

Instrument för bedömning av suicidrisk

En systematisk litteraturöversikt

September 2015



SBU • Statens beredning för medicinsk och social utvärdering
Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services

SBU:s sammanfattning och slutsatser

I Sverige dör årligen cirka 1 500 personer i suicid, vilket är en medelhög nivå ur ett internationellt perspektiv. Psykosociala problem och psykiska störningar som till exempel depression eller alkoholberoende, är vanliga riskfaktorer. Det är viktigt att kunna identifiera vilka patienter som har förhöjd risk att suicidera men beteendet är komplext och svårt att förutsäga och forskare har därför utvecklat intervju- och skattningsinstrument för att underlätta och förbättra den kliniska bedömningen av risk för suicid.

Syftet med denna rapport har varit att utvärdera sådana instrument. För att ett instrument skulle anses vara tillräckligt känsligt, sattes en minimigräns på sensitivitet 80 procent men en lägre minimigräns för specificitet, 50 procent.

Slutsatser

- ▶ Det saknas vetenskapligt stöd för att något skattningsinstrument har tillräcklig tillförlitlighet för att användas för att förutsäga framtida suicid (80 % sensitivitet, 50 % specificitet). Instrument med hög sensitivitet kan dock fylla en funktion som pedagogiskt stöd för mindre erfarna kliniker.
- ▶ Det finns starkt vetenskapligt stöd för att skattningsinstrumentet SAD PERSONS Scale har mycket låg sensitivitet; en majoritet av personer som senare gör någon suicidhandling identifieras inte.
- ▶ Det behövs forskning som utvärderar om bedömningen av suicidrisk förbättras av att instrument används som komplement till den kliniska bedömningen. Idag saknas det studier.

- ▶ Det behövs mer forskning för att klarlägga vilken tillförlitlighet de vanligen använda skattningsinstrumenten SUAS och C-SSRS har.
- ▶ Det saknas studier som utvärderar om suicidfrågan i depressionsskalan MADRS kan predicera suicidhandling.

Metod för den systematiska översikten

Den systematiska översikten genomfördes enligt SBU:s metodik. Studiedeltagarna kunde vara personer i alla åldrar som sökt vård. Deltagarnas risk för framtida suicidhandling bedömdes med ett instrument och vid uppföljning analyserades i vilken utsträckning som instrumentet kunnat förutse vilka personer som skulle göra suicidförsök eller fullbordat suicid. Vid bedömning av det samlade vetenskapliga underlaget tillämpades GRADE, som klassificerar evidensen i fyra nivåer (starkt, måttligt starkt, begränsat och otillräckligt underlag).

Resultat

Totalt identifierades 13 instrument som bedömde risken för suicidförsök och 9 instrument som bedömde risken för suicid. Endast ett instrument, suicidfrågan i Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), hade utvärderats i primärvård. Studiepopulationerna för övriga instrument var ungdomar och vuxna som antingen just genomfört en självskadehandling eller som hade depression eller ångestsyndrom. Tabell 1 sammanfattar resultaten för de instrument där det fanns tillräckligt med studier för att kunna bedöma det vetenskapliga stödet. Som framgår av tabellen fanns det inte något instrument som uppfyllde de uppställda kraven på sensitivitet och specificitet.

För Suicide Assessment Scale (SUAS) och Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) fanns det inte tillräckligt med studier för att kunna bedöma tillförlitligheten, det vill säga det vetenskapliga underlaget var otillräckligt. Vi identifierade inga studier som hade utvärderat suicidfrågan i MADRS.

Tabell 1 Sammanfattande resultattabell.

