

SELVSKADE BLANDT UNGE MED KRONISK SYGDOM

Af P. Frederiksen¹ & K.A. Boisen²

Denne artikel vil gennemgå den eksisterende viden om selvskaede blandt unge med kronisk sygdom.

Omkring 10 % af unge lider af en kronisk somatisk sygdom. Den seneste forskning viser, at kronisk syge unge er mere selvskaedende end raske unge. For unge med koeksisterende somatisk og psykisk sygdom er forekomsten af selvskaede markant forhøjet. Dertil kommer, at somatisk syge unge også kan være indirekte selvskaedende ved f.eks. ikke at følge deres behandling, leve risikabelt eller have adfærd, der direkte modarbejder deres behandling.

Artiklen vil desuden sætte fokus på, hvordan unge med koeksisterende somatisk og psykisk sygdom befinder sig i krydsfeltet mellem sundhedsvæsnets primære delinger barn-voksen og somatik-psykiatri, samt hvordan selvskaede bør ansues i et bredere perspektiv i forhold til unge med kronisk sygdom.

1 Kronisk syg, men først og fremmest ung

Unge er nogle dovne, innovative, problemfyldte, ressourcefyldte og uopdragne aktører i en talentkamp. Ungdommen er gennem tiden blevet knyttet til disse og et væld af andre adjektiver (Mørch, 2010). "Syg" er derimod ikke et ord, man forbinder med "ung". Unge betragtes generelt som raske, men over 10 % af unge lever med en kronisk sygdom (Suris, Michaud, Akre, & Sawyer, 2008).

Kronisk sygdom defineres af Sundhedsstyrelsen som "sygdom, der har et langvarigt forløb eller er konstant tilbagevendende (Sundhedsstyrelsen, 2012, p. 5.). Astma, diabetes, gigt, cystisk fibrose, epilepsi og medfødte sygdomme, f.eks. hjertefejl, er alle eksempler på kroniske sygdomme, der er at finde blandt unge. Den brede definition af kronisk sygdom dækker også over psykisk sygdom, men i denne artikel henviser kronisk sygdom til kronisk somatisk sygdom. Forbedret medicinsk behandling af alvorlige og medfødte sygdomme samt bekæmpelse af smitsomme sygdomme er en del af forkla-

1 Per Frederiksen, psykolog, Ungdomsmedicinsk Videnscenter, Rigshospitalet.

2 Kirsten A. Boisen, afdelingslæge, ph.d., Ungdomsmedicinsk Videnscenter, Rigshospitalet.

ringen på stigningen i antallet af unge med kronisk sygdom (Patton et al., 2016; Suris et al., 2008).

Mange unge med kroniske sygdomme føler sig usynlige både i sundheds-væsnet og i samfundet.

Der er ingen "kasse" i det offentlige, der hedder ung og syg. Hvis vi ligesom fandtes som "kasse", sådan så det ikke var et tabu, at unge også kan blive syge, så skulle man ikke starte fra Adam og Eva hver gang. Det er, som om man ikke findes. Vi er usynlige (kronisk syg ung, medlem af Ungepanel.dk, 30. april 2016).

Årsagen til dette skal delvist findes inden for hospitalets vægge (Taylor, Gibson, & Franck, 2008). Enhver patient vil på et hospital blive sendt til en specialiseret afdeling. Lungepatienter indlægges på lungeafdelingen, hjerte-patienter på hjerteafdelingen, og kræftpatienter på kræftafdelingen. Fælles for de specialiserede afdelinger som lunge- og hjerteafdeling er, at her primært er ældre patienter. Vores kroppe slides med alderen, og således øges sandsynligheden for at udvikle sygdomme. Børneafdelingen er derimod unik, da man her arbejder med en specifik aldersgruppe på tværs af diagnoser. Fælles for afdelingen er, at den henvender sig til børn og familier, at afdelingen er indrettet herefter, og at pleje og behandling er børnevenlig og familiecentreret.

Når en ung patient kommer ind på hospitalet, oplever mange at "falde ned mellem to stole". Nogle bliver sendt på børneafdeling, hvor væggene er pyn-tet med Peter Plys, og legerummet er – ja, et legerum. Andre bliver sendt på de specialiserede voksenafdelinger, hvor et hvidt gardin markerer ens halv-del af sengestuen og udgør "beskyttelsen" af ens privatliv. Hvor end man havner som ung patient, så havner man sandsynligvis ved siden af en patient, der enten er meget yngre eller meget ældre end en selv. En undersøgelse fra Rigshospitalet fandt, at for unge på børneafdelingen var medpatienten i gennemsnit ni år yngre. På voksenafdelingerne var medpatienten i gennemsnit 33 år ældre (Teilmann et al., 2012). I modsætning til flere andre lande findes der i Danmark ikke ungeafdelinger (Boisen, Thomsen, Matthiesen, Hjer-ming, & Hertz, 2015; Payne et al., 2012; Stark et al., 2016; Towns, Sawyer, Stephens, Clarke, & Bennett, 2007). Det er egentlig mærkeligt, for unge og ungdom er noget helt særligt.

