

Heidi Bergenholtz, Anna Weibull og Mette Raunkiær

Kan SPICTM bidrage til at identificere mennesker med livstruende sygdom og lægge en palliativ plan?

SPICTM, identificering, palliativ plan, tidlig palliation



Heidi Bergenholtz

klinisk sygeplejespecialist/
postdoc, Medicinsk & Kirurgisk
Afdeling, Holbæk Sygehus
samt REHPA, Videncenter for
Rehabilitering og Palliation, Klinisk
Institut, Syddansk Universitet
(hbz@regionsjaelland.dk)

Anna Weibull

speciallæge i Almen Medicin, NSCPM
2007 (daugaardweibull@dadlnet.dk)

Mette Raunkiær (MR)

seniorforsker, REHPA, Videncenter for
Rehabilitering og Palliation, Klinisk Institut,
Syddansk Universitet (Mette.Raunkiær@rsyd.dk)

At skulle lægge en palliativ plan kræver, at man i først og fremmest identificerer, hvilke patienter den skal lægges for. I 2019 blev redskabet SPICTM oversat og tilpasset til en dansk kontekst og er hermed klar til at blive anvendt. I denne artikel vil vi diskutere anvendeligheden af SPICTM på basalt palliativt niveau med fokus på palliative planer. Der tages udgangspunkt i interviews med i alt 29 sundhedsprofessionelle fra både almen praksis, primær sundhedstjeneste og på sygehuset. Fundene viser, at SPICTM kan benyttes både som identificerings- og planlægningsredskab, men skal anvendes som et tværfagligt samarbejdsredskab, når fremtidig behandling, pleje og omsorg skal planlægges.

In order to make a plan for palliative care, it is required that the patients in need of this are identified. In 2019 the tool SPICTM was translated and adapted to a Danish context and is ready for use. This article will discuss how SPICTM can be used at the general palliative care level focusing on plans for palliative care. The article is based on interviews with 29 health care professionals from general practice, primary care, and hospitals. The findings show that SPICTM can be used for both identification and planning of care, but must be implemented as multidisciplinary collaboration tool when future treatment and care should be planned.

Indledning og formål

At arbejde med palliative planer forudsætter, at de sundhedsprofessionelle ved, hvem planerne skal læg-

ges for og hvornår. Imidlertid viser forsknings- og udviklingsprojekter (1-6), at det basale palliative niveau i kommuner og på hospitaler har udfordringer ift. at identificere mennesker med behov for palliation – dette særligt, når det drejer sig om mennesker med kroniske ikke-maligne sygdomme (7). På sygehusene er udfordringerne eksempelvis relateret til, at sygekulturen og organiseringen af plejen gør det vanskeligt at arbejde i overensstemmelse med eksisterende danske anbefalinger vedr. palliation (6). Når både kommuner og sygehuse har vanskeligt ved at identificere mennesker med

fremadrettet. SPICTM er udviklet til brug på basalt palliativt niveau, det vil sige, at det både kan benyttes i almen praksis, i hjemmesygeplejen, på plejcentre og på hospitalsafdelinger, som arbejder uden specialiseret palliativ indsats. Redskabet er rettet imod alle med livstruende sygdomme, således at både kræft, demens, neurologiske-, hjertekar-, lunge-, nyre- og leversygdom samt andre tilstande er indeholdt i redskabet. SPICTM kan derfor benyttes til alle patienter, i alle kontekster og på alle tidspunkter i sygdomsforløbet. Redskabet indeholder seks generelle og syv organspecifikke indikatorer

»SPICTM kan give forskellige faggrupper et fælles sprog for tidlig palliation.«

livstruende sygdom, som kan have behov for palliation, bliver det dermed også vanskeligt at lægge en palliativ plan, som kan tilgodese den syges og familiens palliative behov på det rette tidspunkt og i den rette kontekst.

