

# Intervjuinstrument ger ingen säker bedömning av suicidrisk

## Vetenskapligt stöd saknas, enligt SBU-rapport



**BO RUNESON**, professor, överläkare, Centrum för psykiatriforskning, Karolinska institutet, Stockholm; Norra Stockholms psykiatri bo.runeson@ki.se

Förra året dog över 1 500 personer i suicid i Sverige [1]. En del av dem hade dessförinnan varit i kontakt med psykiatrisk vård, en del på grund av en självskadehandling.

Att vid en patientkontakt göra en bedömning av risken för en ny suicidhandling är en viktig men svår uppgift för läkare och annan personal. Hur denna bedömning ska göras och dokumenteras finns det rekommendationer om i kliniska riktlinjer och regionala och lokala vårdprogram [2].

Ofta föreslås instrument eller skattningsskalor för suicidriskbedömning som ett hjälpmedel. När suicid inträffat har tillsynsmyndigheterna ofta efterfrågat att sådana instrument skulle ha använts för dokumentation i journalen. Kliniker har önskat att få veta vilka instrument som i så fall är tillförlitliga.

Den 23 september i år publicerades SBU-rapport nr 242 [3]. Den visar att »det saknas vetenskapligt stöd för att något skattningsskalor har tillräcklig tillförlitlighet för att användas för att förutsäga framtida suicid«. Vilken betydelse kan ett sådant kunskapsunderlag ha för sjukvården, för medicinskt ansvariga chefer och för dem som utarbetar riktlinjer och vårdprogram?

### Översikten bygger på 21 studier

SBU har en omfattande metodik för att göra systematiska litteraturoversikter [4]. En sökning i de stora litteraturlösningsdatabaserna (PubMed, Embase, Cochrane Library och Cinahl) följdes av en granskning av relevansen för översikten. Efter granskning av abstrakt lästes 168 studier genomförda efter 1990 i fulltext.

De i arbetsgruppen ingående experterna granskade oberoende av varandra parvis den vetenskapliga kvaliteten i studierna inklusive risken för systema-

tiska fel. Man använde en metod kallad QUADAS 2 [4], varefter 21 studier med låg eller medelhög risk för systematiska fel återstod.

De granskade studierna var kohortstudier där man vid index hade bedömt patienterna enligt ett eller flera av de befintliga instrumenten. Studiedeltagarna var personer i alla åldrar som sökt vård, huvudsakligen olika former av psykiatrisk vård. Vid uppföljning analyserades i vilken utsträckning instrumentet kunnat förutse vilka personer som skulle göra suicidförsök eller fullbordat suicid.

Den sammanlagda evidensen bedömdes enligt GRADE [4], som klassificerar evidensen i fyra nivåer (starkt, måttligt starkt, begränsat eller otillräckligt underlag). Totalt identifierades 13 instrument som värderat risken för suicidförsök och 9 instrument som bedömt risken för suicid (Tabell I).

För att ett instrument skulle anses vara tillräckligt känsligt sattes en minimigräns för sensitivitet på 80 procent. Om gränsen hade satts lägre, skulle man ha missat mer än en femtedel av dem som sedan gjorde en suicidhandling.

En lägre gräns för specificiteten accepterades, eftersom det är en form av screening och man behöver marginaler när det gäller ett så allvarligt utfall. Gränsen för specificitet sattes till 50 procent, vilket innebär att instrumentet är något bättre än slumpen på att identifiera individer som inte har det angivna utfallet av suicidförsök eller suicid.

### De viktigaste resultaten

Inget av de identifierade instrumenten uppfyllde minimikraven på minst 80 procent sensitivitet och 50 procent specificitet (Tabell I). Hänsyn togs också till om konfidensintervallen för text sensitivitet var för små. Flera väl kända skalor som Scale for suicide ideation [5], Suicidal intent scale [6] och Hopelessness scale [7], konstruerade av Aaron Beck, hade något låg sensitivitet. Evidensstyrkan för dessa resultat var begränsad till måttligt stark.



Illustration: Colourbox

Att utifrån intervjuinstrument bedöma en persons benägenhet att begå självmord är vanskligt. I stället bör en noggrann klinisk intervju ligga till grund för bedömningen.

För en av de ofta använda skalorna, Sad persons scale och en variant kallad Modified sad persons scale [8], fann man med angivna poänggränser för bedömning av risk att sensitiviteten var så låg som 15 respektive 29 procent. Man missar alltså med dessa skalor flertalet av de personer som har risk för senare suicidhandling. Evidensen för detta faktum var stark.

