

Refleksiv rapport for H 1

Forståelse for pædiatriens opfattelse af barnet/den unge i en kompleks bio-psyko-social kontekst

Introduktion:

Et barn eller et ungt menneske er mere end blot biologiske celler.

Mange ting kan og vil påvirke et barn og en ung og disse faktorer må pædiateren tage med i sin tilgang til barnet og den unge.

Såvel undersøgelse som kommunikation og ikke mindst behandling skal tilpasses barnet eller den unge, med hensyn tagen til den aktuelle alder, den aktuelle situation og den sociale og kulturelle baggrund patienten har.

Den bio-psyko-sociale model samler de medicinske, sociale og psykologiske aspekter af sygdom og sundhed. Samt muliggøre en helhedsforståelse af sygdom og sundhed.

I denne tilgang anerkender man at et menneske er påvirket af flere faktorer, de biologiske, psykologiske og sociale faktorer.

Når man arbejder med børn og unge, skal man endvidere have for øje, at disse forskellige faktorer ændre sig i løbet af barnets opvækst og ens tilgang til barnet løbende skal justeres i forbindelse med at denne vokser fra barnealderen til ungdomslivet og biologi og psykologi ændre sig, samt de omkringliggende sociale faktorer ligeledes kan ændre sig over tid.

Case:

En 9 år gammel dreng diagnosticeres med type 1 diabetes mellitus (DM). Han opstartes som vanligt i behandling med subcutan insulin, både en basis dosering og justeret ud fra kulhydratindtag og hyppige blodsuktermålinger. Desuden bliver han selv, hans familie og efterfølgende hans skole informeret om sygdommen, behandlingen og hvordan de skal reagere og håndtere sygdomsmæssige udfordringer.

Indledningsvis går det godt. Der måles mange blodsukker-målinger og behandlingen justeres løbende til han når et stabilt og ønsket blodsukkerniveau. Drengen trives umiddelbart normalt både i skole, hjemmet og med sin sygdom.

Da han bliver omkring 13 år begynder hans langtidsblodsukker (HbA1c) dog at stige og ved ambulante besøg ses at han foretager væsentligt færre hjemmeblodsukker målinger end tidligere, samt at disse ikke er i sikker overensstemmelse med HbA1c.

Han har endvidere tre episoder hvor han indlægges med moderat diabetisk ketoacidose. I forbindelse med en sådan indlæggelse, tages en samtale med ham og hans mor om situationen.

Drengen og hans mor, som er med til samtalen, foreligges resultaterne.

Det viser sig at de første par år efter debut af sygdommen, styrede drengens mor hans behandling. Hun foretog de fleste blodsuktermålinger. Hun udregnede hvor meget kulhydrat han indtog og gav ham hans insulin flere gange dagligt.

Det sidste ½ år er drengen stille og roligt blevet mere selvstændig og har selv overtaget behandlingen. Han siger nu selv at han ikke gider at have sin mor til at blande sig så meget, "han kan sagtens klare det hele selv".

Samtidig er hans mor startet i arbejde igen, efter at have været hjemmegående i en længere periode.

Drengens far, der er taxachauffør, har desuden for ca. 1 år siden udviklet type 2 diabetes og er i behandling med piller for dette.

Familien er oprindeligt fra Tyrkiet. Drengen er selv født og opvokset i Danmark, på den københavnske vestegn. Familien består af en storesøster på 21, en storebror på 19, drengen selv på 13 og en lillesøster på 9 år.

Case refleksion:

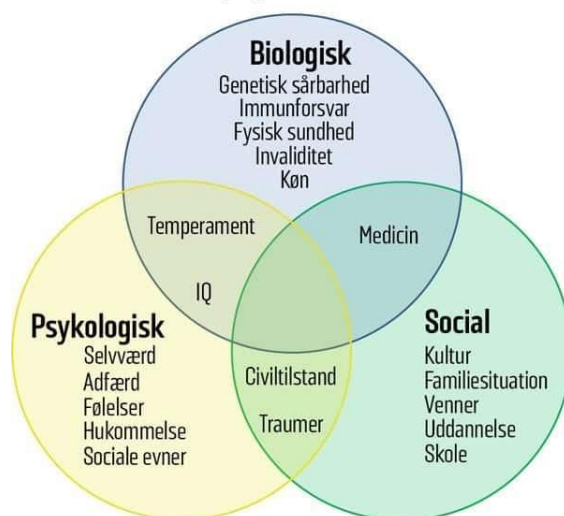
Indledningsvis da barnet blev diagnosticeret med DM, var han i en situation, hvor det for ham og familien, var naturligt at hans mor forestod behandling. DM er en sygdom der særligt indledningsvis kan kræve en del løbende justering, bla. afhængig af det enkelte individs insulinfølsomhed. Det kræver også nogen faglig viden og indsigt, for at kunne tælle kulhydrater rigtigt og justere behandlingen herefter. Drengen har tidligere ikke rigtigt spekuleret så meget over hans sukkersyge. De sidste par år har sygdommen til gengæld irriteret ham tiltagende, mest af alt fordi hans synes at den gjorde at hans mor blandede sig i alt hvad han lavede og han følte at hun prøvede at kontrollere ham.

