

Karsten Kaas Ibsen (red.)

# Børnelæger

*i 100 år*



Dansk Pædiatrisk Selskab  
Danish Paediatric Society



Udgivet i anledning af 100 års jubilæum 2008



**Karsten Kaas Ibsen, dr.med., (1948 - )**

Speciallæge i børns sygdomme, pensioneret, tidligere administrerende og ledende overlæge ved børneafdelingen på Amtssygehuset i Glostrup. Fungeret som pædiatrisk sagkyndig i Undervisningsministeriet og Sundhedsvæsenets patientankenævn, institutionslæge for Refsnæsskolen, institut for blinde og svagtseende, visitator for de danske julemærkehjem, formand for Danske Børnelægers Organisation og fonden Projekt Børn.

**Børnelæger** *i 100 år*



Karsten Kaas Ibsen

**Børnelæger** *i 100 år*

Udgivet i anledning af  
Dansk Pædiatrisk Selskabs 100 års jubilæum 2008

## **Børnelæger i 100 år**

Udgivet i anledning af

Dansk Pædiatrisk Selskabs 100 års jubilæum 2008

Bogen er sat med Adobe Garamond Pro,

Trykt og færdiggjort hos Nordtryk A/S, Frederikshavn

Copyright © Forlaget Nordtryk - Karsten Kaas Ibsen

ISBN 978-87-87924-37-5

### **Forsidebillede:**

Peter Sabroes tip-tip-oldebarn og redaktørens barnebarn Valdemar Karsten Amkær Kaas Ibsen, født februar 2004 og indlagt på Rigshospitalets børneklíník II og opereret 5 måneder gammel for scaphycefali ("bådkranium").

Børnelæger i 100 år  
**Indholdsfortegnelse**

<b>Tak .....</b>	<b>8</b>
Denne bog er tilegnet .....	9
<b>Forord ved redaktøren Karsten Kaas Ibsen: .....</b>	<b>11</b>
<b>Forord ved DPS formand Klaus Børch .....</b>	<b>13</b>
<b>Kapitel 1 Pædiatri som speciale .....</b>	<b>15</b>
Leve af at være praktiserende børnelæge? .....	17
Hvordan bliver man børnelæge? .....	21
Syge børn i mere end 200 år, milepæle: .....	22
<b>Kapitel 2 Dansk Pædiatrisk Selskab .....</b>	<b>25</b>
DPS 50 års jubilæum 1958 .....	29
Nøglen til et ordentligt foredrag .....	41
DPS formænd .....	52
”Professor Torben Iversen’s rejsefond for yngre børnelæger” .....	54
<b>Kapitel 3 Foreningen af Yngre Pædiatere (YP). .....</b>	<b>55</b>
<b>Kapitel 4 Sygdomme .....</b>	<b>57</b>
Sygdomsmønstret omkring 2. verdenskrig: .....	58
Nyfødte børns sygdomme .....	63
Spastisk lammelse - Cerebral parese .....	69
Feberkrampe .....	71
Fumlere og tumlere, DAMP, MBD, og ADHD .....	71
Børneonkologi og hæmatologi. Kræft hos børn .....	73
Blodsygdomme hos børn .....	76
Pædiatrisk endokrinologi (Hormonelle forstyrrelser i barnealderen) .....	77
Sukkersyge hos børn og unge .....	78
Livstilssygdomme .....	81
Børneforsorg og socialpædiatri .....	82
<b>Kapitel 5 Fra tungmetaller til naturmedicin .....</b>	<b>87</b>
Medicinskabet omkring århundredeskiftet .....	87
Medicinskabet i dag .....	87
Naturmedicin .....	88
<b>Kapitel 6 Uddannelse .....</b>	<b>89</b>
Uddannelsen til cand. med. .....	89
Speciallægeuddannelsen .....	90
Subspecialer og ekspertområder .....	92
Fagområder .....	94