I 2017 udkom Sundhedsstyrelsen (8) i Danmark med justerede anbefalinger for den palliative

indsats, hvori redskabet SPICTM (Supportive & Palliative Care Indicators Tool) anbefales mhp. tidlig(ere) identifikation af livstruende syge (se boks 1). I den sammenhæng nedsatte REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation, en arbejdsgruppe (forfattere), som gennemførte en oversættelse og kulturel tilpasning af SPICTM til en dansk kontekst. SPICTM er nu oversat til dansk og klar til at blive anvendt. Arbejdet er præsenteret i et notat (9), som redegør for oversættelsesarbejdet, men i mindre grad den kulturelle tilpasning, forstået som professionelle vurderinger om anvendelsen af SPICTM i egen (dansk) praksis. Formålet med denne artikel er at undersøge, om, og i givet fald hvordan, forskellige faggrupper vurderer, at SPICTM er anvendeligt i praksis til identifikation af mennesker med livstruende sygdom med palliative behov og til at lægge en palliativ plan.

Lidt om SPICTM

SPICTM blev udviklet og valideret i 2010 af en forskergruppe ved Universitetet i Edinburgh. Det er en 1 sidesguide (se boks 1), som skal bruges til at afdække, hvorvidt mennesker er i risiko for, at deres tilstand bliver forværret, eller de er ved at dø og derfor kan have behov for palliativ og understøttende indsats. Redskabet kan bidrage til at identificere patienter med palliative behov samt behov for tidlig og holistisk behovsvurdering og planlægning af mål for pleje, omsorg og behandling

om forværret helbred og behov for understøttende og palliativ indsats. Særlig vigtigt så indeholder redskabet også en planlægningsdel, som de sundhedsprofessionelle skal varetage i samarbejde med patienten, således at nuværende og fremtidig behandling, pleje og omsorg kan planlægges. SPICTM er oversat til 10 sprog, herunder også dansk (10). I Danmark er der, så vidt vides, ikke systematisk dokumenterede erfaringer med anvendelse af SPICTM. Erfaringer fra England og Skotland (11) viser, at SPICTM kan være anvendeligt som en støtte i den kliniske beslutningstagen på sygehus ift. at identificere patienter med behov for palliativ indsats.

Design, metode og analyse

Oversættelsen og den kulturelle tilpasning af SPICTM til dansk fulgte en forward-backward-oversættelse og var inspireret af både EORTC Quality of Life Group Translation Procedure (12) og TRAPD-modellen (Translation, Review, adjudication, pretesting and documentation) (13). For yderligere information om oversættelsesproceduren blev i alt 29 sundhedsprofessionelle interviewet mhp. den kulturelle tilpasning. Dette forstået således, at anvendeligheden af redskabet i en dansk kontekst skulle undersøges. Informanterne skulle forholde sig til oversættelsen af SPICTM redskabet, sætning for sætning, og herefter drøfte anvendeligheden af SPICTM i egen praksis. Interviewene blev gennemført som fem individuelle og seks gruppeinterviews med: fire hjemmesygeplejersker og tre social- og sundhedsassistenter fra hjemmeplejen, tre sygeplejersker og to social- og sundhedsassistenter fra plejehjem, fem praktiserende læger, syv sygeplejersker og fem læger fra et hospital.



Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICTM)

SPICTM- DK bruges som en hjælp til at identificere personer, hvis helbred er i forværring, herunder at vurdere behov for understøttende og palliativ behandling samt planlægge pleje, omsorg og behandling.

Identificér generelle indikatorer for dårligt helbred eller helbred i forværring:

- Ikke planlagt(e) hospitalsindlæggelse(r).
- Performancestatus/funktionsniveauet er dårligt eller forværret med begrænset reversibilitet (Personen bliver eksempelvis i sengen eller sidder i en stol mere end halvdelen af dagen).
- Er afhængig af andres pleje og omsorg på grund af forværring af det fysiske og/eller mentale helbred.
- Plejepersonale og/eller pårørende har brug for yderligere hjælp og støtte.
- Vedvarende vægttab; forbliver undervægtig; lav muskelmasse.
- Vedvarende symptomer på trods af optimal behandling af underliggende tilstand(e).
- Personen (eller dennes familie) beder om palliativ pleje, omsorg og behandling; vælger at reducere, stoppe eller ikke at påbegynde behandling; eller ønsker at fokusere på livskvalitet.

