



BEHANDLERBLADET

Maj 2017 | # 44

Søvnapnø – en følgesygdom til diabetes?

Også normalvægtige med type 1-diabetes lider i udstrakt grad af søvnapnø. Læge Anne Margareta Banghøj argumenterer for systematisk opsporing af diabetespatienter med søvnapnø.

Side 30-35

“Den motiverende samtale
kan være direkte skadelig”

Side 6

Mave-tarmproblemer
invaliderer, men overses

Side 14

Er du selv i risiko for at få
type 2-diabetes? Tag testen

Side 22

6 **Behandleren kan gøre sig skyldig i mislykket vægttab**
Af Jens-Christian Holm

14 **Mave-tarmproblemer invaliderer, men overses**
Af Mette Winther Klinge og Klaus Krogh

22 **Test risikoen for diabetes: En strategi, som virker**
Af Torsten Lauritzen

30 **Søvnapnø – en følgesygdom til diabetes?**
Af Anne Margareta Banghøj og Lise Tarnow

38 **Unge med type 1-diabetes har øget risiko for tidlig død**
Af Kristian Sandahl og Henrik Bindsbøl Mortensen

44 **Ny teknologi kan forbedre diabetesbehandlingen**
Af Signe Schmidt og Kirsten Nørgaard

50-59 **Fra Diabetesforeningen**

52 **Diabetesudfordring kræver samarbejde**
Af Henrik Nedergaard og Kristian Johnsen

54 **Diabetesforeningen uddeler legater**

56 **Almen praksis skal styrkes**



Foto: Morten Mørnede, Aller Medier



Foto: Claus Bøhm Larsen



44

Behandleren kan gøre sig skyldig i mislykket vægttab

Svær overvægt er en kronisk sygdom, som kan og skal behandles som sådan. Det skriver **Jens-Christian Holm** i denne artikel, hvor han argumenterer for, hvorfor “den motiverende samtale” og “små skridt” kan være direkte skadelige tilgange, når man forsøger at hjælpe overvægtige. Han beskriver her metoderne bag den succesfulde behandling af overvægtige børn og unge på Holbæk Sygehus.





En dreng, der går på Holbæk Sygehus på grund af sin overvægt, vejes af overlæge Jens-Christian Holm, der noterer resultatet ned.



Af Jens-Christian Holm
jhom@regionsjaelland.dk

Forskningslektor, ph.d., overlæge. Leder af Enheden for overvægtige børn og unge, Børne- og Ungeafdelingen på Holbæk Sygehus. Flere end 3.400 overvægtige børn og unge har til dato været i behandling på afdelingen. Initiativtager til Den Danske Biobank for overvægtige børn. Leder af ekspertgruppen The European Childhood Obesity Task Force (COTF).

Svær overvægt og dets relaterede komplikationer blandt børn, unge og voksne udgør en global trussel og en krise, der medfører ringere sundhed, multiple sygdomme og en reduktion i den forventede levetid i befolkningerne^(1,2).

I Danmark er cirka 15-18 % af børn og unge overvægtige, og cirka 4 % har svær overvægt⁽³⁻⁵⁾. På trods af krisens omfang har programmer til behandling af svær overvægt i barnealderen vist skuffende resultater med vægttab hos højest 15-50 % og dropout-rater så høje som 83 %⁽⁶⁻¹²⁾. Det er følgelig meget vigtigt at identificere og udvikle en effektiv

“ Vi skal indse, at læge-patient-relatationen fundamentalt er et magtforhold, hvor patienten har sygdommen, og behandleren har en kompetence til at behandle denne sygdom

model til behandling af svær overvægt, hvis vi skal sikre et sundere liv og en bedre livskvalitet i fremtiden.

Enheden for overvægtige børn og unge, Børne- og Ungeafdelingen på Holbæk Sygehus, er et European Centre of Management og anerkendt af det europæiske selskab for forskning i svær overvægt, The European Association on the Study of Obesity (EASO). Enheden har i de sidste ti år udviklet en nyskabende familiebaseret behandlingsprotokol baseret på metaanalyser, systematiske reviews og anerkendte amerikanske anbefalinger⁽¹³⁻¹⁶⁾. Behandlingsprotokollen er et paradigmeskifte i forståelsen og behandlingen af børn og unge med svær overvægt.