Lærebøger i pædiatri.....	95
Uddrag af Monrads Pædiatriske Afhandlinger fra 1902.....	96
<b>Kapitel 7 Fagets professorer .....</b>	<b>103</b>
Preben Plum og det okulte .....	106
Disputatser og Ph.D afhandlinger.....	107
<b>Kapitel 8 Børn på hospital og i praksis.....</b>	<b>109</b>
Overordnede mål for den gode pædiatriske afdeling .....	112
<b>Kapitel 9 Region Hovedstaden I:</b>	
<b>Staten, Københavns og Frederiksberg kommuner.....</b>	<b>119</b>
Børnehospitalet i Rigensgade og Dronning Louise.....	119
Rigshospitalet.....	122
Børnehospitalet på Fuglebakken.....	132
Hvidovre Hospital, børneafdelingen.....	138
Sundby-Amager Hospitals børneafdeling .....	141
praktiserende speciallæger .....	144
<b>Kapitel 10 Region Hovedstaden II:</b>	
<b>Københavns, Frederiksborg og Bornholms amt .....</b>	<b>147</b>
Københavns amt , Amtssygehuset i Gentofte .....	147
Amtssygehuset i Glostrup.....	151
Børnehospitalet i Vangede .....	161
Center for handicappede, og Statens Øjenklinik.....	163
Frederiksborg amt, Hillerød sygehus .....	167
Bornholms amt .....	169
<b>Kapitel 11 Region Sjælland,.....</b>	<b>171</b>
Roskilde Amt, Roskilde Amtssygehus .....	171
Vestsjællands amt, Holbæk Centralsygehus .....	172
Storstrøms amt, Sygehus Syd Næstved .....	173
Storstrøm sygehus, Nykøbing F.....	175
Kolonien Filadelfia, Epilepsygehuset og børnehospitalet Dianalund .....	177
<b>Kapitel 12 Region Syddanmark.....</b>	<b>179</b>
Fyns amt , Odense Universitetshospital.....	179
Sønderjyllands amt, Sønderborg sygehus.....	182
Ribe amt, Esbjerg Sydvestjysk sygehus .....	184
Vejle amt .....	185
Børneafdelingen Kolding sygehus .....	186
Børnetuberkulosehospitalet Koldingfjord.....	188
<b>Kapitel 13 Region Midtjylland .....</b>	<b>191</b>
Århus amt, Århus kommunehospital/Skejby .....	191
Regionshospitalet Randers.....	195



Viborg amt, Viborg sygehus .....	196
Jyske pædiatere og den jyske pædiatri.....	202
Ringkøbing Amt, Regionshospitalet Herning .....	201
<b>Kapitel 14 Region Nordjylland .....</b>	<b>205</b>
Nordjyllands amt , Ålborg sygehus nord .....	205
Sygehus Vendsyssel Hjørring.....	209
<b>Kapitel 15 Grønland, Færøerne og Saudi.....</b>	<b>211</b>
<b>Kapitel 16 Børneplejestationer og skole- og kommunallæger.....</b>	<b>217</b>
<b>Kapitel 17 Pr i presse, radio og tv .....</b>	<b>223</b>
<b>Kapitel 18 Ministerier, nævn og styrelser .....</b>	<b>229</b>
Undervisningsministeriet, sektionen for specialundervisning: .....	229
Sundhedsstyrelsen, pædiatriske konsulenter og sagkyndige rådgivere.....	229
Sundhedsvæsenets patientklagenævn .....	230
<b>Kapitel 19 De private initiativer .....</b>	<b>231</b>
Adoption .....	231
Julemærkefonden.....	233
Pædiateren på spædbørns- og observationshjem .....	236
”Fonden Projekt Børn” og verdens bedste målmand. ....	237
Danmarksmesterklubben Brøndby IF. ....	239
På kursus i Cesme, Lesbos og Cypern .....	239
RonaldMcDonald Huset.....	242
Børnecancerfonden .....	242
Børnecentret SIV.....	243
Børnelæge på rockscene.....	245
<b>Kapitel 20 Her var der brug for en jurist. ....</b>	<b>247</b>
Blekingegadesagen.....	247
Han gik i protest .....	247
<b>Kapitel 21 Nye tider - nye navne - fremtiden .....</b>	<b>251</b>
Behovet for pædiatri .....	254
Udvikling inden for børneområdet.....	256
De nye regioner opruster .....	261
Bilag 1 Disputatser og Ph.D. afhandlinger .....	265
Bilag 2 DPS relaterede foreninger og organisationer .....	275
Bilag 3 Randerssangen.....	277
Figuroversigt .....	279
Litteratur .....	285
Navneregister .....	295

# Tak

- til nedenstående, som har bidraget som forfattere, korrekturlæsere og leverandører af billedmateriale

