



Titel:	Samtalen med den unge patient
Forfattergruppe:	Kirsten Boisen, overlæge, Afdeling for Børn og Unge, Rigshospitalet Line Klingen Gjørde, Hoveduddannelseslæge, Afdeling for Børn og Unge, Rigshospitalet Birgitte Boysen Kjær, overlæge, Børne- og Ungeafdelingen, Holbæk Sygehus Grete Teilmann, overlæge, Børne- og Ungeafdelingen, Nordsjællands Hospital Hillerød
Fagligt ansvarlige DPS-udvalg:	Ungdomsmedicinsk Udvalg
Tovholders navn og mail:	Kirsten Boisen, kirsten.boisen@regionh.dk
Dato for høring:	Skriv dato her
Dato for godkendt:	Skriv dato her
Dato planlagt revision:	Skriv måned og år her
OBS	Kliniske retningslinjer udarbejdet i DPS er ikke juridisk bindende. Der er tale om en anbefaling og det vil altid være det lægefaglige skøn i den konkrete kliniske situation, der er afgørende for beslutningen om afvigelser fra retningslinjen.

Samtalen med den unge patient

Indholdsfortegnelse

Resume	1
Baggrund	2
Selvstændige samtaler med unge - split visits	2
Fortrolighed/tavshedspligt	2
Tips til kommunikation med unge	3
HEADS - Den psykosociale anamnese	3
Referencer	6
Interessekonflikter	6
Appendiks: unges biologiske, psykologiske og sociale udvikling	6

Resume

Formålet med vejledningen er at sikre udviklingstilpasset kommunikation inkl. fokus på psykosociale aspekter af livet med sygdom for unge. Vejledningen introducerer en struktureret og udviklingstilpasset ungdomsanamnese via HEADS-modellen.

HEADS står for: Home, Education & Eating, Activities, Drugs, Sex & Safety & Self-harm.

I den kliniske retningslinje gennemgås:

- rammerne for professionel kommunikation med unge patienter
herunder unges udvikling, selvstændige samtaler (split visits) og tavshedspligt
- en struktureret tilgang til den psykosociale anamnese vha. HEADS-modellen
Herunder tilgang til samtale om selvskade og selvmordsadfærd samt intimitet/ seksualitet

Baggrund

Unge udvikling og kommunikation

Ungdomsårene er præget af psykosocial og kognitiv udvikling herunder identitetsdannelse og selvstændighed (1). Bilag 1 viser unges biologiske, psykologiske og sociale udvikling skematiseret.

Unge har ikke nødvendigvis de samme kognitive og kommunikative kompetencer som voksne. Særligt den unges stigende evne til abstrakt tænkning, impulsstyring og langtidspanlægning har stor betydning for, hvordan sundhedsprofessionelle kan kommunikere med unge.

Udviklingstilpasset kommunikation betyder blandt andet at vi taler om det, der er vigtigt for unge (fx forstå sin sygdom, udfordringer ved uddannelse, mental trivsel, fertilitet) i et sprog som unge forstår.

Selvstændige samtaler med sundhedsprofessionelle - split visits

Internationalt anbefales det at begynde med at tilbyde kortere samtaler alene med unge omkring 12-års alderen og gradvist forlænge den individuelle tid. Forældrene er som hovedregel den unges vigtigste ressourcepersoner og bør fortsat aktivt inddrages i samarbejde med den unge (2).

Det er vigtigt at både den unge og forældrene er godt informeret om hvorfor vi laver split visit og den unge har naturligvis altid ret til at have forældrene med i hele samtalen.

En formulering kan være:

”Nu er du blevet teenager/ung, og derfor plejer vi at organisere vores samtaler på en ny måde. Vi starter samtalen med dig/jeres barn alene og slutter med jer som familie, så en del af samtalen vil være med dig/jeres barn alene. Dette gør vi bl.a. fordi, det

- styrker kommunikationen og relationen mellem os (læger og sygeplejersker) og dit/jeres barn
- støtter dit/jeres barns normale udvikling, selvstændighed og modenhed
- er en vigtig del i overgangen fra barn til ung til voksen og fra et pædiatrisk til et voksenorienteret system
- er en mulighed for at dit/jeres barn kan formulere egne spørgsmål og diskutere sine eventuelle bekymringer

Er det ok med dig/er?”

