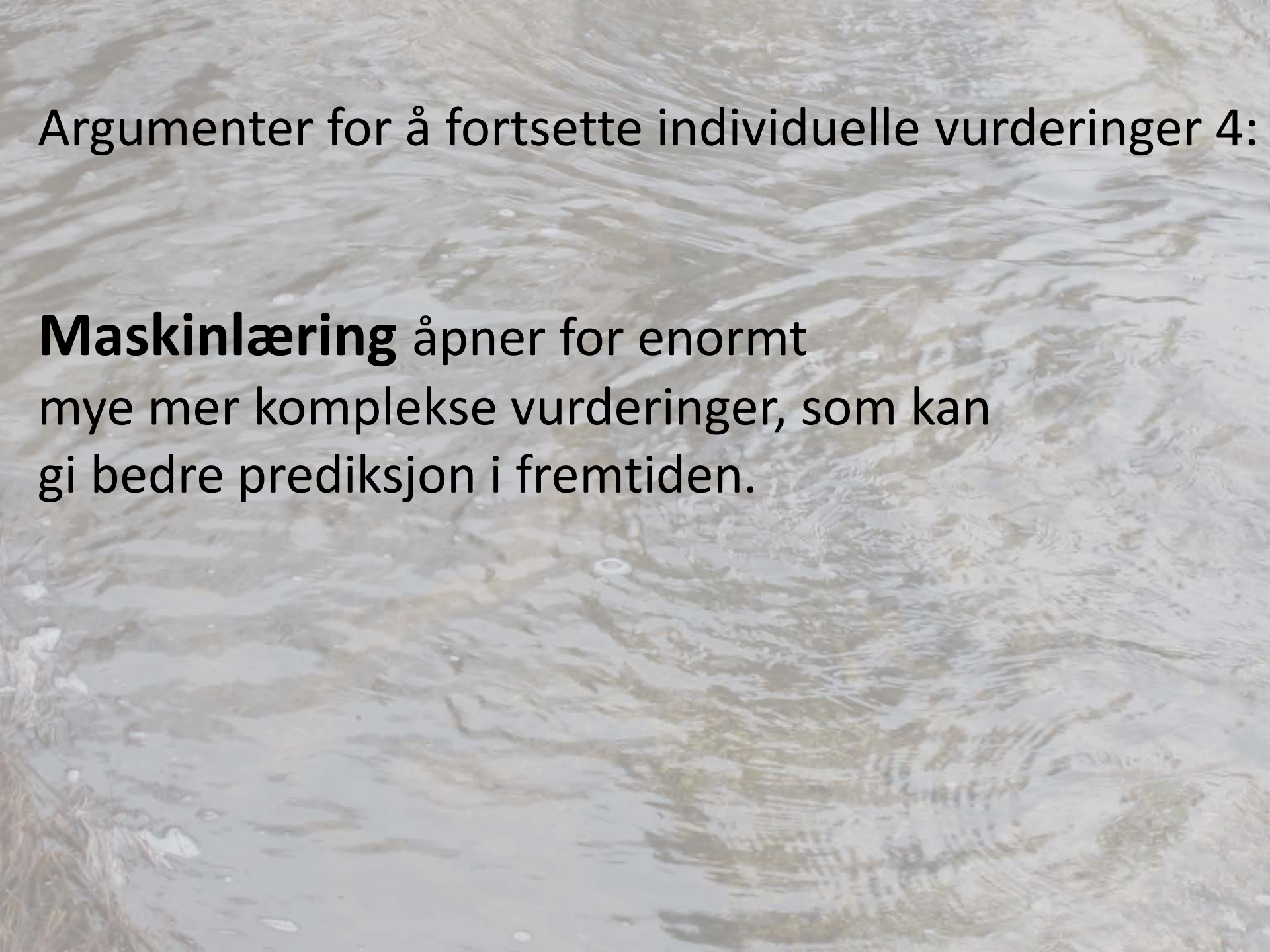
Klinikere tar selvstendig stilling,
uavhengig av prosedyrens risikofaktorer.

The background of the slide is a close-up photograph of water with many small, concentric ripples, creating a textured, shimmering effect. The water appears to be in a shallow pool or a stream bed.

Argumenter for å fortsette individuelle vurderinger 3:

Ekeberg og Hem: Det er ikke undersøkt om selvmordsprediksjon er mulig **på kort sikt.**

Er klinikernes uro en gyldig kilde for å vurdere behov og effekt av sikringstiltak?

The background of the slide is a close-up photograph of water with many small, concentric ripples, suggesting a stone or object has just been dropped into it. The water is a light, murky brown color.