Overlæge, Erik Arthur Andersen  
Klinikchef, dr.med., Karen Vitting Andersen  
Overlæge, Lene Bohr  
Tidl overlæge, dr.med. Bent Broch Jacobsen  
Led. overlæge, Lise Bjerglund  
Tidl. overlæge, dr.med. Niels Jacob Brandt  
Overlæge, Peter Bækgaard  
Led. overlæge, Ph.D. Klaus Børch  
Tidl. Overlæge, Mogens Fjord Christensen  
Overlæge, Niels Christian Christensen  
Overlæge, Peter Christiansen  
Overlæge, Mauritz Dirdal  
Professor, dr.med Gorm Greisen  
Overlæge, Jørgen Haahr  
Overlæge, dr.med Susanne Halken  
Led. kommunallæge, Bente Hansen  
Overlæge, Flemming Juul Hansen  
Tidl. centerdirektør, dr.med. Henrik Hertz  
Overlæge Ph.D., Helle Hjalgrim  
Led. overlæge dr.med., Karsten Hjelt  
Tidl. overlæge, Niels Hobolth  
Led. overlæge, dr.med. Arne Høst  
Barneplejerske, Birgit Møller Jensen  
Led. overlæge, P-H Kaad  
Overlæge dr.med., Jens Kamper  
Tidl. overlæge, Knud W. Kastrup

Overlæge, Poul Erik Kofoed  
Professor, dr.med., Peter A, Krasilnikoff  
Overlæge, Kaj Lillqvist  
Medicinsk historisk museum  
Professor lic.med., Niels Michelsen  
Overlæge, Bodil Moltesen  
Professor dr.med., Henrik B. Mortensen  
Overlæge, Erling Nathan  
Overlæge, Gunner Nielsen  
Overlæge, Inge-Merete Nielsen  
Overlæge, Jens P. Nielsen  
Overlæge, Rune Næraa  
Overlæge, Britta Louise Olsen  
Overlæge, Birgit Peitersen  
Afdelingssygeplejerske, Oline Petersen  
Led. overlæge, Sten Petersen  
Tidl. overlæge, Knud E. Petersen  
Speciallæge, Helle Rotne  
Overlæge, Nina Sauerbrey  
Speciallæge, Jan Ulrik Secher  
Professor dr.med, Flemming Skovby  
Tidl. Overlæge dr.med., Erik Thamdrup  
Professor dr.med., Peter Uldall  
Overlæge, Carsten Vrang  
Overlæge, Erik Østergaard

*Denne bog er tilegnet H.K.H. Kronprinsesse Mary  
og alle andre, der yder en stor indsats for, at børn skal få det bedre.*



## Forord ved redaktøren

# Karsten Kaas Ibsen

Under processen for denne bogs tilblivelse har jeg modtaget materiale, fotos og mange positive hilsner og opmuntringer fra pædiatere fra alle dele af landet. Kun et mindre antal har måtte rykkes, nogle få har leveret materiale i et omfang, som var nok til at fylde en bog med deres stof alene, mens nogle enkelte har opgivet at levere noget materiale overhovedet, på trods af flere opfordringer. Perioden 1908 - 1960 er omhyggelig beskrevet af Erik Thamdrup i bogen "Pædiatri i Danmark. Træk fra den historiske udvikling" (1), men jeg har efter aftale med Erik Thamdrup og Lægeforeningens forlag, fået tilladelse til at anvende hele eller dele af Erik Thamdrups manus, i et forsøg på at give den bredest mulige samlede beskrivelse af udviklingen og de mange muligheder, der har været og også i fremtiden vil være indenfor børneområdet, syge børn og børnelæger (2).

Redaktøren har forfattet en del af materialet selv, ud fra forskellige kilder, herunder egen hukommelse, der ikke er hvad den har været. Skulle der derfor have indsnæget en enkelt fejlhuskning beder jeg læseren om undskyldning, idet jeg har gjort meget, for at bogen skulle blive så historisk korrekt som muligt. DPS bestyrelse har givet mig frie hænder, hvorfor beskrivelserne alene er på forfatterens ansvar. Bogen er forsøgt skrevet med et glimt i øjet, og skulle du synes, at nogle beskrivelser bliver for lange, så husk, at du kun ser toppen af isbjerget.