I 2015 udgav Dansk Pædiatrisk Selskab guidelines til behandling af børn og unge med svær overvægt, som dels er

baseret på fornævnte amerikanske anbefalinger, dels den kliniske funktion i Enheden for overvægtige børn og unge⁽¹⁷⁾. Enheden har demonstreret og publiceret, at 50 % af børn og unge med svær overvægt med en gennemsnitsalder på 11,5 år har begyndende eller reelt forhøjet blodtryk⁽¹⁸⁾, 50 % har søvnapnø⁽¹⁹⁾, 31 % har fedtlever⁽²⁰⁾, 28 % har forhøjet kolesterol⁽²¹⁾ og 15 % har forstadier til type 2-diabetes⁽²²⁾. Herhjemme er der imidlertid, ifølge Dansk Diabetes Database, kun registreret 23 børn og unge med type 2-diabetes. Flere af de diagnosticerede kommer fra andre geografiske regioner, der angiveligt af genetiske årsager har en større forekomst af type 2-diabetes.

Vi har yderligere dokumenteret og publiceret, at behandlingsprotokollen reducerer 70-85 % af graden af overvægt i Enheden⁽²³⁾, hvilket er replikeret dels på en anden børneafdeling⁽²⁴⁾, dels i kommuner landet over⁽²⁵⁾, hvor næsten 5.000 patienter er blevet evalueret. Hertil kommer flere tusinde patienter i flere end 30 kommuner, som endnu ikke er blevet evalueret. Derudover medfører behandlingsprotokollen reduktioner i forældrenes grad af overvægt, når deres børn kommer i behandling⁽²⁶⁾ samt reduktioner i børnenes forhøjede blodtryk⁽²⁷⁾, kolesteroler⁽²¹⁾ og fedtlever⁽²⁸⁾. Et nyt studie har netop demonstreret, at behandlingsmodellen samtidig forbedrer børnenes livskvalitet⁽²⁹⁾. Disse behandlingsresultater er uafhængige af alder, køn, graden af overvægt, socialklasse og andre ledsagende sygdomme⁽²³⁾. Patienterne ses i gennemsnit 6-7 gange om året, og der anvendes i gennemsnit fem timer af helbredsprofessionel tid pr. patient pr. år⁽²³⁾.

Kroppen vedligeholder fedtmassen

I behandlingen af overvægt er det fundamentalt vigtigt at forstå, at kroppen er udstyret med et komplekst neuroendokrinologisk system, der regulerer fedtmassen homeosta-

REFERENCER

1. Wang YC, McPherson K, Marsh T et al.: Health and economic burden of the projected obesity trends in the USA and the UK. *The Lancet*. 2011; 378, 815-825.
2. Olshansky SJ, Passaro DJ, Hershov R et al.: A potential decline in life expectancy in the united states in the 21st century. *New England Journal of Medicine*. 2005;352, 1138-1145.
3. Pearson S, Hansen B, Sørensen TIA et al.: Overweight and obesity trends in Copenhagen

schoolchildren from 2002 to 2007. *Acta Paediatrica*. 2010; 99, 675-1678.

4. Larsen LM, Hertel NT, Mølgaard C et al.: Prevalence of overweight and obesity in danish preschool children over a 10-year period: A study of two birth cohorts in general practice. *Acta Paediatrica*. 2012;101, 201-207.
5. Schmidt Morgen C, Rokholm B, Sjöberg Brixval C et al.: Trends in prevalence of overweight and obesity in danish infants, children and adolescents – are we still on a plateau?

PloS One. 2013;8, e69860.