Identificér kliniske indikatorer for én eller flere livs-begrænsende tilstande:

Kræft

Funktionsniveau er forværret på grund af fremskreden kræft.

For skrøbelig til kræftbehandling eller modtager udelukkende symptombehandling.

Demens/skrøbelighed

Ude af stand til at klæde sig på, gå eller spise uden hjælp.

Spiser og drikker mindre; har synkebesvær.

Urin- og afføringsinkontinens.

Ude af stand til at kommunikere verbalt; begrænset social interaktion.

Hyppe fald; lårbensbrud.

Gentagne tilfælde af feber eller infektioner; aspirationspneumoni.

Neurologisk sygdom

Fremskreden forværring af fysisk og/eller kognitiv funktion på trods af optimal behandling.

Taleproblemer med tiltagende kommunikationsbesvær og/eller fremskridende synkebesvær.

Gentagne tilfælde af aspirationspneumoni; åndedrætsbesvær eller lungesvigt.

Vedvarende paralyse efter apopleksi med betydeligt tab af funktion og vedvarende funktionsnedsættelse.

Hjertekarsygdom

Hjertesvigt eller udbredt, uhelbredelig koronararteriesygdom/iskæmisk hjertesygdom med åndenød eller bryst smerter i hvile eller ved minimal fysisk aktivitet.

Alvorlig perifer karsygdom, som ikke kan behandles ved operation.

Lungesygdom

Alvorlig kronisk lungesygdom med åndenød i hvile eller ved minimal fysisk aktivitet mellem eksacerbationerne.

Vedvarende hypoxi, som kræver langvarig iltbehandling.

Har haft brug for respiratorisk støtte (ex. NIV, respirator) på grund af lungesvigt, eller respiratorisk støtte er kontraindiceret.

Andre tilstande

I forværring og i risiko for at dø af andre tilstande eller komplikationer, som ikke er reversible; enhver tilgængelig behandling vil give et dårligt resultat.

Nyresygdom

Stadie 4 eller 5 af kronisk nyresygdom (eGFR <30 ml/min) med forværring i helbredstilstand.

Nyresvigt, som komplicerer andre livsbegrænsende tilstande eller behandlinger.

Stop af dialyse, eller dialyse påbegyndes ikke.

Leversygdom

Levercirrose med én eller flere komplikationer i løbet af det sidste år:

- diuretika resistent ascites
- hepatisk encefalopati
- hepatorenalt syndrom
- bakteriel peritonitis
- gentagne variceblødninger

Levertransplantation er ikke mulig.

Vurder og planlæg nuværende og fremtidig pleje, omsorg og behandling.

- Vurder nuværende behandling og medicinering for at sikre, at personen modtager den optimale pleje, omsorg og behandling; minimér polyfarmaci.
- Overvej henvisning til specialistvurdering, hvis symptomer eller problemer er komplekse og svære at håndtere.
- Opnå enighed med personen og dennes familie om den nuværende og fremtidige behandlingsplan. Støt pårørende.
- Planlæg fremadrettet i god tid, hvis der er sandsynlighed for tab af beslutningsevne.
- Dokumentér, kommunikér og koordinér planen.

◀ *Boks 1. Redskabet SPICTM (Print efter aftale med Kirsty Boyd, University of Edinburgh).*

Analysen er inspireret af meningskondensering (14) og omfatter temaer relateret til den del af interviewene, hvor informanternes drøftede, hvorvidt og hvordan de vurderede, at SPICTM kunne anvendes praksis. Følgende tre temaer fremkom:

1. SPICTM som sproglig ramme og samarbejdsredskab
2. SPICTM er ikke egnet til alle faggrupper
3. SPICTM i klinisk praksis

Tema 1 – SPICTM som sproglig ramme og samarbejdsredskab

På den ene side oplevede de sundhedsprofessionelle, at SPICTM var »relevant nok« og genkendeligt, og faggrupperne påpegede, at de dagligt arbejder med de områder, som redskabet angiver, men at de ikke tænkte på det som palliation. Tre forskellige faggrupper sagde det således:

Meget af det gør vi i forvejen. Men vi har bare ikke ord for det.