Tak til alle, der via e-mail, Post Danmark, telefonopkald, lydband, dias, CD, fotos, mv. har leveret materiale til denne bog. En særlig tak til overlæge Knud W. Kastrup og overlæge Peter Christiansen for tålmodig korrekturlæsning og kloge kommentarer, samt overlæge Erik Arthur Andersen for lån af fotoalbum med billeder fra Fuglebakken, hvor hans mors søster Oline Petersen var afdelingssygeplejerske i en menneskealder.

Nedenstående er genbrug, et direkte citat, skrevet af en kollega for længe siden (3), og har fortsat en vis, men aftagende aktualitet:

*...”på mange punkter hersker der uenighed blandt pædiaterne. Det har da ikke altid været let for mig at skifte (dele) sol og vind lige mellem de stridende parter, og for at undgå uklarheder har det ofte været nødvendigt, at urgere (fremkomme med) min personlige opfattelse stærkere end jeg egentlig finder klædeligt. Det må da måske tjene til min undskyldning, at ” In magnis et voluisse sat est” (Ved store opgaver er det i reglen nok, at have vist viljen, Propertius ca. år 45 B.C.) (3)*

Virum foråret 2008  
**Karsten Kaas Ibsen**



## Forord ved DPS formand **Klaus Børch**



Gennem de seneste hundrede år har opfattelsen af børn ændret sig markant. Man har indset, at børn ikke er små voksne. Børn har særlige behov, og det er også særlige sygdomme, der præger barnealderen. Man indså, at der var behov for særlige hospitalsafdelinger for børn, og specialet om børns sygdomme – pædiatri – blev i denne periode etableret på de danske sygehuse. Den første del af dansk pædiatri historie – fra stiftelsen i 1908 og til 1960'erne - er glimrende beskrevet af overlæge, dr.med. Erik Thamdrup i "Pædiatri i Danmark. Træk af den historiske udvikling". Dansk pædiatri har siden 1960'erne gennemgået en betydelig udvikling både fagligt og organisatorisk. Bestyrelsen har derfor fundet det naturligt i forbindelse med selskabets 100 års jubilæum, at den danske pædiatri historie med særligt fokus på de seneste 40-50 år bliver beskrevet. Overlæge, dr.med. Karsten Kaas Ibsen har påtaget sig denne store opgave, og jeg vil på selskabets vegne takke for den store indsats og det meget smukke resultat.

Sygdomsmønstret blandt børn i Danmark har ændret sig betydeligt gennem selskabets historie. Ved selskabets grundlæggelse var børnedødeligheden stor, og infektionssygdomme og spædbørnsdødeligheden var de store udfordringer. Børnedødeligheden er faldet dramatisk og sygdomme, som tidligere blev betragtet som uhelbredelige, er der nu behandlinger for.

Flere børn med kroniske sygdomme vil blive voksne, men den nok største udfordringer for dansk pædiatri er livsstilssygdomme. Der er tale om sygdomme, som primært rammer unge og det vil være naturligt, at ungdomsmedicinen integreres i pædiatrien, således at der kan ydes en høj faglig indsats for unge i den del af livet, hvor de gennemgår den største fysiske og psykiske udvikling.

Selskabet skal sikre et fortsat høj fagligt niveau i behandlingen af børn og unge. Der vil være behov for en fortsat forskningsindsats, men også at der etableres forebyggelses- og behandlingstilbud, som retter ikke bare til børn, men også imødekommer unges behov.

***Klaus Børch***

Formand

Dansk Pædiatrisk Selskab





# Kapitel 1

## Pædiatri som speciale

Betegnelsen pædiatri er afledt af det græske pais=barn og iatrike=lægekunst. Da der jo ikke er mange, der taler græsk i Danmark, kunne man jo ligeså godt bruge det danske ord børnesygdomme, ligesom englænderne har gjort i århundreder.

Den egentlige grundlægger af pædiatrien som specialfag er svenskeren Ro'sen von Rosenstein (1706-1773), der i 1764 udgav en opsigtsvækkende bog om sygdomme i barnealderen, en bog, der oversattes på flere sprog og i mere end et halvt århundrede anvendtes som lærebog i adskillige lande. (4) nordisk lærebog i pædiatri 1945

Med hensyn til universiteternes stilling har Sverige æren af i 1845 at have oprettet den første lærestol i pædiatri, vistnok den første i verden. Først i 1939 er pædiatri blevet eksamensfag i Danmark. (5) Monrad i indledningen i Nordisk Lærebog i Pædiatri 1945, udsendt efter hans død)

”Den danske pædiatris grundlægger var Harald Hirschsprung (1830-1916). Under sit virke som professor og overlæge ved Dronning Louises Børnehospital gjorde han hospitalet til hjemsted for dansk pædiatrisk forskning” skriver Karsten Roed Petersen i statusartikel, (6) og han fortsætter;” Da den unge Harald besluttede ikke at træde ind i familiens tobaksfirma til fordel for at studere medicin, skulle dette blive anledning til, at Hirschsprungs navn vandt uddødelighed.”

