



Titel:	Samtalen med den unge patient
Forfattergruppe:	Lambang Arianto, Kirsten Boisen , Susanne Munck Klansø, Jannet Svensson, Grete Teilmann
Fagligt ansvarlige DPS-udvalg:	Ungdomsmedicinsk udvalg

Samtalen med den unge patient

Indholdsfortegnelse

Resumé	1
Baggrund	1
HEADS - den psykosociale anamnese	2
At ændre adfærd	4
Referencer	4
Interessekonflikter	4
Appendiks	5

Resumé

Formålet med vejledningen er at forbedre kommunikation med den unge patient. Vejledningen introducerer en struktureret og udviklingstilpasset ungdomsanamnese via HEADS-modellen både til ambulante forløb samt under indlæggelse.

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 og tavshedspligt
- en struktureret tilgang til den psykosociale anamnese vha. HEADS-modellen
 - herunder opsporing af den unge patients ressourcer og eventuel risikabel adfærd
- ideer til en løsningsfokuseret tilgang til adfærdsændring

Baggrund

Unges udvikling og kommunikation

Ungdomsårene er præget af identitetsdannelse og udvikling, og 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 den unge patient.

Bilag 1 viser unges biologiske, psykologiske og sociale udvikling skematiseret (1).

Selvstændige samtaler med sundhedsprofessionelle

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).

Rationalet for at tilbyde unge selvstændige samtaler er bl.a., at det er:

- en træning for unge i at møde læger og sygeplejersker alene (autonomitræning)

- en vigtig del i overgangen fra barn til voksen og fra pædiatrisk til voksenorienteret system (transition)
- en mulighed for den unge for at formulere egne spørgsmål og diskutere egne eventuelle bekymringer
- essentielt for at diskutere livsstil, opspore mistrivsel og give den unge mulighed for at afsløre eventuelle overgreb (3).

Hvordan i praksis

Det kan være en god ide at starte med at forklare både den unge og forældrene rationale for selvstændige samtaler. En model er at starte med familien samlet og derefter invitere til alene-tid med den unge efter at have hørt forældrenes eventuelle bekymringer og anamnese. For at sikre samarbejde med familien og støtte den unge i at huske eventuelle aftaler afsluttes med familien samlet. Det kan være en fordel, at lade den unge referere samtalen, eller aftale hvad fra samtalen, der deles med forældrene.

En alternativ model er, at starte konsultationen med den unge alene og afslutte samtalen med familien samlet som ovenfor.

Fortrolighed/tavshedspligt

Ifølge den danske lovgivning skal forældre som udgangspunkt informeres om deres børns helbred og behandling. Dette gælder ikke behandling relateret til seksuallivet og emner, hvor videregivelse kan give anledning til alvorlige konflikter (bilag 2). Der kan være udfordringer i forhold til at sikre den unges ret til privatliv (jf. FN's Børnekonvention artikel 16) og samtidigt støtte forældrenes omsorgspligt (Forældreansvarsloven § 2).

Den unges sikkerhed og helbred kommer altid i første række, jf. den skærpede underretningspligt (sociallovgivningens § 153). Samtidig er det vigtigt at huske, at forældrene som hovedregel er den unges vigtigste ressourcepersoner, og de fleste unge vil gerne have hjælp til at tale med forældrene eller en anden signifikant voksen om svære eller følsomme emner.

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 (4). Region Hovedstaden har udgivet informationsmateriale målrettet unge (www.regionh.dk/ungepatientrettigheder).

En formulering kan være: "Du har ret til privatliv. Loven siger dog, at læger og sygeplejersker ikke har 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 hvis du er udsat for skadelige ting, 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.

HEADS - Den psykosociale anamnese

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

HEADS modellen (bilag 3) kan anvendes til den rutinemæssige anamnese og screening for væsentlige psykosociale belastninger og ressourcer på diagnosetidspunktet, i løbet af behandlingsforløbet, samt ved ambulante kontroller (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.