Argumenter for å fortsette individuelle vurderinger 4:

Maskinlæring åpner for enormt mye mer komplekse vurderinger, som kan gi bedre prediksjon i fremtiden.

Argumenter for å endre praksis med individuelle vurderinger 1:

Misforstått forventning om å kunne predikere, skaper forventning om at helsevesenet skal **stå til ansvar for utfallet.**

Etterpåklok granskning etter selvmord:
«Han fylte alle risikokriteriene,
hvorfor ble det ikke satt inn hjelpetiltak?»

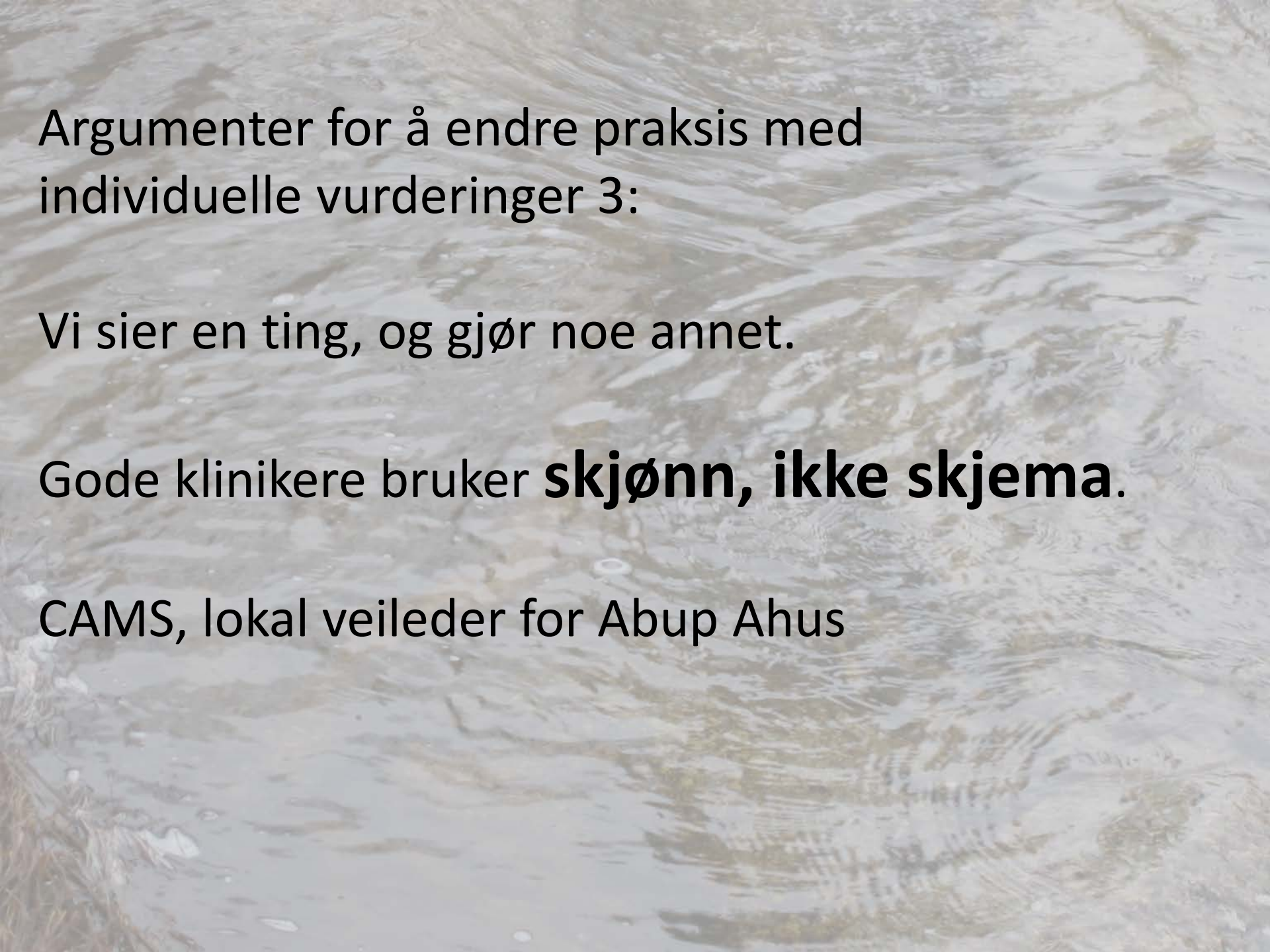
Argumenter for å endre praksis med individuelle vurderinger 2:

Hyppig bruk av vurderinger kan skade samarbeidsalliansen og flytte fokus:

Felles utforsking av **opplevelse**



Ekspertvurdering av **atferd**.