Ungdommen er en tid præget af enestående udvikling – både biologisk, psykologisk og socialt. På det biologiske plan er der for begge køn en hor-monel udvikling, der sætter sit tydelige fysiske præg på kroppen. Neurofy-siologisk forskning har vist, at hjernen ikke er færdigudviklet ved puberte-tens afslutning, og at især områderne omkring præfrontale cortex, som er styrende for eksekutive funktioner (planlægning, opmærksomhed, impuls-kontrol og arbejdshukommelse), er under stadig udvikling med produktion af synapser, *pruning* og myelinisering frem til midten af 20'erne (Patton et

Mulige biologiske effekter	Mulige psykologiske effekter	Mulige sociale effekter
Forsinket vækst og pubertet Nedsat knoglemasseopbygning Fysiske begrænsninger	Infantilisering Større afhængighed af forældre Lavt selvværd, føler sig ikke (seksuelt) attraktiv	Nedsat selvstændighed, f.eks. økonomisk Social isolation og ensomhed Højere grad af antisocial adfærd

Tabel 1. Mulige effekter af kronisk somatisk sygdom på unges biologiske, psykologiske og sociale udvikling (Teilmann & Boisen, 2013).

al., 2016). På det psykologiske plan går man kognitivt fra konkret tænkning og korte tidsplaner til kompleks, abstrakt tænkning og langtidspanlægning (Teilmann & Boisen, 2013). På det sociale plan udvikles man igennem ungdommen fra begyndende følelsesmæssig adskillelse fra forældre til social autonomi og selvstændighed samt udvikling af intime forhold (Patton et al., 2016). Unge med kronisk sygdom skal igennem den samme udvikling som raske unge, men sygdom kan forstyrre udviklingen igennem ungdommen (tabel 1).

Den biologiske udvikling kan bl.a. blive forstyrret ved, at vækst og pubertet forsinkes eller svækkes. Ved den psykologiske og sociale udvikling kan sygdom bl.a. medføre øget social isolation, senere debut af intime forhold samt udsætte løsrivelsen fra forældrene (Suris, Michaud, & Viner, 2004).

I en systematisk gennemgang af artikler, der har undersøgt unges oplevelse af at leve med kronisk sygdom, fandt Taylor, Gibson og Franck (2008), at det vigtigste for kronisk syge unge er at udvikle og fastholde venskaber. Kronisk syge unge fandt livet bedst i selskab og i aktivitet med venner. Dette blev udfordret af deres sygdom, behandling og tiden brugt på hospital. Det andet mest rapporterede aspekt ved at være ung og leve med kronisk sygdom var behovet for at være "normal" og "komme videre med ens liv". Behandlingen kan blive et symbol på, at man er anderledes, hvorfor forholdet til behandlingen kan blive anstrengt. Dertil kommer, at både behandlingen og sygdommen er tids- og energikrævende, hvilket gør det vanskeligt at følge med både fysisk, psykisk og socialt sammenlignet med andre raske unge. I en dansk undersøgelse af unge med børneleddegigt balancerede de unge mellem sygdom og ungdom ved at "gøre" sygdom hjemme og ungdom ude. De unge, der "gjorde" sygdom ude blandt venner, f.eks. ved at italesætte smerter eller afstå fra at drikke alkohol, oplevede udfordringer omkring accept fra omgivelserne (Hanghøj, Boisen, Schmiegelow, & Hølge-Hazelton, 2016).

Kronisk og alvorligt syge unge står over for de samme udfordringer i ungdommen som raske unge, men disse udfordringer kan blive yderligere kompliceret af behandling og sygdom (Taylor et al., 2008). Med afsæt i PubMed og PsycINFO vil vi i denne statusartikel beskrive den eksisterende viden om selvskade blandt unge med kronisk sygdom samt perspektivere denne viden.