Det finns ett antal instrument med korta intervjuer som är tänkta för triage vid somatiska akutmottagningar, både brittiska och svenska skalor (Manchester self harm rule [9] och Södersjukhuset self harm rule [10]). Om ett fåtal faktorer föreligger, bl a att patienten tidigare gjort suicidförsök och att det finns psykisk problematik, finns en risk för upprepning av suicidhandling. Detta indikerar skäl för psykiatrisk specialistkonsultation.

Dessa korta skalor visade genomgående hög sensitivitet på 90 procent och däröver. Däremot hade de alldeles för låg specificitet, 17–24 procent. De gav alltså ett stort antal sk falskt positiva

### SAMMANFATTAT

**Intervjuinstrument** kan inte användas för att förutsäga suicidhandlingar.

**Instrumenten kan** dock användas för träning av oerfaren personal.

**Suicidriskbedömning** bör utgå från en omsorgsfull och grundlig klinisk intervju.

TABELL I. Valda resultat från SBU:s systematiska översikt.

Instrument	Utfall	Sensitivitet (95 % konfidensintervall)	Specificitet (95 % konfidensintervall)	Evidensstyrka	Användbarhet
<i>Population: patienter med depression/ångestsjukdomar</i>					
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 suicidbenägna
SSI-W	Suicid	80 (61–92)	78 (77–79)	Måttligt stark	Det lägre konfidensintervallet för sensitivitet är för lågt
<i>Population: patienter inom psykiatrisk akutvård</i>					
Sad persons scale	Suicid-försök <sup>1</sup>	15 (8–24)	97 (96–98)	Stark	För låg sensitivitet, hög risk att missa suicidbenägna
Modified sad persons scale	Suicid-försök	29 (19–40)	89 (88–90)	Begränsad	För låg sensitivitet, hög risk att missa suicidbenägna
<i>Population: patienter som skadat sig själva/utfört ett suicidförsök</i>					
MSHR	Suicid-försök	97 (96–97)	20 (20–21)	Stark	För låg specificitet
SOS-4	Suicid-försök	90 (86–93)	17 (15–19)	Stark	För låg specificitet
SIS	Suicid	76 (62–87)	49 (47–51)	Begränsad	Något låg sensitivitet

<sup>1</sup>En av studierna genomfördes i en population med självskaade beteende.

resultat. Evidensen värderad för dessa relativt stora studier var måttligt stark till stark.

För andra numera ofta rekommenderade skalor som SUAS (Suicide assessment scale) [11] och C-SSRS (Columbia suicide severity rating scale) [12] fanns inte tillräckligt med studier för att de skulle kunna utvärderas.

### Klinisk bedömning behövs

Resultaten kan tolkas så att de identifierade instrumenten är otillräckliga när det gäller att förutsäga risk för suicidförsök eller suicid. Flera instrument som använts inom psykiatrisk specialistvård har för låg sensitivitet.

Ytterligare ett problem är att de alltför ofta är studerade med flera års uppföljningstid, vilket kan tyckas vara en fördel vid andra studier av t ex prognos. Vid suicidriskbedömningar behöver man i stället veta hur stor risken är på kort sikt, alltså för den akuta situationen och för bedömning av vilka försiktighetsåtgärder som behövs de närmaste dagarna och månaderna [13].

Resultaten kan inte tolkas så att man inte ska göra kliniska bedömningar av suicidrisk. Tvärtom är det så att om inte dessa instrument för bedömning av suicidrisk fungerar, bygger undersökningen av den enskilda personens behov helt på ett omsorgsfullt och grundligt samtal kring personens överväganden.

Resultaten kan inte heller tolkas så att psykiatriska intervjuinstrument och skattningsskalor saknar relevans. De har en viktig plats vid tillstånd som

text depression och psykos, sannolikt för att sjukdomstillstånd har en mer homogen grund än suicidalt beteende.

Man kan inte kräva att kliniker använder instrument som inte har bättre tillförlitlighet. Men instrumenten kan fortfarande ha ett värde för att ny och oerfaren personal ska kunna inhämta relevant och likartad information.