Han har samtidig set sin far få "den samme sygdom", som drengen forklare og "han kunne nøjes med piller, hvorfor kan jeg så ikke det", spørger drengen? Desuden synes han ikke at det har gjort den store forskel om han har taget sin medicin som tidligere eller ej. "Indlæggelsen nu, var nok mest også bare fordi jeg er blevet syg med feber"

Endeligt er mor nu startet på arbejde igen, hvilket har gjort at drengen nu har fået ansvaret få sin sygdom og han er væsentligt mere alene hjemme og kan bruge eftermiddagene med sine venner i det lokale storcenter.

Hvis vi vurderer drengen ud fra den bio-psyko-sociale model, må vi vurdere ham som et individ med mange facetter og mange faktorer der har indflydelse på ham og hans sygdom.

Den biopsykosociale model



Der er en biologisk sygdom, DM, hos en præpubertær 9 år gammel dreng, der tidligere i det generelle er rask.

DM er en sygdom med biologisk variation og behandlingen skal tilpasses det enkelte individ, ud fra nogle grundprincipper, samt justeres løbende.

Drengen er en del af en familie og der er flere sociale faktorer der spiller ind i hans historie.

Samtidig har samspillet mellem hans sociale baggrund og verden og de psykologiske faktorer stor betydning.

Drengen har som "efternøler nr.1" fået en del opmærksomhed og har levet et umiddelbart ukompliceret liv, med en relativt højt service-niveau, fra en hjemmegående mor.

Som 9 år gammel, har sygdom ikke været noget han har hverken haft begreb om eller interesseret sig i. Hans vanlige planlægning og fremtidsindsigt har været ganske kortsigtet, som forventet for alderen.

Han gik dengang i 2. klasse, gik til sport i fritiden, som han blev kørt til og fra, ofte af sine store søskende. Livet var generelt ukompliceret og hans sygdom kunne ligeledes kontrolleres med relativt simple midler.

Efterhånden som han er blevet ældre er hans pubertet gået i gang, hvilket også på et biologisk plan, kræver justeringer i hans vanlige behandling og udfordringer for hans sygdom.

Hans i perioder høje blodsukker, gør endvidere, at han er begyndt at få det svært i skolen, glemmer aftaler og har endnu svære ved strukturerede og langsigtede planer. Det giver også yderligere konflikter med både forældre og lærer, der er frustrerede over at han sjusker, er ustruktureret og "ikke lever op til sine evner".

Hans pubertet gør at hans temperament svinger noget mere og han kan i perioder føle sig ganske usårlig og i stand til hvad som helst. Hans selvstændighed presser sig på og stimuleres kun endnu mere, når familien blander sig i hans gøremål.

Han har stoppet til sport, delvist fordi niveauet blev for højt og krævede for meget og fordi familien var lidt nervøse for om det var sikkert for ham, at dyrke så meget sport når han nu havde sukkersyge.

De store søskende er flyttet hjemmefra og det forventes i hans familie, at han begynder at overtage nogle af de roller som hans søskende tidligere havde.

Faren arbejder som altid en del og på skæve tidspunkter og samtidig er hans mor nu startet på arbejdsmarkedet.

Endeligt er de mange stik fra sygdommen begyndt at irritere ham, de gør ondt og han synes det er ulækkert at han skal gå rundt og lave ting med blod hele tiden. Han vil hellere bare glemme det hele og være sammen med vennerne. Han er derfor også begyndt blot at skrive forskellige opfundede blodsukkermålinger ned. I starten gjorde det også at hans mor lod ham være i fred og han synes ikke selv det gjorde den store forskel på hans sukkersyge.