Selvskade og somatisk sygdom

Psyriske sygdomme, såsom depression og angst, er velkendte risikofaktorer i forhold til selvskade (Singhal, Ross, Seminog, Hawton, & Goldacre, 2014). Sammenhængen mellem somatiske sygdomme og selvskade er derimod langt mindre kendt. I et forsøg på at belyse dette undersøgte Singhal et al. (2014) datasæt fra Englands hospitaler (English Hospital Episode Statistics) samt Englands dødsårsagsregister. De undersøgte fire aldersgrupper: 10-24-årige (unge), 25-44-årige, 45-64-årige og ≥ 65 -årige. Som forventet fandt de en tydelig sammenhæng mellem psykisk sygdom og selvskade. De fandt dog også en signifikant øget risiko for selvskade ved kroniske sygdomme som epilepsi, astma, migræne, psoriasis og diabetes (rate ratio 1.5-1.9, samlet $n = 13.350$) (Singhal et al., 2014).

I 10 af de 11 undersøgte fysiske sygdomme havde de unge tilsvarende eller øget risiko for selvskade sammenlignet med baggrundsbefolkningen. Om end risikoen for selvskade blandt fysisk syge unge var betydelig mindre end risikoen for selvskade blandt psykisk syge unge, så var der alligevel tale om en risiko, der i nogle tilfælde var næsten fordoblet sammenlignet med raske jævnaldrende. De undersøgte også risikoen for selvmord³ blandt kronisk syge. Også her fandt de en øget risiko bl.a. hos unge med epilepsi og astma. En dansk undersøgelse fandt, at astma, diabetes og epilepsi øgede risikoen for selvmordsforsøg blandt unge (10-24 år) (Christiansen & Stenager, 2012). De fandt endvidere en øget risiko for selvmordsforsøg blandt unge kræft-ramte. Undersøgelsen så også på patienternes øvrige forhold, såsom socio-økonomiske status, psykiatriske historik og fortilfælde med selvmordsforsøg. På denne baggrund konkluderede undersøgelsen, at man bør have særligt fokus på socialt udsatte patienter, da der var en øget risiko blandt patienter med lav socioøkonomisk status.

En undersøgelse fra Minnesota så på risikoen for selvmord og selvskade blandt børn og unge med kroniske helbredsproblemer samt unge med koeksisterende fysisk og psykisk sygdom (Barnes, Eisenberg, & Resnick, 2010). De fandt, at somatisk kronisk syge unge havde en signifikant øget risiko for selvskade sammenlignet med raske jævnaldrende (odds ratio [OR] 1.21 [99 % CI: 1.12 – 1.30]). Ligeledes var risikoen for selvmordstanker (OR 1.22 [99 % CI: 1.14 – 1.31]) og selvmordsforsøg (OR 1.24 [99 % CI: 1.09 – 1.40]) signifikant forhøjet. I tilfælde, hvor den unge havde koeksisterende fysisk og psykisk sygdom, var der høj risiko for selvskade (OR 2.54 [99 % CI: 2.28 – 2.82]) såvel som selvmordstanker (OR 2.54 [99 % CI: 2.27 – 2.84]) og selvmordsforsøg (OR 3.48 [99 % CI: 3.07 – 3.94]). Samlet havde 52 % af unge med en kombination af fysisk og psykisk sygdom været selv-

3 Selvmord (og selvmordsforsøg) er ikke selvskade per se, men det er fænomener, som er medtaget i de fremhævede undersøgelser, hvorfor de her står i sammenhæng med selvskade.

skadende. Dette gjaldt uafhængigt af øvrige socioøkonomiske og etnografiske faktorer (ibid.).

Da psykisk sygdom øger risikoen for selvskade, er det nærliggende at se på, hvorvidt somatisk syge unge har en øget sandsynlighed for at have eller udvikle psykisk sygdom. Et nyligt svensk studie har undersøgt risikoen for psykiske sygdomme blandt børn og unge med type 1-diabetes (Butwicka, Frisen, Almqvist, Zethelius, & Lichtenstein, 2016). I undersøgelsen indgik børn og unge med type 1-diabetes ($n = 17.122$) og deres raske søskende ($n = 18.847$). Risikoen for psykisk sygdom hos børn og unge med type 1-diabetes seks måneder efter sygdoms-debut var tredoblet sammenlignet med den generelle population (hazard ratio [HR] 3.00 [95 % CI 2.7 – 3.4]). Op til fire år efter diagnosen var risikoen det dobbelte (HR 2.1 [95 % CI 2.0 – 2.2]). For deres raske søskende var der næsten ingen forskel sammenlignet med den generelle population (HR 1.1 [95 % CI 1.0 – 1.1]). Så man på, hvilke psykiske sygdomme der var særlig hyppige for børn og unge med type 1-diabetes, var det særligt depression, angst og spiseforstyrrelser, der trådte frem (ibid.). Psykiske sygdomme, der alle øger risikoen for selvmord og selvskade (Singhal et al., 2014).

