

# Transition – mere end en overgang

Kirsten A. Boisen & Grete Teilmann

»Jeg fik intet at vide, og pludselig var jeg der bare«

18-årig kvinde om overgangen fra børne- til voksenafdeling.

Unge opfattes generelt som en rask befolkningsgruppe. Det skønnes imidlertid, at mindst hver tiende ung lever med en kronisk lidelse. Hovedparten af børn med alvorlige lidelser døde tidligere i barnealderen, hvorimod 80-90% nu overlever ind i voksenalderen [1]. Der er derfor gennem de seneste årtier opstået en ny patientgruppe – de unge – med særlige udfordringer og behov.

Denne udvikling stiller nye krav til sundhedsvæsenet. Der er behov for et særligt fokus på den unge patients udvikling og for optimering af den unges overgang fra en børne- og familiecentreret behandling til voksenregi, den såkaldte transition. Da unge patienter ses i alle dele af sundhedssektoren, bør såvel primærsektoren som højt specialiserede hospitalsafdelinger have et basalt kendskab til denne proces [1].

Det amerikanske Society of Adolescent Medicine definerer transition som »*a purposeful, planned process that addresses the medical, psychosocial and educational/vocational needs of adolescents and young adults with chronic physical and medical conditions as they move from child-centered to adult-oriented health systems*« [2]. Transition er således mere end blot den formelle overgang fra børne- til voksenregi (såkaldt transfer). Der er tale om en planlagt og struktureret proces, som har til formål at øge den unge patients sygdomsforståelse, egenomsorg og handlekompetence. En vellykket transitionsproces kræver et tæt og aktivt samarbejde mellem pædiatri og den modtagende voksenspecialist (Tabel 1). Retningslinjer fra bl.a. USA og Storbritannien anbefaler, at der udarbejdes en tværfaglig transitionspolitik, at der udpeges personale med ansvar for transitionen på både afgivende og modtagende afdeling, og at personale på begge afdelinger uddannes i unges udvikling og særlige behov. En tæt involvering af primærsektoren er ofte nyttig og uomgængelig i de tilfælde, hvor den unge patient overgår til kontrol eller behandling i alment regi [1, 3].

I flere studier har man peget på, at en dårligt planlagt overgang er associeret med øget risiko for dårlig behandlingsadhærens samt alvorlige komplikationer eller uventet tidlig død. Omvendt har man i

flere undersøgelser fundet bedre sygdomsforståelse, mestring, adhærens og patienttilfredshed ved veltillæggede transitionsforløb [4, 5].

De fleste af de lande, vi normalt sammenligner os med, har arbejdet med ungdomsmedicin længe, men feltet er nyt i Danmark. Trods mange gode lokale initiativer savnes der forskning og fælles retningslinjer på området. Et godt voksenliv på trods af kronisk sygdom kræver en meningsfuld ungdom, herunder en velstruktureret overgang mellem behandlingsregier. Derfor er det af stor betydning, at vi også i Danmark i de kommende år sætter øget fokus på de unge patienter.

**KORRESPONDANCE:** Kirsten A. Boisen, Ungdomsmedicinsk Videnscenter Afsnit 4101, Rigshospitalet, 2100 København Ø.

E-mail: kirsten.boisen@rh.regionh.dk

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen

**TAKSIGELSE:** Tak til Birthe Olsen, Susanne Munck Klansø, Børneafdeling L, Glostrup Hospital, Rikke Bodin Beck Jensen, Pædiatrisk Klinik, Rigshospitalet, og Tina Messell, Familie-Ambulatoriet, Gynækologisk-obstetrisk Afdeling, Hvidovre Hospital, for revision og godkendelse af manuskriptet.

## LITTERATUR

1. A consensus statement on health care transitions for young adults with special health care needs. *Pediatrics* 2002;110:1304-6.
2. Rosen DS, Blum RW, Britto M et al. Transition to adult health care for adolescents and young adults with chronic conditions: position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health* 2003;33:309-11.
3. Viner RM. Transition of care from paediatric to adult services: one part of improved health services for adolescents. *Arch Dis Child* 2008;93:160-3.
4. McDonagh JE, Kaufman M. Transition from pediatric to adult care after solid organ transplantation. *Curr Opin Organ Transplant* 2009;14:526-32.
5. Kennedy A, Sawyer S. Transition from pediatric to adult services: are we getting it right? *Curr Opin Pediatr* 2008;20:403-9.



TABEL 1

Elementer i det gode transitionsforløb (fra [1, 3]).

1. Start forberedelserne af den unge patient og familien tidligt i forløbet – som hovedregel omkring 12-års-alderen
2. Udarbejd en individuel transitionsplan senest ved 14-års-alderen i samarbejde med den unge og familien. Planen gennemgås og opdateres regelmæssigt
3. Udpeg kontaktpersoner, der er ansvarlige for transitionsprocessen på både børne- og voksensiden
4. Udarbejd et opdateret medicinsk resume til den unge, den modtagende afdeling og primærsektoren
5. Identificer personer i den unges netværk, som kan støtte ham/hende i overgangsfasen
6. Den unge skal ikke overgå til voksenafdeling, før han/hun besidder den nødvendige viden og de nødvendige kompetencer, herunder egenomsorg, til at kunne fungere der
7. Selve overgangen bør ske efter større uddannelsesmæssige og fysiske milepæle og i en rolig fase af sygdommen
8. Sørg for, at den unge kender det nye behandlingsteam – evt. via fælleskonsultationer med deltagelse af både pædiatrisk team og voksteam
9. Evaluer og følg op på det enkelte forløb

## STATUSARTIKEL

Dansk Pædiatrisk Selskab