(social- og sundhedsassistent)

Også i forhold til lægen og især, når det ikke er vores faste læge. Det er noget med et fællessprog.

(sygeplejerske fra plejehjem)

Man tænker det, men sætter ikke ord på – om det er palliation eller koordination.

(praktiserende læge)

Citaterne illustrerer, at oplevelsen af genkendelighed og mangel på et sprog for tidlig palliation var uafhængigt af faggruppertilknytning og uddannelseslængde. Mulighed for ramme om et fælles sprog indebar ifølge flere informanter også, at SPICTM kunne fungere som et samarbejdsredskab. En social- og sundhedsassistent fra hjemmeplejen sagde det således: »Skemaet kunne være godt til vores møder med sygeplejerskerne, for det er ikke altid, at sygeplejerskerne fanger vores ord, og omvendt – et samarbejdsskema og til at holde fokus«. En sygeplejerske fra sygehus sagde: »Når jeg har udfyldt det, så vil jeg gå til lægen og sige: Nu har jeg udfyldt det her«. Nogle af de faglige sammenhænge, som informanterne nævnte, at SPICTM kunne anvendes som tværfagligt samarbejdsredskab i, var ved personalemøder, sparringssammenhænge og til at diskutere konkrete borgere/patienter med. Derudover

blev det påpeget, at redskabet kunne være egnet i undervisningssammenhænge: »Vi kunne bruge det til en onsdagsundervisning. Hvad er det, I skal lede efter?« sagde en praktiserende læge.

Tema 2 – SPICTM er ikke egnet til alle faggrupper

Der var generel enighed blandt de professionelle om, at SPICTM selvstændigt kunne anvendes af læger og sygeplejersker. En praktiserende læge sagde: »Det er ikke for svært for sygeplejerskerne – de vil helt klart kunne bruge det. Vi har tættere sparring med sygeplejerskerne her«. Imidlertid formulerede nogle sygeplejersker udfordringer ift. at forstå nogle af fagtermerne i SPICTM, hvorfor de pointerede: »Vi skal slå nogen af ordene op« (sygeplejerske fra plejehjem). På sygehus så faggrupperne gerne, at sygeplejerskegruppen stod for anvendelsen af SPICTM, men også, at dette var udfordret pga. personalemangel: »Det er en drøm, der er langt væk fra os, at få nogen sygeplejersker ansat og dermed i stand til at bruge redskabet«, sagde en sygehuslæge.

I forhold til social- og sundhedsassistenter og hjælpere vurderede flere, at disse to faggrupper ikke selvstændigt kunne anvende SPICTM, fordi redskabet fordrer et fagniveau, som faggrupperne ikke er uddannet til:

Jeg er i tvivl om plejehjem, fordi det er ofte sossu'er. Jeg tror ikke, at de forstår det, eller de vil fejltolke det. Det er fagligt for højt niveau.

(praktiserende læge)

Det er for kompliceret for hjælperne.

(social- og sundhedsassistent fra hjemmeplejen)

Derimod fremhævede især sygeplejersker fra primærsektoren, at social- og sundhedsassistenter og hjælpere kunne anvende de dele af SPICTM, som talte ind i deres kompetenceniveau: »Hjelperne kender ikke alle de ord [...], men de kan bruge det der, hvor det fanger deres kompetenceniveau, for de skal ikke vide noget om leversygdom«, sagde en sygeplejerske fra et plejehjem.