Et internationalt studie så på prævalensen af depression og angst blandt patienter med cystisk fibrose. De fandt symptomer på depression hos 10 % af de unge patienter afhængigt af screeningsinstrument (5-19%) og symptomer på angst hos 22 % af de unge med cystisk fibrose. Forekomsten af symptomer på angst og depression blandt patienter med cystisk fibrose var overordnet set to-tre gange forhøjet sammenlignet med baggrundsbefolkningen (Quittner et al., 2014).

Andre former for selvskade ved somatisk sygdom

Den selvskade, der indtil nu har været beskrevet, kan betegnes som direkte selvskade. Er man ung og syg, er der dog rig mulighed for at have en adfærd, der er til fare for ens helbred, uden direkte selvskadende adfærd. En sådan adfærd kan i nogle tilfælde betegnes som indirekte selvskade. Indirekte selvskade dækker over: “[...] adfærd, der øger risikoen for udvikling af fysisk skade” (Møhl, 2015, p. 28).

Ved kronisk syge unge leder dette opmærksomheden hen på adhærens. Adhærens defineres af WHO som: “I hvilken grad en patient tager en ordineret medicin i henhold til tidsplanen som aftalt med sundhedsudbyder” (Tottenborg, Topp, Ingebrigtsen, & Lange, 2014). At være i behandling for en kronisk sygdom indebærer oftest, at man foruden at skulle møde op til ambulant kontrol eller undersøgelse på hospitalet også efterlever behandlingsanbefalinger i dagligdagen. Ofte er der tale om medicinindtagelse, men tit inkluderer anbefalingerne også vejledning om kost, fysisk aktivitet eller be-

grænsninger i forhold til rusmidler. Blandt kronisk syge er unge og unge voksne den patientgruppe der har den laveste adhærens (DiMatteo, 2004).

I et systematisk review af unges barrierer i forhold til adhærens var de hyppigste begrundelser fysisk helbred inklusiv bivirkninger samt glemsomhed, som også er de barrierer, der oftest bliver rapporteret blandt voksne. Unikke barrierer for unge var “relationer (til forældre, venner, sundhedspersonale)” og “ungdomsudvikling (stræben mod at være normal samt frihed vs. kontrol)” (Hanghøj & Boisen, 2014).

For nogle alvorligt syge unge kan utilstrækkelig adhærens være livstruende på kort sigt, f.eks. i forbindelse med organtransplantation. Da kronisk syge unge potentielt har et langt liv foran sig, er det også på lang sigt særlig alvorligt, at netop unge er den patientgruppe med lavest adhærens. Det er endnu uklart, hvilken rolle indirekte selvskade har i forhold til lav adhærens både alene og i kombination med øvrige barrierer, men alvorlighedsgraden alene gør, at det er en problemstilling, der er værd at undersøge.

Risikoadfærd blandt kronisk syge unge kan i nogle tilfælde også ses som indirekte selvskade. Historisk set har der været en tendens til at anse kronisk sygdom som en beskyttende faktor i forhold til risikabel adfærd (Santos, Ferreira, Simoes, Machado, & de Matos, 2014). En schweizisk spørgeskemaundersøgelse så på sammenhængen mellem kronisk sygdom og risikoadfærd blandt unge i alderen 16-20 år. De fandt, at unge med kronisk sygdom havde forhøjet risiko for risikabel adfærd, herunder rygning, vold og antisocial adfærd, samt fordoblet risiko for at have fire eller flere samtidige former for risikabel adfærd (OR 2.00 [95 % CI 1.59 – 2.52]) sammenlignet med deres raske jævnaldrende (Suris et al., 2008). Santos et al. (2014) undersøgte sammenhængen mellem kronisk sygdom, skolegang og risikabel adfærd blandt unge portugisere. De fandt, at unge med kroniske sygdomme havde lige så risikobetonet en adfærd som deres ikke-syge jævnaldrende. For kronisk syge unge, der følte, at sygdommen påvirkede deres skolegang, fandt de, at dette øgede risikoen for risikabel adfærd.