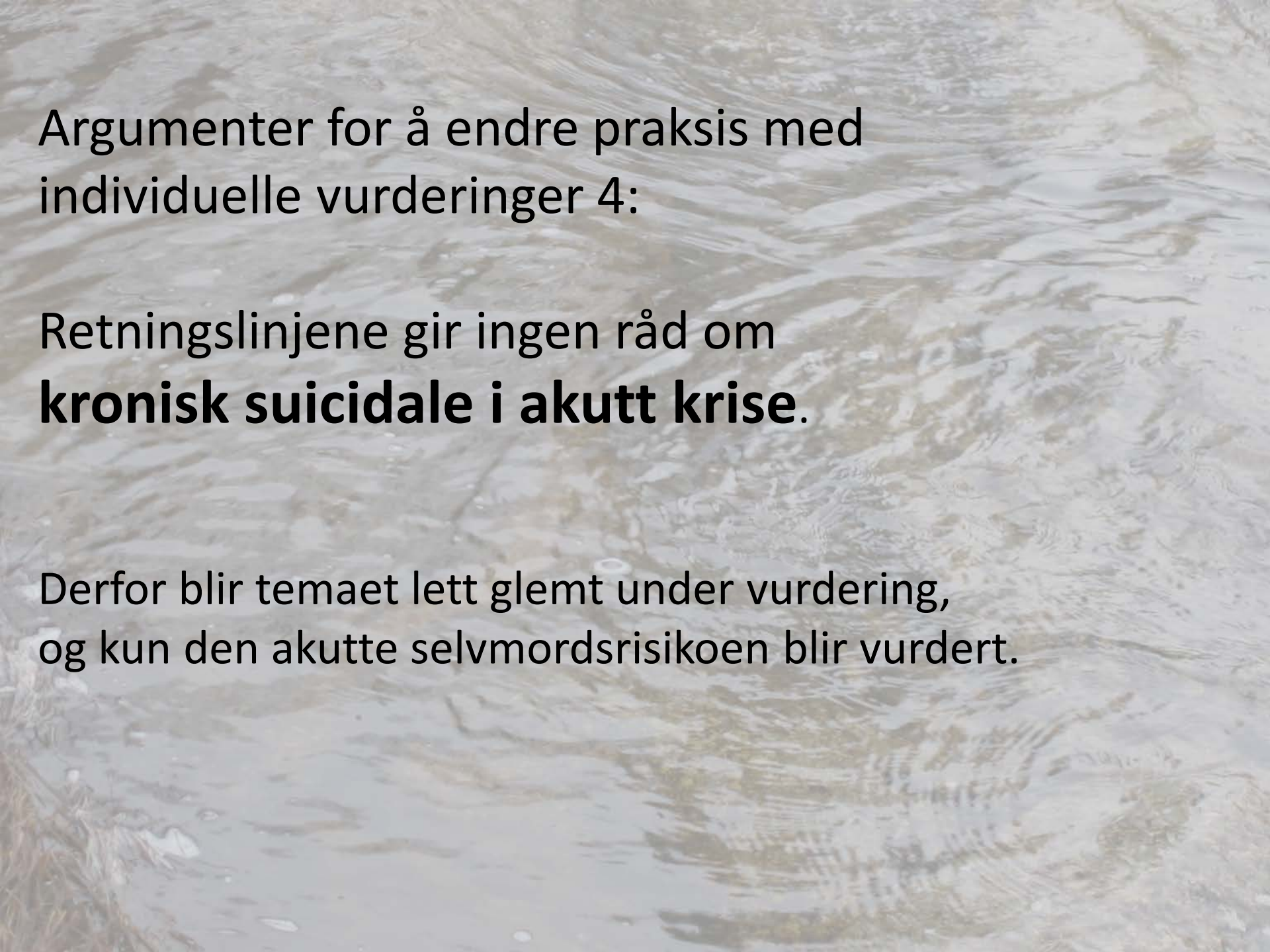
The background of the slide is a close-up photograph of water with many small, concentric ripples, creating a textured, shimmering effect. The water appears to be in a shallow pool or a stream bed.

Argumenter for å endre praksis med
individuelle vurderinger 3:

Vi sier en ting, og gjør noe annet.

Gode klinikere bruker **skjønn, ikke skjema.**

CAMS, lokal veileder for Abup Ahus

The background of the slide is a close-up photograph of water with numerous small, concentric ripples, creating a textured, shimmering effect. The water appears to be a light, slightly murky greyish-blue.