Pædiatrien omfatter diagnostik, behandling og kontrol af medfødte og erhvervede lidelser og afvigelser fra normalfunktion fra fødslen til overstået pubertet, rådgivning om børns psykiske og fysiske udvikling samt forebyggelse af sygdom og funktionsforstyrrelser.

”Pædiatrien er efterhånden blevet et så omfattende fag, at den ikke i hele sit omfang kan behandles nøjagtig af en enkelt” skrev Monrad i sin bog ”pædiatriske forelæsninger og studier” i 1902 (7) , et oplæg til de næste 100 års specialisering indenfor faget.

I Danmark har man tidligere opfattet en pædiatrisk patient som et barn i alderen 0-14 år. Ifølge FN's Børnekonvention fra 1989 (9) defineres børn som individer i alderen 0-17 år, og i de fleste lande som vi sammenligner os med varetager pædiatrien også syge børn i alderen 0-17 år. I Danmark sker der en gradvis opbygning af adolescensmedicinen, især inden for behandlingen af kroniske sygdomme.



Figur 1 Monrads lærebog (8)

Pædiatri er i modsætning til de fleste andre lægespecialer aldersdefineret og ikke organ-defineret. Sygdomsmønstret indenfor mange områder er forskelligt hos børn og voksne. Sygdom, der rammer en organisme i vækst, influerer på både symptomerne og forløbet, hvorfor forløb og prognose i vidtgående grad er aldersafhængige.

Nogle sygdomme er helt specielle for barnealderen: sygdomme i nyfødthedsperioden som RDS, medfødte misdannelser, kromosom- og metaboliske sygdomme, vægt- og vækstproblemer for blot at nævne nogle få. Pædiaterne skal tillige kunne vurdere barnet som en helhed, somatisk, psykisk og socialt.

Pædiatri er i dag ifølge sundhedsstyrelsen defineret som det medicinske speciale og profylakse fra fødslen og til pubertetens afslutning i 15-16 års alderen, en definition der af mange har været ønsket ændret til det fyldte 18 år, hvilket ville være i overensstemmelse med lovgivning, myndighedsalder etc., der ofte skiller ved 18 år.

”Hos de gamle indiske læger, og hos Hippokrates og Galen fandtes spredte notitser om børnesygdomme, men i det store og hele blev der hverken i oldtiden eller middelalderen taget hensyn til børnene. Man betragtede dem som skabninger der kunne blive mennesker, men de var det ikke”, skrev Monrad i 1902 (8). Vi skal så langt hen som til slutningen af det 18. århundrede, inden der begynder at vågne en interesse for sygdomme i barnealderen. Indtil da var der praktisk taget ingen læger, der beskæftigede sig med børn, bortset fra fødelægerne (6)

## **Hvem bliver børnelæge?**

Et af de store anerkendte lægetidsskrifter beskrev en gang hvordan læger med slagtermentalitet blev kirurger, medicinerne var de mere tænksomme, psykiaterne havde ofte selv store eksistentielle problemer, mens børnelæger typisk var den bløde mand med interesse for ”frimærkesamling” af sjældne syndromer og diagnoser.

Min oplevelse af børnelæger er snarere højt begavede, veluddannede og bredt funderede og engagerede klinikere med gode evner til det administrative, forskning, undervisning, og kommunikation med børn, forældre og kolleger, og med godt humør på trods af belastende vagter, overbookede ambulatorier og sengeafsnit, og modtagelser uden tilstrækkelig sekretærhjælp.