Tema 3 – SPICTM i klinisk praksis

De fleste af informanterne vurderede, at SPICTM kunne være »et hjælperedskab til at højne kvaliteten«, indikere »palliative behov« og et redskab til at lægge en palliativ plan: »Ja, det kan bruges især til det sidste: »Vurder og planlæg fremtidig pleje«, sagde en sygeplejerske fra et plejehjem. Derudover blev det fremhævet, at SPICTM kunne være anvendeligt som indikator for, hvornår plejepersonale på sygehus skulle initiere

»den svære samtale« eller mere generelt tage initiativ til at tale med de syge og pårørende om sygdomsforløbet og indholdet i en sådan samtale:

Det giver indikationer for, hvornår man skal snakke med pårørende, og hvornår man skal snakke med beboerne: Hvad er det for nogle forværringer, indikatorer? Hjælpe med at vurdere den enkeltes behov.

(sygeplejerske plejehjem)

Lægerne forholdt sig mere kritiske ift. at skulle anvende SPICTM i praksis. På den ene side påpegede nogle praktiserende læger, at SPICTM-indikatorer kunne støtte dem til at opspore borgere med palliative behov i særlige kliniske situationer. »Det kan bruges til opsøgende hjemmebesøg«, sagde en praktiserende læge, imens en anden sagde: »Bare dét, at jeg har siddet og læst dette, så tænker jeg, at jeg har læst nogle epikriser – der er nogle, der bonger ud«. På den anden side problematiserede de praktiserende læger og sygeplejersker fra sygehus, at SPICTM »er et skema, der ikke skal udfyldes«. De efterspurgte et redskab, hvor et bestemt antal »score« direkte indikerede behov for palliation. En praktiserende læge sagde det således: »Det er ikke et scoreskema. Jeg vil ikke bruge det i min dagligdag«. Og en sygeplejerske fra sygehus: »Jeg har svært ved at gennemskue? Hvad så, når jeg har sat de krydser – tæller noget mere end noget andet? Hvad skal vi bagefter udfyldelse af redskabet – skal jeg skrive det i journalen?«

Derudover problematiserede sygehuslægerne deres mulighed for at bruge SPICTM med tidspres, bekymring for forringet behandling, og at man i forvejen har fokus på patienter med palliative behov:

Vores hverdag er lige nu så hektisk, så det er ikke realistisk. Det er for meget besvær, det er svært at implementere.

(medicinsk læge fra sygehus)

Angående behandlingsniveau – hvis der står ingen genoplivning, så bliver du ikke engang tilbudt kage til kaffen – du er nærmest døende.

(geriatrisk læge fra sygehus)

I ambulatoriet har man ikke disse patienter. De følges i hjertesvigtsklinikken, hvor man i forvejen har fokus på dette, så der behøves ikke et skema.

(medicinsk læge fra sygehus)

Som det fremgår af ovenstående, var de fleste af informanterne positive ift. at anvende SPICTM i praksis både ift. identifikation af borgere med palliative behov og at lægge en palliativ plan, mens særligt lægerne fra sygehuset var mere skeptiske omkring særligt implementeringen af redskabet.

Afsluttende bemærkninger

Som nævnt indledningsvist skal de sundhedsprofessionelle kunne identificere mennesker med livstruende sygdom og palliative behov, før det er muligt at lægge en palliativ plan. Datamaterialet viser, at størstedelen af informanterne både fra primær og sekundær sektor vurderede, at SPICTM vil kunne fungere som et redskab, der i klinisk praksis 1) kan danne sproglig ramme for tidlig identifikation af livstruende syge med behov for palliation og 2) kan fungere som tværfagligt samarbejds- og pædagogisk redskab for det videre palliative forløb. I den sammenhæng er det væsentligt at

Vurder og planlæg nuværende og fremtidig pleje, omsorg og behandling.