Instrument	Utfall	Sensitivitet (95% KI)	Specificitet (95% KI)	Evidens- styrka	Använd- barhet
Population: patienter med depression/ångestsjukdomar					
BHS	Suicid	89 (78; 95)	42 (40; 43)	Måttligt stark ⊕⊕⊕○	För låg specificitet
SSI-C	Suicid	53 (34; 72)	83 (82; 84)	Begränsad ⊕⊕○○	För låg sensitivitet, risk att missa suicid- benägna personer
SSI-W	Suicid	80 (61; 92)	78 (77; 79)	Måttligt stark ⊕⊕⊕○	Det lägre konfidens- intervallet för sensitivitet är för lågt
PHQ-9	Suicid	80 (66; 91)	70 (70; 71)	Begränsad ⊕⊕○○	Det lägre konfidens- intervallet för sensitivitet är för lågt
Frågan om suicid	Suicidförsök	78 (74; 81)	70 (70; 71)	Måttligt stark ⊕⊕⊕○	Något låg sensitivitet men gränsfall
Population: patienter vid psykiatrisk akutvård					
SAD PERSONS Scale	Suicidförsök*	15 (8; 24)	97 (96; 98)	Stark ⊕⊕⊕⊕	För låg sensitivitet, hög risk att missa suicid- benägna
Modified SAD PERSONS Scale	Suicidförsök	29 (19; 40)	89 (88; 90)	Begränsad ⊕⊕○○	För låg sensitivitet, hög risk att missa suicid- benägna
MINI Suicidmodul	Suicidförsök	61 (47; 73)	75 (69; 80)	Begränsad ⊕⊕○○	För låg sensitivitet

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 1 fortsättning

Instrument	Utfall	Sensitivitet (95% KI)	Specificitet (95% KI)	Evidens- styrka	Använd- barhet
Population: patienter som skadat sig själva/utfört ett suicidförsök					
MSHR	Suicidförsök	97 (96; 97)	20 (20; 21)	Stark ⊕⊕⊕⊕	För låg specificitet
ReACT	Suicid	90 (82; 95)	17 (18; 18)	Måttligt stark ⊕⊕⊕○	För låg specificitet
	Suicidförsök	94 (93; 94)	24 (23; 25)	Måttligt stark ⊕⊕⊕○	För låg specificitet
SoS-4	Suicidförsök	90 (86; 93)	17 (15; 19)	Stark ⊕⊕⊕⊕	För låg specificitet
SIS	Suicid	76 (62; 87)	49 (47; 51)	Begränsad ⊕⊕○○	Något låg specificitet

* En av studierna genomfördes i en population med självskadebeteende.

MSHR = Manchester self harm rule; **ReACT** = Recent self-harm in the past year – Alone or homeless, Cutting used as a method of harm, Treatment for a psychiatric disorder; **SIS** = Beck's suicide intent scale; **SoS-4** = Södersjukhuset self-harm rule

Det finns tre aspekter som kan påverka tillförlitligheten i resultaten. Instrumenten är utvärderade i en population, vanligen personer som begått självskade- eller suicidhandling och därmed har hög risk att upprepa beteendet. Det är osäkert om resultaten är överförbara till populationer med lägre risk. Ytterligare en aspekt är de långa uppföljningstiderna, ofta flera år medan det är kliniskt mera relevant med resultat från kort uppföljningstid. Dessutom kommer de personer som identifierats ha hög risk för suicid att få andra insatser än de som identifierats ha låg risk, vilket i sig kan påverka framtida suicid och därmed instrumentets sensitivitet/specificitet.

Etiska aspekter

Även om det saknas evidens för de granskade instrumentens prediktionsförmåga, kan de vara användbara ur en pedagogisk synvinkel. Om de integreras i ett samtal där intervjuaren framför allt är angelägen om att ge utrymme för patientens beskrivning och uppfattning av situationen kan de fungera som ett hjälpmedel för att få mer information med kvalitetssäkrat innehåll.

Konsekvenser

Det finns inte några instrument som har tillräcklig tillförlitlighet för att användas för att predicera suicidhandlingar. Granskningen visar också att instrumentet SAD PERSONS Scale inte är tillförlitligt och inte bör användas i dess nuvarande form. Instrumenten kan ha ett visst värde som pedagogiskt stöd för att lära ny eller mindre erfaren personal att fråga efter viktiga riskfaktorer för suicidhandling i patientsamtalet.

Man bör betona att resultaten inte ifrågasätter värdet av att man gör en klinisk suicidriskbedömning. Det är oklart om skattningsinstrument kan förbättra prediktionen av suicidhandlingar när instrumenten används som komplement till klinisk bedömning, då det idag saknas studier. Det är angeläget med forskning för att klarlägga tilläggsvärdet med instrument. De kan behövas konstrueras så att de är tillämpliga för olika ålders-, köns- eller diagnosgrupper.

Eftersom det inte går att bedöma tillförlitligheten hos SUAS och C-SSRS som tillhör de ofta rekommenderade instrumenten i Sverige behövs studier som utvärderar dem.