Ved behov kan man uddybe med:

”Man kan som forældre være bekymret for, at ens barn ikke forstår eller ikke kan huske behandlingsplanen eller at man som forældre ikke bliver informeret eller involveret, når vi taler alene med den unge. Det er vi selvfølgelig opmærksomme på, og derfor bliver tid alene med den unge altid fulgt op med et resume til jer, hvor vi naturligvis gennemgår eventuelle ændringer i behandlingen. Nogle forældre kan også være bekymrede for, at deres barn ikke ønsker at tale alene med lægen eller sygeplejersken. Den unge kan også være bekymret, og derfor starter vi langsomt og gradvist ud, så det er trygt for alle. Hvis du har spørgsmål eller bekymringer, er du naturligvis altid velkommen til at spørge os eller bede om en uddybning” (3)

Fortrolighed/tavshedspligt

Du kan læse om unges patientrettigheder på <https://www.rigshospitalet.dk/afdelinger-og-klinikker/julianemarie/ungdomsmedicinsk-enhed/transitionsforloeb/til-sundhedsprofessionelle/Sider/unges-patientrettigheder.aspx>

Mange unge under 18 år tror fejlagtigt, at sundhedsprofessionelle har tavshedspligt over for forældrene, og internationale retningslinjer anbefaler at informere unge om reglerne både mundtligt og skriftligt.

En formulering kan være: ”Du har ret til privatliv. Vi har dog som udgangspunkt ikke tavshedspligt i forhold til dine forældre. Vi kan aftale at holde visse ting fortroligt, det kan f.eks. være, hvis du har en kæreste. Men hvis du gør ting, der er farlige eller jeg bliver bekymret, skal jeg sige det videre (dog ikke nødvendigvis til dine forældre)”.

Da forældrene har aktindsigt, indtil den unge fylder 18 år, er det vigtigt, at det, der står i journalen, er afstemt med den unge.

Tips til kommunikation med unge

De vigtigste forudsætninger for at skabe tryghed i mødet med de unge patienter er sundhedsprofessionelles medicinske viden og kompetencer samt hensyntagen til den unges psykosociale udvikling (se bilag 1), gode kommunikationsevner og en god relation.

- Giv den unge taletid – faciliter den unges deltagelse inkl. invitation til spørgsmål og bekymringer
- Skab tryghed i samtalen ved at tale om fælles hverdagsemner fx fritidsaktiviteter og -interesser
- Giv tid til refleksion og til at ‘fordøje’ information fx ved at bruge pauser og opsummeringer
- Tilpas samtaletempo til emnet og den unge
- Start med åbne spørgsmål for at give plads til de ‘uventede’ svar
- Lav tydelige emneskift
- Undgå/overvej afbrydelser
- Tænk over dit kropssprog
- Pas på egne værdier og erfaringer som ung og på verbal/non-verbal ‘repræsentation’

HEADS - Den psykosociale anamnese

HEADS modellen kan anvendes til den rutinemæssige anamnese og screening for væsentlige psykosociale belastninger og ressourcer på diagnosetidspunktet, i løbet af behandlingsforløbet, samt ved ambulante kontroller (4) (5). HEADS er også en måde at vurdere den unges kognitive og psykosociale udvikling på og kan sammenlignes med optagelse af udviklingsanamnesen for mindre børn. HEADS står for: Home, Education & Eating, Activities, Drugs, Sex & Safety & Self-harm.

Det er vigtigt:

- at HEADS interviewet foregår uden forældrenes tilstedeværelse (split visit)
- at informere om begrænset tavshedspligt
- at der er tid til at den unge kan fortælle sin egen historie og få afklaret egne spørgsmål
- at tilpasse spørgsmålene til den enkelte unge og hans/hendes udviklingstrin, kulturelle og personlige normer

- ikke at have forudindtagede antagelser (fx om den unges familieforhold eller seksuelle præferencer)
- at anvende åbne og neutrale spørgsmål og lytte aktivt
- at spørge præcist og konkret (definition af fx 'sex', 'hyppigt', 'normalt' mm)
- at anerkende den unges autonomi og privatliv
- at anerkende den unges ærlighed (det kan være første gang, den unge betror sig til en voksen)
- at fokusere på den unges styrker og ressourcer og ikke kun på problemer og risikabel adfærd
- at inddrage forældrene efter aftale med den unge

De fleste unge vil gerne fortælle om deres liv og et indledende spørgsmål kan være: 'jeg vil gerne lære dig bedre at kende/vide noget om dit liv, der ikke handler om sygdom. Er det i orden, at jeg stiller dig nogle spørgsmål?'