- **Vurder nuværende behandling og medicinering for at sikre, at personen modtager den optimale pleje, omsorg og behandling; minimer polyfarmaci.**
- **Overvej henvisning til specialistvurdering, hvis symptomer eller problemer er komplekse og svære at håndtere.**
- **Opnå enighed med personen og dennes familie om den nuværende og fremtidige behandlingsplan. Støt pårørende.**
- **Planlæg fremadrettet i god tid, hvis der er sandsynlighed for tab af beslutningsevne.**
- **Dokumentér, kommunikér og koordinér planen.**

være opmærksom på planlægningsdelen af SPICTM (se boks 2), hvor vores fund viser, at SPICTM netop kan facilitere samtalen om planlægning af fremtidig behandling, pleje og omsorg. På trods af dette efter-spurgte lægegruppen og sygehuspersonalet et score-skema, hvor et givet antal krydser indikerer palliativ indsats. Dette ønske kan imidlertid være vanskeligt at indfri, når definitionen af palliativ indsats i Danmark og andre europæiske/nordiske lande hviler på WHO's definition af palliation (11). Heri pointeres det netop, at palliation er en »holistisk tilgang« med fokus på hele familiens fysiske, psykiske, sociale og åndelige behov og problemstillinger, hvilket et scoreskema ikke ville kunne indfange.

Referencer

1. Raunkiær, M., Timm, H. (2010). Development of palliative care in nursing homes: evaluation of a Danish project. *International Journal of Palliative Nursing* 16 (12): 613-20.
2. Raunkiær, M. (2015). Possibilities and barriers for developing community palliative care services: An evaluation of a project inspired by action research. *Nordic Journal of Nursing Research*: 1-9.
3. Raunkiær, M., Broby Mikkelsen, T. (2019). Satspuljen »En værdig død – modelkommuneprojekt«: En tværgående evaluering [cited 2019 Nov 27]. Hentet fra: https://www.rehpa.dk/wp-content/uploads/2019/05/Enværdigdød_rapport_final_2.pdf
4. Tind Nielsen, K. & Raunkiær, M. Palliativ indsats til ældre med kronisk hjertesvigt – en systematisk litteraturgennemgang. (2014) *Nordic Journal of Nursing Research*: 34 (2), 38-43.
5. Raunkiær, M., Henriksen, S.V., Glenstrup, M.L. & Hansen, O.B. (2015). Gode erfaringer med en tværsektoriel samarbejdsmodel for palliativ behandling. *Ugeskrift for Læger*, 177: V05140304.
6. Bergenholtz, H. (2016). Ph.d.-afhandling. Palliative Care in the Hospital. A mixed-methods study of the general palliative care in a hospital in Denmark. University of Copenhagen. Faculty of Health and Medical Sciences.
7. Dalgaard, K., et al. (2014). Early integration of palliative care in hospitals: A systematic review on methods, barriers, and outcome. *Palliative & supportive care*, 12 (6), 495-513.
8. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for palliativ indsats. 2017. Hentet fra: https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/~/_media/79CB83AB4DF74C-80837BAAAD55347D0D.ashx
9. Bergenholtz, H., Weibull, A. & Raunkiær, M. 2018. Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICTM) Oversættelse til dansk. REHPA Notat. Hentet fra: <https://www.rehpa.dk/wp-content/uploads/2019/09/2.-udg-SPIC-REHPA-notat-med-bilag-110919.pdf>
10. SPICTM Homepage. 2019 [cited 2019 Dec 2019]. Hentet fra: <https://www.spict.org.uk/>.
11. Highet, G., Crawford, D., Murray, S.A., Boyd, K. Development and evaluation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICTM): a mixed-methods study. Highet, G., et al. *BMJ Supportive & Palliative Care* 2014; 4: 285-290. doi:10.1136/bmjspcare-2013-000488.
12. Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., et al. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health [Internet]*. 8 (2): 94-104. Hentet fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15804318>.
13. Kulis, D., Bottomley, A., Velikova, G., Greimel & K.M. (2017). EORTC Quality of life group translation procedure.
14. Kvale, S., Brinkmann. (2009) Interview. Introduktion til et håndværk. København: Hans Reitzels Forlag.