Som en del af den internationale skolebørnsundersøgelse HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) har man undersøgt rygning blandt unge med og uden astma. Prævalensen af daglig rygning blandt ikke-astmatikere var 17,9 % sammenlignet med 20,5 % hos unge med astma. Der var en signifikant forhøjet risiko for daglig rygning blandt unge med astma (OR 1.26 [95 % CI 1.08 – 1.47]). Unge med astma rapporterede også hyppigere beruselse end deres raske jævnaldrende og samme forbrug af cannabis. Herudover rapporterede unge med astma lavere tilfredshed med livet end ikke-astmatikere (Hublet et al., 2007).

Samlet set konkluderer undersøgelserne, at kronisk sygdom ikke er en beskyttende faktor mod risikabel adfærd på trods af øget kontakt til sundhedsvæsenet.

Oven i dette kan der være endnu en form for selvskade blandt kronisk og alvorligt syge unge; selvskade by proxy. Selvskade by proxy er et mindre

kendt begreb i litteraturen, også når det gælder unge med kronisk sygdom. Bo Møhl har defineret selvskade by proxy som:

[...] at den selvskadende person har fået påført sig skade gennem en anden persons medvirken. Den selvskadende person får derved aktivt en anden person til at påføre sig selv en skade (Møhl, 2015, p. 37).

Også her udgør gruppen af unge med kronisk sygdom en potentielt særlig sårbar gruppe, hvor sundhedsprofessionelle kan være et "instrument" for selvskade. Utilstrækkelig egenomsorg og adhærens kan f.eks. medføre yderligere smertefulde tiltag som injektionsbehandling eller indlæggelse.

Dertil skal det nævnes, at kronisk og alvorlig somatisk sygdom ofte er forbundet med smerte. Da somatisk syge unge ikke er mindre selvskadende end raske unge, udfordrer dette en simpel kausalitetsforklaring om, at fysisk smerte som funktion lindrer psykisk smerte (Klonsky, 2007). Hvis vi forenkler selvskade til at være fysisk smerte, der lindrer psykisk smerte, så gør vi de patienter, der ofte har fysisk smerte, en bjørnetjeneste, da deres smerte derved utilsigtet vil kunne forstås som værende beskyttende for selvskade, om end denne smerte ikke er selvpåført. Når vi ønsker at beskrive selvskade, har vi derfor et ansvar for ikke at forenkler selvskade til en simpel forflytning af smerte. Dette er særlig vigtigt at være opmærksom på i samtale med kronisk syge unge, men det er også væsentligt i den almene forståelse og italesættelse af selvskade. Selvskade er et komplekst fænomen, og i arbejdet med kronisk og alvorligt syge unge vil det være formålstjenligt at medtage dets divergerende skikkelser for at kunne belyse fænomenet yderligere.

I orkanens øje

I forbindelse med denne artikel har det kun været muligt at finde frem til enkelte undersøgelser, der har set på direkte selvskade blandt kronisk syge unge. Forekomsten af indirekte selvskade og selvskade by proxy blandt kronisk syge unge er slet ikke undersøgt systematisk.

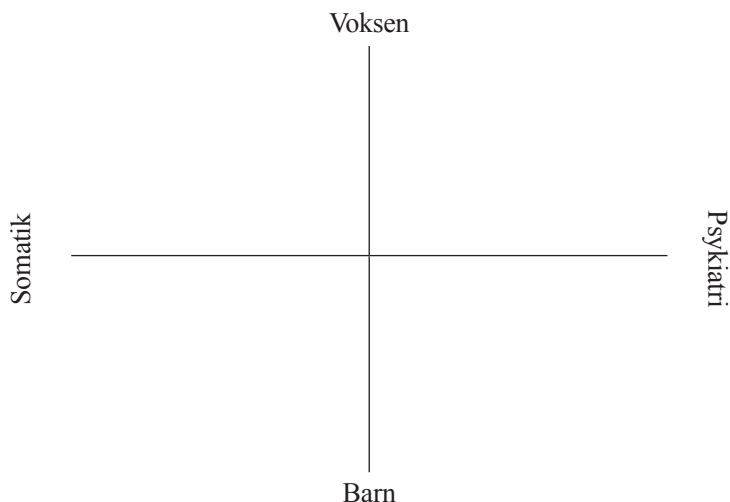
En del af forklaringen på, hvorfor selvskade blandt kronisk syge unge ikke er mere belyst, kan være, at de befinder sig "i orkanens øje". De er omgivet af sundhedsprofessionelle, og de bliver fulgt og monitoreret. Men det er som hovedregel sygdommen og ikke psyken og ungdomslivet, der er i fokus.