Diskussion:

Indledningsvis, da drengen bliver diagnosticeret med DM, opstartes den vanlige behandling og information.

Med baggrund i barnets alder blev meget af informationen målrettet de voksne og behandlingen blev ligeledes varetaget af dem. I den specifikke familie, var det også naturligt, da der var tid og overskud i familien til at de voksne/moderen kunne klare det.

For en 9 år gammel dreng, med generelt meget korte tidsplaner, var det også relevant at han fik stor hjælp til at varetage en kompleks og til dels krævende behandling.

Som drengen vokser, falder der ro på behandlingen, den bliver en del af hverdagen, og en vis grad af både individualisering, men også sjusk, må forventes at ske. Det er vigtigt at behandlingen her justeres, så tidligere gode vaner ikke erstattes af dårlige, samt at biologiske ændringer i hans sygdom og krop behandlingsjusteres.

Stille og roligt bør drengen re-introduceres til sygdommen og behandlingen, i det niveau han som individ kan overskue og varetage det. Selv om han er ung, kan han fra "tween -alderen" have gavn af individuelle samtaler i ambulatoriet, uden forældre. Blot korte dele af de vanlige ambulante besøg, for at besvare hans personlige spørgsmål og samtidig stimulere den selvstændighed han stille og roligt skal opbygge i behandlingen. Samtidig skal hans behandling som ung teenager dog fortsat støttes af voksne, da han fortsat kun kan forventes at have evnen til at planlægge i uger evt. måneder og hans evne til at vurdere langtidskonsekvenser forventeligt er ganske begrænset.

Usårligheden vil indfinde sig når teenageårene tager fat, men faktum er at han fortsat har en kronisk og potentielt både akut livstruende og potentielt langsigtet meget skadelig sygdom. For en teenager, med naturlig oprørstrang, kan daglige blodsukker målinger og "eksamens-HbA1c" målinger, virke kontrollerende og være en naturlig modstander i hverdagen. Og samtidig kommer alle konsekvenser af en dysreguleret DM ikke prompte, men kan komme snigende og derved kan den stramme blodsukkerkontrol i en sukkersyge, fejltolkes som ubetydelig. Det er vigtigt at de ambulante besøg opfattes som opfølgende samtaler og ikke kontrolbesøg. Samt at blodsuktermålingerne opfattes som målinger, der giver mulighed for justeringer og ikke målinger der kan vurderes som dårlige eller forkerte. Man må samtidig se drengens i hans sociale og kulturelle kontekst. Familiesituationen i denne case udvikler sig, ved at hans store søskende flytter hjemmefra og hans mor begynder på arbejdsmarkedet. Kravet om ansvar og selvstændighed kommer måske hurtigere end forventet, i hvert fald hurtigere end drengen forventer og ønsker det og måske hurtigere end hvad drengen reelt kan efterkomme. Han kommer fra en multikulturel baggrund, hvilket kan give identitetsudfordringer i forbindelse med at han udvikler sin egen identitet igennem teenageårene. Både at kæmpe med egen identitet, samtidig med at han kæmper med en kronisk sygdom, som han har svært ved at kontrollerer kan give udfordringer. Det kan endvidere være vanskeligt for hans behandlere i hospitalsvæsenet at forstå og sætte sig ind i hans specifikke situation, da behandlerne kan komme fra en meget anderledes baggrund. Drengens og familiens måde at håndtere ting på må anerkendes og nødvendige justeringer må ske med respekt for familien og deres baggrund.

Konklusion:

I alle sygdomsforløb, men særligt de kroniske og komplekse, er det vigtigt at se den enkelte patient ud fra den bio-psyko-sociale model. Såvel behandling, information og den videre opfølgning, må justeres ud fra det enkelte individ, hvilket inkludere den specifikke sygdom og eventuelle baggrundslidelser, barnets alder, udviklingsniveau og sociale evner, samt barnets familie og den sociale og kulturelle baggrund de har.

Målet er en den optimale behandling ud fra alle tre faktorer og den kan kun opnås, hvis hele patienten anskues og behandling og opfølgning individualiseres ud fra den bio-psyko-sociale model.

Den beskrevne patient er et udmærket eksempel på hvordan man kan analysere forløbet ud fra den bio-psyko-sociale model både indledningsvis og senere, samt hvordan man måske kunne optimere behandlingen og sygdomsforløbet ved løbende at anskue forløbet ud fra den bio-psyko-sociale model.

læge XXX
November 2019