Unge vil som hovedregel gerne fortælle om deres venners adfærd og én måde at stille 'de svære spørgsmål' på kan være at starte med at spørge om skolekammeraters eller venners adfærd. Eksempelvis: 'Er der nogen i din klasse/blandt dine venner, der er begyndt at ryge/drikke/have kærester?' Hvis kammerater lever risikabelt, er der større risiko for, at den unge også gør dette, eller at hun/han er påvirket af vennernes adfærd.

En anden teknik kan være at almindeliggøre adfærd og spørgsmål (gælder dog ikke for brug af fx alkohol og stoffer) ved eksempelvis at spørge: 'Mange af de unge, jeg møder, har spørgsmål om seksualitet, men er bekymrede for at spørge. Har du spørgsmål?'

HEADS er ikke en tjekliste og unge vil reagere negativt, hvis de oplever samtalen som dette. En fuld HEADS screening tager 30-45 minutter, afhængigt af hvor mange fokusområder, der vurderes at være essentielle for den enkelte unge. Hvis tiden er kort, kan man adressere et eller få emner ved hvert besøg/samtale. Dog kan der være situationer, hvor en fuld HEADS screening kan være vigtig, fx ved forgiftninger, selvskaade, selvmordsforsøg, ulykker, eller brug af illegale stoffer.

Samtale om selvskaade og selvmordsadfærd

Unge med kronisk eller alvorlig fysisk sygdom er i øget risiko for at udvikle mistriivsel og egentlig psykisk sygdom som depression, stress og angst. Og unge med fysisk-mental multimorbiditet er i særlig høj risiko for mistriivsel (6).

Du kan informere den unge og forældrene om støttemuligheder via

<https://www.rigshospitalet.dk/praktisk-information/boern-og-unge/Sider/raadgivning-og-hjaelp-til-unge.aspx>

Ved betydende selvskaade eller selvmordsadfærd

- Italesæt bekymringen og suppler med struktureret vurdering af selvmordsrisiko
- Del din bekymring med en kollega ved behov
- Informer forældrene
- Underret kommunen
- Overvej henvisning til akut børne-unge-psykiatrisk vurdering

Samtale om seksualitet/intimitet bør være kønsneutral og normkritisk. Mange unge er undersøgende i forhold til kønsidentitet og/eller eksperimenterer med deres seksuelle præferencer. Det er ikke den sundhedsprofessionelles opgave at 'finde ud af' den unges seksuelle præference,

men man bør være opmærksom på de udfordringer der kan være for LGBTQ-unge (lesbian, gay, bi-sexual, transgender, queer/questioning) herunder usikkerhed, øget selvmordsrisiko og øget risiko for sex-sygdomme.

HEADS anamnesen:

Home: hjemlige forhold - Hvor bor du og hvem bor du sammen med? Hvordan er dit forhold til dine forældre/stedforældre, søskende? Hvem kan du tale med, når du har det svært? Hvem hjælper dig med din behandling og hvordan?

Education: uddannelse og erhvervsarbejde - Hvordan går det i skolen ("yndlings-/hadefag")? Hvordan er din klasse? Hvor ofte er du hjemme fra skole? Ved du, hvad du vil efter skolen? Har du (fritids)arbejde? Hvad betyder din sygdom ift. skole/uddannelse/arbejde? Ved dine skolekammerater, at du er syg – og hvad ved de?

Eating: spisevaner og kropsofattelse - Udseendet betyder meget for nogle unge – hvad betyder det for dig? Hvad tænker du, når du ser dig i spejlet? Er du tilfreds med din vægt? Har du tabt dig/taget på for nylig?