Selvskade er et fænomen, som det kan være særlig vanskeligt at opdage blandt kronisk syge unge. Det er f.eks. vanskeligt at afgøre, om risikabel adfærd og utilstrækkelig adhærens skyldes utilstrækkelige eksekutivfunktioner, barrierer knyttet til ungdomslivet, kamikaze-coping eller indirekte selvskade. Kronisk syge unge skal passe deres behandling samtidig med at leve et almindeligt ungdomsliv, og de stræber – ligesom raske unge – mod at være "normale", hvilket bl.a. indbefatter at være sammen med vennerne og

leve “ungdomslivet” (Hanghoj & Boisen, 2014). At skulle tage sin daglige medicin, et hvil eller ikke kunne deltage i det almindelige ungdomsliv inklusiv fester kan være en uønsket påmindelse om, at man er syg (Taylor et al., 2008).

Samlet set er der flere faktorer, der peger på, at kronisk og alvorligt syge unge potentielt har øget risiko for indirekte selvskade. At det er særlig vanskeligt at afgøre, hvorvidt adfærd som manglende adhærens er indirekte selvskade eller f.eks. dårlig planlægning, gør det kun yderligere relevant at få undersøgt distinktionerne. Kronisk og alvorligt syge unge udgør en gruppe, for hvem indirekte selvskade virker særligt tilgængelig. Tilgængelighed kan være en væsentlig faktor, hvilket er illustreret i forbindelse med redueringen af pakkestørrelse på smertestillende tabletter. 11 år efter indførelse af restriktioner på pakkestørrelsen faldt selvmord og død ved ubestemt intention⁴ med smertestillende tabletter med 43 % i Storbritannien (Hawton et al., 2013).

Ser man på sundhedsvæsnets grundstruktur, er kronisk syge unge med samtidig psykisk sygdom placeret i et dobbelt delingsfelt. Sundhedsvæsnets grundstruktur baserer sig på to primære delinger. For det første er det opdelt mellem somatik og psykiatri. For det andet er det opdelt mellem barn og voksen. I forhold til selvskade er unge den aldersgruppe, der har den største risiko (Singhal et al., 2014). Blandt unge er unge med koeksisterende psykisk og somatisk sygdom i størst risiko for selvskade (Barnes et al., 2010).



Figur 1. Sundhedsvæsnets grundstruktur.

4 I England og Wales har det været kutyme at antage at dødelige skader og forgiftninger af ubestemt intention var sager, hvor skaden var selvpåført, men det kunne ikke bevises, at der var tale om intentionelt selvmord (Hawton et al., 2013).

Den måske mest udsatte gruppe i forhold til selvskade er således at finde i krydsfeltet mellem sundhedsvæsnet primære delinger. Dette kryds markerer et "orkanens øje", hvor kronisk syge unge står, imens sundhedsvæsnet hvirvler omkring dem.

En undersøgelse fra Kræftens Bekæmpelse har vist, at kun hver femte ung patient med kræft oplevede, at en fagperson på sygehuset vurderede behovet for at håndtere angst, tristhed eller bekymringer (n = 783). 75 % af de unge patienter med kræft svarede, at de havde et behov for hjælp i forhold til at håndtere angst, tristhed eller bekymringer under behandling (n = 787). Af disse svarede 72 %, at de kun i mindre grad eller slet ikke fik hjælp under behandlingen (n = 589) (Kræftens Bekæmpelse, 2015).

I klinisk praksis

I arbejdet med at få indsigt i kronisk syge unges psykiske tilstand kan der være en sproglig og forståelsesmæssig udfordring. Kronisk syge unge tilegner sig ofte en lægefaglig indsigt i egen sygdom igennem de lange behandlingsforløb. De anvender medicinske udtryk, når de beskriver, hvordan de har det, og de kan være særlig opmærksomme på fysiologiske symptomer. Det store fokus på det fysiske helbred kan gøre det vanskeligt at få et indblik i den unges psykiske tilstand. Den unges opmærksomhed og store ordforråd for fysiske tilstande kan komme til at fjerne fokus fra det psykiske helbred og gøre det vanskeligere at sætte ord på f.eks. følelser. Alexithymi, der bogstavelig talt betyder "manglende ord for følelser", dækker bl.a. over at forveksle den fysiologiske komponent i en emotion med en kropslig forstyrrelse (Rubæk, 2009). I en undersøgelse af unge med somatoforme lidelser påviste man en øget grad af alexithymi (Burba et al., 2006). Vores kliniske erfaring med kronisk og alvorligt syge unge er, at den øgede opmærksomhed på det fysiske helbred kan mindske opmærksomheden og indsigten i den unges psykiske trivsel.