Argumenter for å endre praksis med
individuelle vurderinger 4:

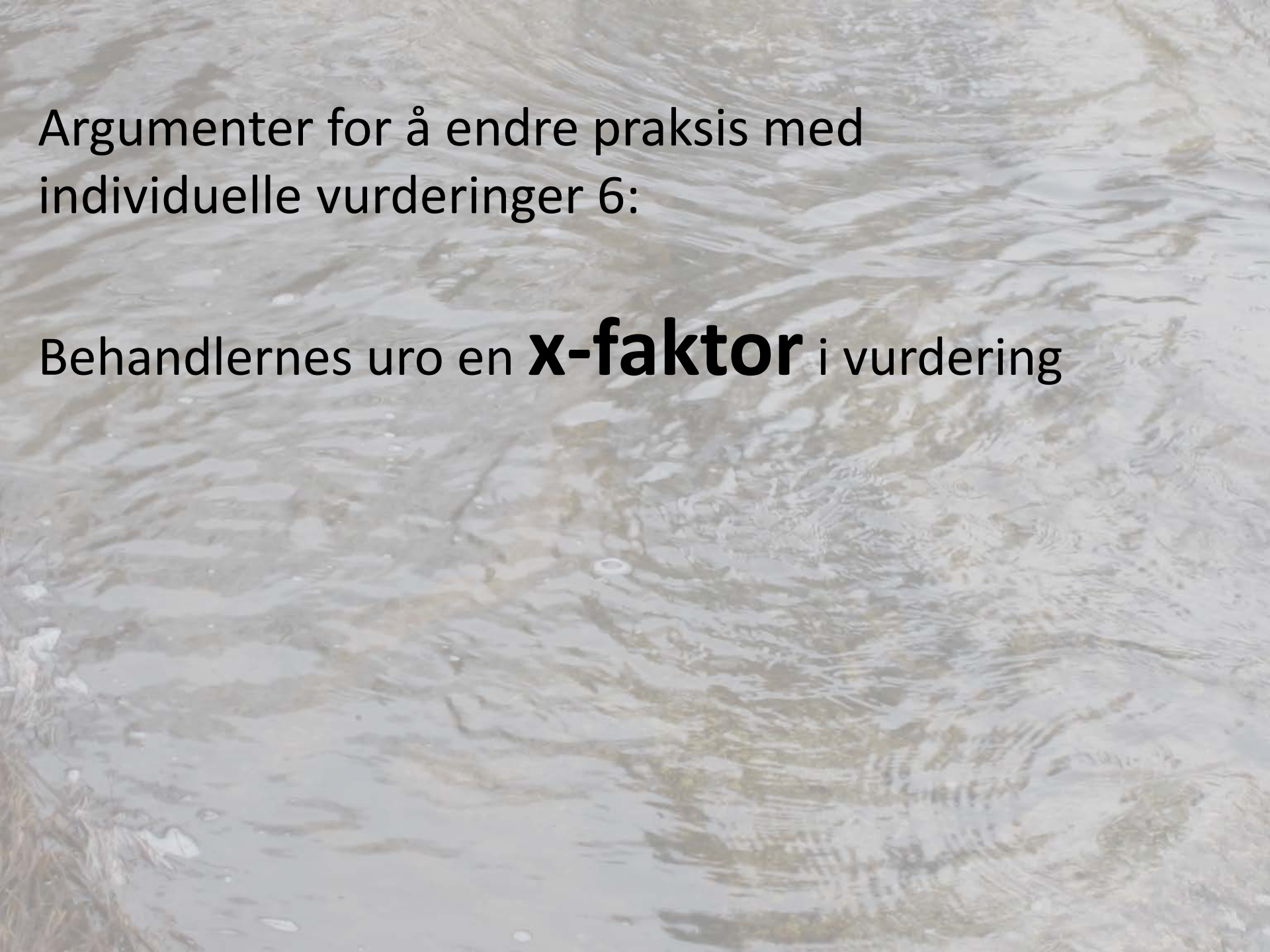
Retningslinjene gir ingen råd om
kronisk suicidale i akutt krise.

Derfor blir temaet lett glemt under vurdering,
og kun den akutte selvmordsrisikoen blir vurdert.

Argumenter for å endre praksis med individuelle vurderinger 5:

Retningslinjene gir få råd om tiltak, annet enn **sikringstiltak**.

Behovet for ekspertvurdering av behov for sikringstiltak kan virke **lammende** for hjelpeapparatet, som må sende pasienten videre til spesialister, heller enn å trygge pasienten selv.

The background of the slide is a close-up photograph of water with many small, concentric ripples, suggesting a stone or object has just been dropped into it. The water is a light, murky greyish-brown color.

Argumenter for å endre praksis med
individuelle vurderinger 6:

Behandlernes uro en **x-faktor** i vurdering