6. Oude Luttikhuis H, Baur L, Jansen H et al.: Interventions for treating obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Online 2009; No. 1.
7. Dhaliwal J, Nosworthy NM, Holt NL et al.: Attrition and the management of pediatric obesity: An integrative review. *Childhood Obesity*. 2014;10,461-473.
8. Kelly AS, Barlow SE, Rao G et al.: Severe obesity in children and adolescents: Identifica-

tisk. Det vil sige, at kroppen vedligeholder og bevarer fedtmassen på et niveau, der er afhængigt af både individet og det omgivende miljø.

Energibalancen er styret af leptinsystemet, der gør alt for at sikre, at den fedtmasse, som kroppen har opbygget, forbliver der. Eller øges. Leptinsystemet modvirker også forsøg på at tabe sig eller holde et vægttab. Kroppens komplekse hormonsystem gør altså alt for, at folk, der har tabt sig, spiser mere, så de tabte kilo kommer på igen.

Fedtmasseregulationen er udviklet til at forsvare fedtmassen, når der er mindre føde tilgængeligt som under vintre, naturkatastrofer eller man udfordres af anstrengende aktiviteter. Dette system er i stand til at udføre en adaptation for at undgå vægttab, således at kroppen integrerer og koordinerer alle energiidtag og energiforbrug for at kunne bevare fedtmassen trods udfordringer med ringere ernæringstilbud og/eller ekstra behov for fysisk aktivitet. Denne adaptation er i stand til at reducere energiforbruget til en række fysiologiske funktioner såsom stofskiftet, væksten, evnen til at forplante sig og immunsystemets aktivitetsniveau⁽³⁰⁾. Dette system er udviklet igennem evolutionen til at sikre arternes overlevelse igennem diverse udfordringer som klimaforandringer, naturkatastrofer med mere, men er særdeles uheldigt i et samfund med færre krav om fysisk aktivitet og en rigelig tilstedeværelse af fødemidler, der ofte er rige på fedt og sukker.

Dette system er ikke den primære årsag til, at patienterne udvikler den svære overvægt, men adaptationen med at bevare fedtmassen fastholder den svære overvægt, når den først er udviklet. Der findes multiple årsager til udvikling af overvægt: dels i kroppen, dels i det omgivende miljø.

De tre grundsten i det nye paradigme

Behandlingsprotokollen af overvægt først introduceret ►►



Hele familien skal bakke op om, at barnet skal tabe sig, understreger Jens-Christian Holm. Forældrenes grad af overvægt reduceres også i løbet af barnets behandling.

Behandling virker

Enheden for overvægtige børn og unge på Holbæk Sygehus har dokumenteret, at deres behandlingsmetoder reducerer overvægt hos 70-85 procent af børnene.

Reduktionen af overvægt er

- uafhængigt af graden af overvægt ved inklusion og socialklasse
- uafhængigt af sukkerindtaget ved inklusion
- uafhængigt af familiære prædispositioner
- uafhængigt af forstyrret spisning.

Behandlingen reducerer også

- det forhøjede blodtryk
- forhøjede kolesteroler
- graden af fedtlever
- forældrenes grad af overvægt.

Behandlingen forbedrer livskvaliteten

og reducerer forældrenes grad af overvægt. Det er undersøgt i både primær og sekundær sektorer. Præliminære studier blandt voksne viser et vægttab hos 80 procent med samme behandlingsmetode.

tion, associated health risks and treatment approaches a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2013;128, 689-1712.

9. Walsh SM, Palmer W, Welsh JA et al.: Challenges and successes of a multidisciplinary pediatric obesity treatment program. *Nutrition in Clinical Practice*. 2014, 29,780-785.

10. Wiegand S, Keller K-M, Lob-Corzilius T et al.: Predicting weight loss and maintenance in overweight/obese pediatric patients. *Hormone*

Research in Paediatrics. 2014, 82, 380-387.

11. Reinehr T: Lifestyle intervention in childhood obesity: Changes and challenges. *Nature Reviews Endocrinology*. 2013, 9, 607-614.

12. Reinehr T, Widhalm K, l'Allemand D et al.: The apv-wiss study group and German competence net obesity. Two-year follow-up in 21.784 overweight children and adolescents with lifestyle intervention. *Obesity*. 2009.17, 196-1199.