Som en hjælp til at få et overblik over den unges psykosociale trivsel, risikable adfærd og resiliens er HEADS-samtalen en ungevenlig, gennemførlig, struktureret og sensitiv anamnesemodel. HEADS står for: Home, Education & Eating, Activities, Drugs, Sex & Safety & Self-harm. De primære emner i HEADS sikrer, at man kommer bredt omkring og får en bred indsigt i, hvordan den unge patient har det i tilknytning til essentielle elementer i sit liv, uden at samtalen har sygdom som omdrejningspunkt. HEADS er ikke en tjekliste, men er en hjælp til at sikre, at den professionelle samtale med en ung patient kommer omkring væsentlige elementer i et ungdomsliv, herunder selvskade. Det hænger ikke nødvendigvis sådan sammen, at fordi det går godt med sygdommen, så går det godt med sygdomsbæreren. Sundhedsvæsnet har et ansvar for at være opmærksom på den unge patients fysiske såvel som psykiske helbred. HEADS-anamnesen kan være en hjælp til at skærpe denne opmærksomhed (Boisen, Denning, & Teilmann, 2014).

For at sikre unges trivsel bør den sociale og psykiske påvirkning af fysisk sygdom hos unge patienter indgå som et naturligt fokusområde i et længerevarende behandlingsforløb både i hospitalsvæsenet og i primærsektoren.

Unge med kronisk sygdom er en gruppe, hvis individuelle forskelle er lige så alsidige som ved alle andre unge. Der er dog behov for en særlig opmærksomhed på netop denne gruppe. Kronisk syge unge har en øget risiko for selvskade. Kronisk syge unge med koeksisterende psykisk sygdom, har en særlig markant risiko for selvskade og selvmord. Generelt er der behov for en øget opmærksomhed på den unge patients psykiske trivsel, herunder risikabel adfærd og selvskade. Indirekte selvskade og selvskade by proxy udgør mørketal, hvor der både er behov for øget opmærksomhed på den enkelte unge og flere undersøgelser med hensyn til forekomst og eventuel sammenhæng med kronisk sygdom.

REFERENCER

- Barnes, A.J., Eisenberg, M.E., & Resnick, M.D. (2010). Suicide and self-injury among children and youth with chronic health conditions. *Pediatrics*, 125(5), 889-895. doi: 10.1542/peds.2009-1814
- Boisen, K.A., Denning, L.V., & Teilmann, G. (2014). Livsstilssamtalen med unge, HEADS-anamnesen som model i almen praksis. *Månedsskrift for Almen Praksis*, 340-348.
- Boisen, K.A., Thomsen, S.L., Matthiesen, S.M., Hjerding, M., & Hertz, P.G. (2015). Hacking the hospital environment: young adults designing youth-friendly hospital rooms together with young people with cancer experiences. *Int J Adolesc Med Health*. doi: 10.1515/ijamh-2015-0072
- Burba, B., Oswald, R., Grigaliunien, V., Neverauskiene, S., Jankuviene, O., & Chue, P. (2006). A controlled study of alexithymia in adolescent patients with persistent somatoform pain disorder. *Can J Psychiatry*, 51(7), 468-471.
- Butwicka, A., Frisen, L., Almqvist, C., Zethelius, B., & Lichtenstein, P. (2016). Risks of psychiatric disorders and suicide attempts in children and adolescents with type 1-diabetes: a population-based cohort study. *Diabetes Care* 2015;38:453-459. *Diabetes Care*, 39(3), 495. doi: 10.2337/dc16-er03. doi: 10.2337/dc14-0262. Erratum in (diabetes care 2016....)
- Christiansen, E., & Stenager, E. (2012). Risk for attempted suicide in children and youths after contact with somatic hospitals: a Danish register based nested case-control study. *J Epidemiol Community Health*, 66(3), 247-253. doi: 10.1136/jech.2009.103887
- DiMatteo, M.R. (2004). Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care*, 42(3), 200-209.
- Hanghøj, S., & Boisen, K.A. (2014). Self-reported barriers to medication adherence among chronically ill adolescents: a systematic review. *J Adolesc Health*, 54(2), 121-138. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.08.009
- Hanghøj S, Boisen KA, Schmiegelow K, Hølge-Hazelton B (2016). A photo elicitation study on chronically ill adolescents' identity constructions during transition. *Global qualitative nursing research*, 3: 1-14.
- Hawton, K., Bergen, H., Simkin, S., Dodd, S., Pockock, P., Bernal, W., ... Kapur, N. (2013). Long term effect of reduced pack sizes of paracetamol on poisoning deaths and liver transplant activity in England and Wales: interrupted time series analyses. doi: 10.1136/bmj.f403