Unge ændrer vaner i takt med deres udvikling, og det er derfor vigtigt at bruge HEADS rutinemæssigt. Derudover opnår man en rutine i at bruge spørgsmålene, interviewet bliver hurtigere, og man bliver mere lydhør over for uventede svar (3).

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 (fx paracetamol eller alkohol), ved selvskade, ulykker, eller brug af illegale stoffer.

Eksperimenterende adfærd er en del af den unges udvikling og kan opfattes som målrettet og formålstjenlig af den unge (6,7). Kronisk sygdom kan fejlagtigt opfattes som en beskyttende faktor i forhold til eksperimenterende adfærd, men unge med kronisk sygdom er som hovedregel lige så - eller i højere grad - tilbøjelige til eksperimenterede adfærd, herunder at drikke alkohol, ryge cigaretter og cannabis sammenlignet med raske jævnaldrene (8,9).

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?'

Samtale om seksualitet/intimitet bør være kønsneutral. Mange unge eksperimenterer med deres seksuelle præferencer eller er i tvivl. 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.

Det er vigtigt:

- at HEADS interviewet foregår uden forældrenes tilstedeværelse
- at informere om tavshedspligt (se bilag 2)
- 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 (se bilag 1)
- 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

At ændre adfærd

Man kan lade sig inspirere af metoder som den motiverende samtale, løsningsfokuseret korttidsterapi og anerkendende tilgang til at fremme forandring i unges liv (10, 11). Metoderne hjælper sundhedsprofessionelle fra rollen som ekspert til samtalepartner, der lytter aktivt og opmuntrende og respekterer den unges synspunkter, erfaringer og ønsker. Unge med langvarige lidelser kæmper ofte med svære valg relateret til egenomsorg og kan have brug for afklarende samtaler. White og Viner har anbefalet fem tips til en klinisk hverdag (3):

1) "Problemfri tale"

Ved at bruge et par minutter af konsultationen på at tale om andet end det medicinske problem (fx via HEADS) kan man få viden om evner og ressourcer, som den unge kan bruge til at håndtere sygdom, behandling eller adfærdsændring. Ved at kende den unges mål og interesser kan man ofte finde stærke motivatorer til at forbedre helbredet eller ændre adfærd.

2) 'Hvad vil du gerne have ud af dagens samtale/konsultation?'

Ved at spørge til, hvad den unge ønsker at få ud af konsultationen, og om han/hun har særlige bekymringer eller spørgsmål, kan man fokusere på den enkelte unges behov. På den måde kan tiden ofte bruges bedre og mere relevant for den unge.

3) Fokus på undtagelserne

HEADS kan hjælpe til at se den unges ressourcer og ikke kun problemer. Der er som hovedregel tidspunkter, hvor den unge har klaret udfordringer eller positive ændringer. Afsøg hvordan han/hun gjorde det – hvilke evner og ressourcer, der gjorde det muligt.

4) Motivation: afsøg vigtighed, tiltro til egne evner og prioritet

Det kan være svært at forstå manglende egenomsorg blandt unge med kronisk sygdom. Man kan få en bedre forståelse for den unges 'motivation' for evt. adfærdsændring ved at den unge graduerer vigtighed, tro på egne evner og prioritet. Dermed bliver det nemmere at vurdere, hvor fokus i samtalerne skal være. Spørgsmålene kan konkret være: 'på en skala fra 0-10, hvor vigtigt er det for dig?', 'på en skala fra 0-10, i hvor høj grad tror du, at du kan klare det?' og 'hvad vil du konkret gøre – og hvornår?'

5) Ekspertviden og gode råd

Det er en fordel at bruge en ikke-truende og ikke-fordømmende stil til at dele viden og gode råd. I stedet for at fortælle den unge patient, hvad hun/han skal gøre, kan man spørge, om den unge vil høre hvad videnskaben/retningslinjer anbefaler. Hvis dette er tilfældet, bliver den sundhedsprofessionelle en budbringer af information snarere end af holdninger. Ved efterfølgende at spørge den unge, hvad han/hun tænker om denne information, er der mulighed for at få en åben dialog og diskussion om strategi.