13. Barlow SE: Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and

treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report. *Pediatrics*. 2007;120 Suppl 4, S164-192.

14. Davis MM, Gance-Cleveland B, Hassink S et al.: Recommendations for prevention of childhood obesity. *Pediatrics*. 2007; 120 Suppl 4, S229-253.

15. Krebs NF, Himes JH, Jacobson D et al.: Assessment of child and adolescent overweight and obesity. *Pediatrics*. 2007;120 Suppl 4, S193-228.

16. Spear BA, Barlow SE, Ervin C et al.: Re-

» på Holbæk Sygehus er et paradigmeskifte, der bygger på tre grundsten:

1. Svær overvægt er en kronisk sygdom med de kliniske prioriteringer, det medfører. Verdenssundhedsorganisationen WHO deklarerede svær overvægt som en sygdom i 1948. Den amerikanske lægeforening fulgte efter i 2013 og den canadiske i 2015⁽³¹⁻³⁴⁾. I 2015 udgav vi i det europæiske ekspertråd for svært overvægtige børn en såkaldt position-statement som en opfordring til at gøre det samme i Europa⁽³⁵⁾.

2. Fedtmassen reguleres homeostatisk af et neuroendokrinologisk system, der til enhver tid søger at bevare og eventuelt udbygge fedtmassens størrelse⁽³⁰⁾.

3. En nyudviklet pædagogik, der dels integrerer de to ovennævnte grundsten, dels medfører, at patienten oplever en værdig, professionel, autentisk og omsorgsfuld service, der medfører selvidentifikation i relation til deres sygdom og bibringer patienten og dennes familie et perspektiv, der gør dem i stand til at foretage varige, sunde livsvalg. Modellen er i stand til at *empower* patienterne og kan forstås som et forløb, hvor behandleren først styrer, men over tid gør patienten i stand til selvstyring.

Pædagogikken bag det nye paradigme

Behandlingsmodellen kan forstås ret godt med en analogi. I diabetologien er det åbenlyst videnskabeligt forstået, at diabetes er en sygdom, og at det er grundlæggende vigtigt for behandlingen at forstå, hvorledes insulin medierer glukoseoptaget i muskelcellerne. Tilsvarende er det afgørende at forstå, at det neuroendokrinologiske system er i stand til at integrere kroppens energiressourcer (fedtmassen) for at sikre, at der til enhver tid er energi nok, og opstår der en situation med vægttab, vil dette system aktivt og effektivt kunne modarbejde vægttabet ved at skrue ned for energiforbruget til en række andre standardfysiologiske funktioner. Kroppen forsvarende altså sin fedtmasse.

Denne indsigt har en række afgørende vigtige konsekvenser for daglig klinisk praksis. En primær pointe er, at svær overvægt er en kronisk sygdom, der skyldes mange forskellige faktorer, hvoraf mange er uden for patientens kontrol. Her vender vi altså bøtten rundt, fordi det normale er, at patienten får at vide, at han/hun skal spise mindre og bevæge sig mere, hvormed skylden for sygdommen helt uansvarligt placeres primært hos patienten.

Behandlingsmodellen introducerer 15-22 skræddersyede behandlingpunkter til patienten i slutningen af den første samtale⁽²³⁾. Disse punkter omhandler alle forhold omkring patienten såsom ernæring, aktivitet, inaktivitet, sukker og fedtindtag, dagsrytmer, psykosocialt velvære, spise- og søvnmønstre mv. Alle har til formål at begrænse udviklingen af den svære overvægt og herefter opnå vægttab⁽²³⁾. Hele familien inddrages, og der forklares i lægmandssprog, hvordan fedtmassen reguleres, og at familien og patienten i fremtiden kan forvente, at dette system søger at reetablere fedtmassen konstant, hvorfor de skal følge behandlingsplanen 24/7 resten af livet.

Disse forklaringer giver forståelse og selvidentifikation og er med til at udvikle realistiske forventninger til behandlingsforløbet. Patienten bliver opfordret til at følge planen og gøre den til deres egen. Derved lærer patienten at følge planen på niveau med, at en diabetespatient skal følge og monitorere glukoseniveauerne for at kunne dosere den rette mængde insulin.