### Svårt att bedöma suicidrisk

Det är svårt att konstruera instrument för suicidriskbedömning, dels eftersom det är svårt att förutse ovanliga händelser, dels eftersom suicidalt beteende kan ha så olika syfte. Det kan handla om allt från en övertygad vilja att dö till att visa omgivningen att man behöver hjälp. Det finns ibland ett impulsmässigt inslag, vilket innebär att den som genomför handlingen inte har tänkt på det förrän strax innan det görs. Det kan vara kopplat till en av flera olika psykiska eller fysiska sjukdomar. Även den person som i ett skede har en stark önskan att dö kan se annorlunda på det lite senare.

En helt adekvat bedömning att det inte föreligger någon akut risk vid ett besök hos läkare kan efter att något inträffat strax därefter bli felaktig. Det kan t ex ske när en brytning i en relation plötsligt blir uppenbar. Vid en så stor variation i karaktär och motiv är det svårt att konstruera ett gemensamt protokoll för uppskattning av suicidrisk.

### Samtal med patienten kompletteras

Den kliniska undersökningen väger in

personens livssituation och sociala nätverk, tidigare och aktuell suicidavsikt samt aktuell sjukdomsbild inklusive eventuell missbruksproblematik [14]. Samtalen med patienten kan om möjligt kompletteras med information från närstående och ibland, efter medgivande av patienten, med uppgifter från patientens ordinarie sjukvårdskontakt.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

■ *Bo Runeson har varit ordförande för projektgruppen »Instrument för bedömning av suicidrisk«, SBU-rapport nr 242, 2015.*

## REFERENSER

1. Socialstyrelsen. Statistik om skador och förgiftningar. [www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/skadorochforgiftningar](http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/skadorochforgiftningar)
2. Regionalt vårdprogram. Suicidnära patienter. 2010. Stockholm: Stockholm läns landsting; 2010. RV 2010:02.
3. Instrument för bedömning av suicidrisk. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2015. SBU-rapport nr 242.
4. SBU. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården. En handbok. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2014. [www.sbu.se/metodbok](http://www.sbu.se/metodbok)
5. Beck AT, Brown GK, Steer RA, et al. Suicide ideation at its worst point: a predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. *Suicide Life Threat Behav.* 1999;29:1-9.
6. Harriss L, Hawton K. Suicidal intent in deliberate self-harm and the risk of suicide: the predictive power of the Suicide Intent Scale. *J Affect Disord.* 2005;86:225-33.
7. Klonsky D, Kotov R, Bakst S, et al. Hopelessness as a predictor of attempted suicide among first admission patients with psychosis: a 10-year cohort study. *Suicide Life Threat Behav.* 2012;42:1-10.
8. Bolton JM, Spiwak R, Sareen J. Predicting suicide attempts with the SAD PERSONS scale: a longitudinal analysis. *J Clin Psychiatry.* 2012;73:e735-41.
9. Cooper J, Kapur N, Dunning J, et al. A clinical tool for assessing risk after self-harm. *Ann Emerg Med.* 2006;48:459-66.
10. Bilén K, Ponzer S, Ottosson C, et al. Deliberate self-harm patients in the emergency department: who will repeat and who will not? Validation and development of clinical decision rules. *Emerg Med J.* 2013;30:650-6.
11. Waern M, Sjöström N, Marlow T, et al. Does the suicide assessment scale predict risk of repetition? A prospective study of suicide attempters at a hospital emergency department. *Eur Psychiatry.* 2010;25:421-6.
12. Posner K, Brown GK, Stanley B, et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry.* 2011;168:1266-77.
13. Bolton JM, Gunnell D, Turecki G. Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. *BMJ.* 2015;351:h4978
14. Salander Renberg E, Sunnqvist C, Westrin Å, et al. Suicidnära patienter - kliniska riktlinjer för utredning och vård. Stockholm: Svenska psykiatriska föreningen/Gothia Fortbildning AB; 2013.

## SUMMARY

Identifying individuals at risk of future suicide or suicide attempts is of clinical importance. Instruments have been developed to facilitate the assessment of the risk of future suicidal acts. A systematic review was conducted using the standard methods of the Swedish Council on Health Technology Assessment (SBU). The ability of the instrument to predict risk for future suicide/suicide attempt was assessed at follow up. The methodological quality of eligible studies was assessed; studies with moderate or low risk of bias were analysed in accordance with GRADE. None of the included studies provided scientific evidence to support that any instrument had sufficient accuracy to predict future suicidal behaviour. There is strong evidence to support that the SAD PERSONS Scale has very low sensitivity; most persons who make future suicidal acts are not identified.