- Hublet, A., De Bacquer, D., Boyce, W., Godeau, E., Schmid, H., Vereecken, C., ... Maes, L. (2007). Smoking in young people with asthma. *J Public Health* 29(4), 343-349. doi: 10.1093/pubmed/fdm047
- Klonsky, E.D. (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clin Psychol Rev*, 27(2), 226-239. doi: 10.1016/j.cpr.2006.08.002
- Kræftens Bekæmpelse (2015). At være ung og få kræft. En spørgeskemaundersøgelse af de unges behov og oplevelser under og efter sygdom og behandling. København.
- Møhl, B. (2015). *Selvskade, psykologi og behandling* (1. udgave, red.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Mørch, S. (2010). Ungdomsforskningen som perspektiv og mulighed.= Youth research. Its perspectives and possibilities. *Psyke & Logos*, 31(1), 11-44.
- Patton, G.C., Sawyer, S.M., Santelli, J.S., Ross, D.A., Afifi, R., Allen, N.B., ... Viner, R.M. (2016). Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet*, 387(10036), 2423-2478. doi: 10.1016/s0140-6736(16)00579-1
- Payne, D., Kennedy, A., Kretzer, V., Turner, E., Shannon, P., & Viner, R. (2012). Developing and running an adolescent inpatient ward. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*, 97(2), 42-47. doi: 10.1136/archdischild-2011-300068
- Quittner, A.L., Goldbeck, L., Abbott, J., Duff, A., Lambrecht, P., Sole, A., ... Barker, D. (2014). Prevalence of depression and anxiety in patients with cystic fibrosis and parent caregivers: results of The International Depression Epidemiological Study across nine countries. *Thorax*, 69(12), 1090-1097. doi: 10.1136/thoraxjnl-2014-205983
- Rubæk, L. (2009). *Selvskadens psykologi* (1. udgave, 1. oplag, red.). Virum: Dansk Psykologisk Forlag.
- Santos, T., Ferreira, M., Simoes, M.C., Machado, M.C., & de Matos, M.G. (2014). Chronic condition and risk behaviours in Portuguese adolescents. *Glob J Health Sci*, 6(2), 227-236. doi: 10.5539/gjhs.v6n2p227
- Singhal, A., Ross, J., Seminog, O., Hawton, K., & Goldacre, M.J. (2014). Risk of self-harm and suicide in people with specific psychiatric and physical disorders: comparisons between disorders using English national record linkage. *J R Soc Med*, 107(5), 194-204. doi: 10.1177/0141076814522033
- Stark, D., Bielack, S., Brugieres, L., Dirksen, U., Duarte, X., Dunn, S., ... Ferrari, A. (2016). Teenagers and young adults with cancer in Europe: from national programmes to a European integrated coordinated project. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 25(3), 419-427. doi: 10.1111/ecc.12365
- Sundhedsstyrelsen (2012). Forløbsprogrammer for kronisk sygdom - den generiske model. København: Sundhedsstyrelsen
- Suris, J.C., Michaud, P.A., Akre, C., & Sawyer, S.M. (2008). Health risk behaviors in adolescents with chronic conditions. *Pediatrics*, 122(5), 1113-1118. doi: 10.1542/peds.2008-1479
- Suris, J.C., Michaud, P.A., & Viner, R. (2004). The adolescent with a chronic condition. Part I: developmental issues. *Arch Dis Child*, 89(10), 938-942. doi: 10.1136/ad.2003.045369
- Taylor, R.M., Gibson, F., & Franck, L.S. (2008). The experience of living with a chronic illness during adolescence: a critical review of the literature. *J Clin Nurs*, 17(23), 3083-3091. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02629.x
- Teilmann, G., Hertz, P. G., Blix, C., & Boisen, K. A. (2012). Unge patienter på sjukhus kommer i kläm.*Lakartidningen*, 109(16), 817-820
- Teilmann, G., & Boisen, K. (2013). Unge patienter kræver særlig opmærksomhed. *Ugeskrift for Læger*, 175(35), 1942-1945.
- Tottenborg, S.S., Topp, M., Ingebrigtsen, T.S., & Lange, P. (2014). Læger bør øge fokus på medicinadherens blandt kronisk syge. *Ugeskrift for Læger*, 176(42).
- Towns, S.J., Sawyer, S.M., Stephens, L., Clarke, S.D., & Bennett, D.L. (2007). Hospital based care of young people in Australia. *Int J Adolesc Med Health*, 19(3), 317-323.