Undervejs følges patienten af diætist, sygeplejerske og børnelæge, og behandlingsplanen justeres. Behandlingsmodellen er nøje udviklet og til en vis grad baseret på spørgeskemaer. Eksempelvis fordrer forundersøgelsen præcise svar, hvad angår mængder, frekvenser og kvaliteter på cirka 160 spørgsmål for at kunne give behandleren det nødvendige udgangspunkt for at udfærdige en effektiv behandlingsplan. Spørgsmålene dækker alting og er meget specifikke, f.eks.: "Cykler du?" "Hvor lang tid cykler du?"

commendations for treatment of child and adolescent overweight and obesity. *Pediatrics*. 2007;120 Suppl 4, S254-288.

17. Johansen A, Holm J-C, Pearson S, Kjærsgaard M, Larsen LM, Højgaard B, Cortes D: Danish clinical guidelines for examination and treatment of overweight and obese children and adolescents in a pediatric setting. *Danish Medical Bulletin*. Online. 2015.

18. Hvidt KN, Olsen MH, Holm J-C, Ibsen H: Obese children and adolescents have elevated nighttime

blood pressure independent of insulin resistance and arterial stiffness. *American Journal of Hypertension*. 2014;27, 1408-1415.

19. Andersen IG, Holm J-C, Homøe P: Obstructive sleep apnea in obese children and adolescents, treatment methods and outcome of treatment – a systematic review. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2016;87, 190-197.

20. Fonvig CE, Chabanova E, Andersson EA, Ohrt JD, Pedersen O, Hansen T, Thomsen HS, Holm, J-C: 1H-MRS measured ectopic fat in liver and

muscle in Danish lean and obese children and adolescents. *PLoS ONE*. 2015;10, e0135018.

21. Nielsen TRH, Gamborg M, Fonvig CE, Kloppenborg J, Hvidt KN, Ibsen H, Holm J-C: Changes in lipidemia during chronic care treatment of childhood obesity. *Childhood Obesity*, print. 2012; 8,533-541.

22. Kloppenborg JT: Prediabetes in Danish overweight and obese children and youths at enrollment in a multidisciplinary chronic care treatment; Book of HT Abstract, HTP0.025:Sofia, 2014.

“Drikker du mælk?” “Hvor mange glas mælk drikker du?”

Den gængse pædagogik fejler

Den nye pædagogik går på mange måder direkte imod gængs pædagogisk praksis i vores etablerede sundhedssystemer, hvor sundhedsprofessionelle typisk er oplært og trænet efter en række metoder, der blandt andet omfatter “Små skridt”, “Du bestemmer” og “Den motiverende samtale”. Disse tre metoder har ikke forstået følgende tre forhold: 1. At overvægt er en sygdom 2. At fedtmassen forsvares aktivt af et yderst effektivt neuroendokrinologisk system og 3. At det er vigtigere, at patienten rent faktisk opnår vægttab, end at behandleren tager sig godt ud ved at forsøge at være empatisk og anerkendende, som netop “Små skridt”, “Du bestemmer” og “Den motiverende samtale” er udtryk for.

“**Små skridt**” har ikke forstået patientens situation, idet enkelte skridt aldrig vil kunne overvinde de omfattende neuroendokrinologiske forsvarsmekanismer, der aktivt forsvarer fedtmassen. Derved gør små skridt sig skyldig i ikke at forstå den svære overvægts endokrinologi, hvilket svarer til, at diabetologer ikke udviser interesse for insulinets glukoseregulation.

“**Du bestemmer**” er ligeledes en pædagogik, der kort fortalt søger at være i øjenhøjde med patienten ved at give patienten betydelig medbestemmelse og ansvar for egen behandling. “Du bestemmer” har ikke forstået, at sundhedsprofessionelle netop har ansvaret for deres patienters behandling. At give ansvaret til patienten er uansvarligt dels i relation til lægeløftet, og dels den professionelle forståelse og håndtering af sygdommen, som patienten ikke er uddannet eller kompetent til at varetage.