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. White B, Viner RM. Improving communication with adolescents. *Arch Dis Child Educ Pract Ed* 2012;97:93–7.

4. Department of Health. You're welcome: quality criteria for young people friendly health services 2011. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_126813
5. Goldenring JM, Rosen DS. Getting into adolescent heads: An essential update. *Contemp Pediatr.* 2004;21:64.
6. Kennedy A, Sloman F, Douglass JA, Sawyer SM. Young people with chronic illness: the approach to transition. *Intern Med J* 2007;37:555–60.
7. Teilmann G, Boisen KA. Unge patienter kræver særlig opmærksomhed. *Ugeskr Læg.* 2012;175:1942–5.
8. Suris JC, Michaud PA, Akre C, Sawyer SM. Health risk behaviors in adolescents with chronic conditions. *Pediatrics* 2008;122:e1113–8.
9. Hublet A, De BD, Boyce W, Godeau E, Schmid H, Vereecken C, et al. Smoking in young people with asthma. *J Public Health* 2007;29:343–9.
10. Rollnick S, Miller W, Butler C; *Motivationssamtalen i sundhedssektoren.* Hans Reitzels Forlag; 2009.
11. <http://www.socialstyrelsen.dk/unges-misbrug/hjaelp-til-sarbare-unge/vaerktoj-stotte-til-forandring/stotte-til-den-unges-forandring>

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, hvalpefedt	Piger: menarche, kvindelige former, slut på pubertet og vækstspurt Drenge: spermarche, stemmeovergang, vækstspurt	Drenge: slut på pubertet, fortsat vækst i muskelmasse og kropsbehåring Begge køn: fortsat hjerneudvikling
Psykologisk	Fortrinsvis konkret tænkning Tester argumenter Revurdering af kropsofattelse Begyndende seksuel orientering Ultrakorte tidsplaner (dage)	Begyndende abstrakt tænkning Usårlighedsfølelse Seksuel orientering og eksperimentering Voksene 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 Potentiel eller reel økonomisk selvstændighed

2.

Tavshedspligt

Tavshedspligt er omtalt i Sundhedslovens § 40: "En patient har krav på, at sundhedspersoner iagttager tavshed om, hvad de under udøvelsen af deres erhverv erfarer eller får formodning om angående helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger"

I Sundhedsstyrelsens vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt - dialog og samarbejde med patienters pårørende, nr. 9494 af 04/07/2002 står der:

"Hvis der er tale om at videregive oplysninger om et barn eller en ung under 18 år, gælder der ikke tavshedspligt over for forældrene (forældremyndighedens indehaver). Som udgangspunkt skal forældrene aktivt informeres om deres børns forhold. Den 15 – 17 årige kan dog selv give samtykke til behandling. Tavshedspligt over for forældrene kan imidlertid være nødvendig, hvis der er afgørende hensyn til barnet og dets forhold til forældrene f.eks. i tilfælde af lægelig behandling af barnet eller den unge i relation til sexuallivet, eller hvis en videregivelse kan give anledning til alvorlige konflikter. Oplysning om, at barnet eller den unge er i live eller opholdsstedet skal altid videregives til forældrene."

3.

Forslag til spørgsmål efter HEADS-modellen:

Tag udgangspunkt i det, den unge vil tale om

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 i forhold til skole/uddannelse/arbejde? Ved dine skolekammerater, at du er syg – og hvad ved de?

Eating: spisevaner og kropsoptagelse - 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 er bekymrede over, hvor meget du 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 tænkt på at skade dig selv? Har du gjort noget for at skade dig selv? Har du tænkt på døden, fx at du ønskede at dø? Har du planer om at tage livet af dig selv? Hvad har du konkret tænkt på?