Activities: fritid, fester og venner - Hvad laver du, når du har fri (med hvem, hvor, hvornår)? Hvad gør dig glad? Begrænser din sygdom dine fritidsinteresser? Ved dine venner, du er syg – og hvad ved de?

Drugs: tobak, alkohol og illegale stoffer - Er der nogle af dine venner, som ryger, drikker alkohol? Ryger du? Drikker du? Har du inden for det seneste år fortrudt noget, efter du har drukket? Har du oplevet, at du ikke kunne huske, hvad der skete, fordi du havde drukket? Er der nogen, der bekymrer dig, hvor meget de drikker? Er der nogle af dine venner, der bruger stoffer? Hvad med dig (hvilke, hvordan og hvor ofte)?

Sexuality: kærester, seksualitet og prævention - Er der nogle af dine venner, der er begyndt at have kærester/dyrke sex? Har du (haft) en kæreste? Er du begyndt at dyrke sex? Er der noget, der bekymrer dig i forhold til kærester og sex? Hvilken prævention bruger du?

Safety: sikkerhed - Hvordan passer du på dig selv? Er der nogen i klassen, der bliver mobbet? Er du nogensinde blevet slået eller rørt ved på en måde, som var ubehagelig? Hvordan kommer du hjem fra fest? Er du selv eller andre nogensinde kommet til skade ved en ulykke, fordi du havde drukket/var påvirket?

Selfharm/depression: humør, selvskadende adfærd og selvmord - Hvordan er dit humør på en skala fra 0-10? Føler du dig nogensinde helt nede? Har du skadet dig selv? Har du gjort noget for at skade dig selv? Har du tænkt på døden, at ensomheden er for meget? Har du planer om at tage livet af dig selv? Hvad har du konkret tænkt på?

Referencer

1. Christie D, Viner R. Adolescent development. BMJ 2005;330:301-4.
2. Woods ER, Neinstein LS. Office visit, Interview techniques, and recommendations to parents. I: Neinstein LS, Gordon CM, Katzman DK., Rosen DS, Woods ER (red). Adolescent health care A practical guide. Philadelphia: Wolters Kluwer - Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
3. www.transitionsforløb.dk
4. Goldenring JM, Rosen DS. Getting into adolescent heads: An essential update. Contemp Pediatr. 2004;21:64.
5. Chadi N et al. Expand your HEADS, follow the THRxEADS. Pediatrics and Child Health 2017: 23-25
6. Thomsen EL et al. Low Level of Well-being in Young People With Physical-Mental Multimorbidity: A Population-Based Study. J Adolesc Health 2023;73(4):707-714.

Interessekonflikter

Ingen

Appendiks

1.

Unge biologiske, psykologiske og sociale udvikling

	Tidlige ungdomsår 10-13 år	Mellem ungdomsår 14-17 år	Sene ungdomsår 18-20 år
Biologisk	Piger: brystudvikling og pubesbehåring, vækstspurt Drenge: testis- og genitalvækst	Piger: menarche, kvindelige former, slut på puberteten og vækstspurt Drenge: spermarche, stemmeovergang, vækstspurt	Drenge: slut på puberteten, fortsat vækst i muskelmasse og kropsbehåring Begge køn: fortsat hjerneudvikling
Psykologisk	Fortrinsvis konkret tænkning Tester argumenter Revurdering af kropsoptagelse Begyndende seksuel orientering Ultrakorte tidsplaner (dage)	Begyndende abstrakt tænkning Usårlighedsfølelse Seksuel orientering og eksperimentering Voksede sproglige evner 'Glødende' ideologiske tanker Korte tidsplaner (uger-mdr)	Kompleks abstrakt tænkning Stigende impuls kontrol Yderligere identitetsudvikling Langtidsplanlægning
Socialt	Begyndende følelsesmæssig adskillelse fra forældre Identifikation med jævnaldrende Tidlig eksperimenterende adfærd	Følelsesmæssig adskillelse fra forældre Stærk identifikation med jævnaldrende Eksperimenterende/risikabel adfærd Uddannelsesplaner	Udvikling af social autonomi og selvstændighed Udvikling af intime forhold Jævnbyrdigt forhold til forældre Potentielt eller reel økonomisk selvstændighed