“**Den motiverende samtale**” er en fast og accepteret del af den eksisterende pædagogiske selvforståelse, der dog ikke har forstået en række vigtige forhold, som bedst kan demonstreres ved et eksempel. Hvis man anvender den

motiverende samtale, som jeg i det følgende blot behøver at repræsentere med følgende 14 ord: “*Det er vigtigt, at du motiveret for at spise sundt og bevæge dig mere*”, er det min påstand, at behandleren gør sig skyldig i at forringe patientens mulighed for at opnå og bevare et vægttab over tid. Det kan forstås, hvis man forstår vægttabets dynamik. For det første skal vi indse, at læge-patient-relationen fundamentalt er et magtforhold, hvor patienten har sygdommen, og behandleren har en kompetence til at behandle denne sygdom – en kompetence, der typisk er opbygget gennem en hel karriere. Vægttab er ledsaget af en dynamik, hvor patienten kommer til en behandler og får en behandlingsplan. Herefter taber de fleste patienter sig i de næste 4, 6, 8 måneder.

“ Den motiverende samtale udløser selvbekendelse og selvledelse og resulterer i mindre overskud hos patienten til at varetage behandlingen af sin kroniske sygdom

Undervejs sker der to meget vigtige ting: Alle patienter udviser mere eller mindre *compliance*, hvilket betyder, at de ikke udfører behandlingen til punkt og prikke hele tiden. Samtidig starter den neuroendokrinologiske adaptation mod vægttab, som medfører, at hjernen koordinerer og integrerer alle fysiologiske funktioner, således at kroppen favoriserer at forsvare fedtmassen på bekostning af evnen til at få børn, immunsystemets funktion, vækst og stofskiftet.

Compliance og den neuroendokrinologiske adaptation mod vægttab medfører tilsammen, at patienten tager på igen. Når patienten så efter yderligere 4, 6, 8 måneder har taget 5-10 kilo på, vil patienten huske behandlerens ord ►►

23. Holm J-C, Gamborg M, Bille DS, Grønbaek HN, Ward LC, Faerk J: Chronic care treatment of obese children and adolescents. *International Journal of Pediatric Obesity*. 2011;6:188-196.

24. Most SW, Højgaard B, Teilmann G, Andersen J, Valentiner M, Gamborg M, Holm J-C: Adoption of the children's obesity clinic's treatment (TCOCT) protocol into another danish pediatric obesity treatment clinic. *BioMed Central Pediatrics*. 2015;15:13.

25. Møllerup P, Gamborg M, Trier C, Bøjsøe C,

Nielsen TRH, Baker JL, Holm J-C: The childhood obesity treatment protocol adopted into a community-based treatment programme. *Accepted PlosOne* 2017.

26. Trier C, Dahl M, Stjernholm T, Nielsen TRH, Bøjsøe C, Fonvig CE, Pedersen O, Hansen T, Holm J-C: Effects of a family-based childhood obesity treatment program on parental weight status. *PLOS ONE*. 2016;11:e0161921.

27. Hvidt KN, Olsen MH, Ibsen H, Holm J-C: Effect of changes in bmi and waist circumference on

ambulatory blood pressure in obese children and adolescents. *Journal of Hypertension*. 2014;32, 1470-1477.

28. Fonvig CE, Chabanova E, Ohrt JD, Nielsen LA, Pedersen O, Hansen T, Thomsen HS, Holm J-C: Multidisciplinary care of obese children and adolescents for one year reduces ectopic fat content in liver and skeletal muscle. *BioMed Central Pediatrics*. 2015;15.

29. Møllerup PM, Nielsen TRH, Bøjsøe C, Kloppenborg JT, Baker JL, Holm J-C: Quality of life

► ved den første samtale. Behandleren sagde: *“Det er vigtigt, du er motiveret for at spise sundt og bevæge dig mere”* og dermed vil patienten forstå, at det er hans/hendes egen skyld, at han/hun har taget på, for det sagde den behandler, der lagde megen vægt på at være sød, empatisk, anerkendende og imødekommende, og som patienter typisk ser op til. På den måde forvandler den motiverende samtale sig til at udløse selvbekendelse, selvledelse og resulterer i mindre overskud hos patienten til at varetage behandlingen af sin kroniske sygdom. Dermed bliver den motiverende samtale en direkte belastning af patientens optimale behandlingsforløb.

Den motiverende samtale har ikke forstået, at svær overvægt er en kronisk sygdom, at fedtmassen forsvares aktivt og måske vigtigst: At det vigtigste ikke er, hvordan behandleren ser ud i konsultationen, men at patienten i stedet opnår sit største mål: At tabe sig. I øvrigt vil *“Små skridt”*, *“Du bestemmer”* og *“Den motiverende samtale”* alle have tilbøjelighed til at underminere behandlerens autoritet, som derved bliver ringere til at udvise sin autoritet, træde i karakter og korrigerer patientens uheldige valg. Disse egenskaber er afgørende nødvendige for, at behandleren kan give patienten et perspektiv om at udføre behandlingsplanen 24/7 resten af livet og gøre behandlingen til sine egne livsvalg. Dette er meget vigtigt i den nye pædagogik.

Ny pædagogik fjerner skyld og skam

Den nye pædagogik er en behandlingsform, der i stedet tager udgangspunkt i samtlige forhold omkring patienten, hvilket betyder, at det er en holistisk behandlingsmodel. Den drivende kraft i den nye pædagogik er som formuleret af Unicef: At sikre det bedste for barnet, hvilket betyder, at barnet spiser, sover, bevæger og lærer optimalt uden overgreb af enhver art. Den nye pædagogik anser behandlerens forestillinger som et problem i sig selv. Det kan vise sig som ønsket om at være empatisk, anerkendende og imødekommende, men at denne



Når behandlere bruger pædagogik baseret på f.eks. “den motiverende samtale” og “små skridt”, har de ikke forstået det ansvar, de har for patientens behandling. De lægger i stedet ansvaret over på patienten selv med store konsekvenser til følge, mener Jens-Christian Holm.

tilgang i stedet forstærker patientens udfordringer, hvilket forringer det optimale behandlingsforløb.

Den nye pædagogik er i stand til på kort tid at identificere patientens største udfordringer, levere en effektiv behandlingsplan, eksternalisere årsagen til overvægt og derved fjerne skyld, skam og tillade tabuer. Herigennem får patienten et perspektiv, der gør vedkommende i stand til at gøre behandlingsplanen til sine egne livsvalg resten af livet. Behandlingsmodellen er udviklet til børn og unge, men forventningen er, at principperne bag modellen også er effektiv til voksne.

Læs mere på jenschristianholm.dk ■

improves in children and adolescents during a community-based overweight and obesity treatment. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation.* 2017.

30. Rosenbaum M, Leibel RL: 20 years of leptin: role of leptin in energy homeostasis in humans. *Journal of Endocrinology.* 2014, 223, 83-T96.

31. James WPT: WHO recognition of the global obesity epidemic. *International Journal of Obesity.* 2008;32, S120-S126.

32. AMA Adopts New Policies on Second Day of Voting at Annual Meeting <http://www.ama-assn.org/ama/pub/news/news/2013/2013-06-18-new-ama-policies-annual-meeting.page> (accessed Jul 3, 2015).

33. Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM et al.: American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines; Obesity Society. 2013 AHA/ACC/TOS Guideline for the management of overweight and obesity in adults: A report of the American college of cardiology/american heart association task force on practice guidelines and the obesity society. *Journal of the American College of Cardiology.* 2014; 63 (25 Pt B), 2985-3023.

34. CMA recognizes obesity as a disease <https://www.cma.ca/En/Pages/cma-recognizes-obesity-as-a-disease.aspx> (accessed Oct 19, 2015).

35. Farpour-Lambert NJ, Baker JL, Hassapidou M, Holm J-C et al.: Childhood obesity is a chronic disease demanding specific health care – a position statement from the childhood obesity task force (COTF) of the European association for the study of obesity (EASO). *besity Facts.* 2015;342-349.