## **Hvad bruges børnelæger til?**

*Det kliniske spekter spænder*

- fra de mindste for tidligt fødte immature på 5-600 gram, der kræver intensiv højteknologisk behandling og observation til svært overvægtige unge med vægt over 150 kg. fra familier hvor overvægt er en livsstilssygdom eller et velstandssymbol, der kan medføre livstruende tilstande med hjerte-karsygdomme, hypertension og type 2 diabetes,

- fra de mindste dværge til de tårnhøje, der gerne vil have væksten stoppet,

- fra de hyperakutte dødssyge meningitisbørn, pneumonier, gastroenteritter, forgiftninger og krampebørn, der bare skal behandles her og nu, og de akut syge med infektionssygdomme, hvor børnene ofte er raske dagen efter på den rigtige behandling til de kronisk syge børn med cancer, leukæmi, cystisk fibrose eller cerebral parese børn med generelle indlæringsproblemer, hvor selv de mindste fremskridt tolkes positivt, og til socialpædiatrien med barnet i den samspilsramte familie med enlige forsørgere, dårligt uddannede forældre, elendig økonomi, og boligforhold suppleret med et alkohol- eller stofmisbrug, og hvor mobning i skolen og incest i hjemmet hører til dagens orden.

- fra børn med ”storkebid” og varmeknopper hos det glad smilende astmatisk bronchitis barn med bekymrede forældre til det svært dårlige kronisk prægede allergibarn med universelt inficeret eksem, luftvejsallergi med kronisk hoste og fødevarerallergi med vægttab. - for bare at nævne nogle få eksempler.

Alle disse forskellige problemer i barnealderen behandles af veluddannede pædiatere bistået af en kreds af dygtige specialuddannede børnesygeplejersker, psykologer, socialrådgivere, diætister, fysio- og ergoterapeuter, fodterapeuter, m.fl.

### **Kan man leve af at være praktiserende børnelæge?**

I 1960 forbedrede man mulighederne for at drive speciallægepraksis, idet det blev lettere for gruppe A medlemmer af sygekassen at blive henvist til praktiserende speciallæge. Alligevel var der i 1983 kun 3 ud af 19 praktiserende speciallæger der havde dette som eneste indtægtskilde (12). I 2006 var der 23 heltidspraktiserende og 13 deltids praktiserende børnelæger (13)

I de sidste årtier har børnelægepraksis klart vist, at der er et stort behov, også for fuldtidsstillinger, i 1980'erne og 1990'erne som f. eks. Ragnhild Dissing, Jens Löchte, Erik og Erling Lykkegård, Helle Rotne, Ole Wolters, Flemming Holck, Birgitte Marner, Jan U. Secher, Anne Bertelsen Secher og man uden problemer ”overlever” både fagligt og økonomisk. Ellers er der da andre muligheder.

## **Børnelægerne i Danmark ernærer sig i dag ved (11,14):**

Ansættelse ved de offentlige sygehuse i ind- og udland som :

- Sygehusdirektør, centerdirektør, centerleder, cheflæge, vicedirektør, klinikleder mv i sygehusenes ledelser
- ledende eller administrerende overlæger eller som
- overlæger, afdelingslæger eller ”yngre læge” med klinisk arbejde, med eller uden vagt ved børneafdelinger, ambulatorier og børnecentre
- professorer (forskning, undervisning)
- Konsulenter, også ved privathospitaler eller del af et vagtkorps, f.eks. på fødeafdelinger

I medicinalindustrien, på universiteterne, og Den Kongelige Veterinær- og Landbohøjskole (fra 1.1. 2007 Københavns Universitet) som:

- Professorer, medical director, medical adviser, medical intelligence man, projektkoordinatorer, forskere, undervisere og konsulenter

Med overenskomst med sygesikringen som:

- Praktiserende speciallæger i pædiatri
- Almen praktiserende læger
- Stiftslæge

Ansættelse i primærkommunerne som

- Folkesundhedschef, kommunallæger, børne/ungelæger, tidligere skolelæger og skoleoverlæger, tidligere læger ved børneplejestationerne
- Socialoverlæger i social- og sundhedsforvaltninger Institutioner f.ex. Konsulenter, institutionslæger i specialinstitutioner som tale-høreinstitut og specialskoler.

Ansættelse i andre offentlige institutioner og styrelser:

- Sundhedsstyrelsen: Konsulenter
- Sundhedsvæsenets Patientklagenævn: Sagkyndige
- Adoptionssamråd og adoptionnævn: Medlemmer

Medlem af folketinget

Embedslægevæsenet: Embedslæger eller embedslægeassistenter

### Private organisationer:

- Julemærkefonden: Visitator
- Konsulent for adoptionsorganisationer som Adoption Center
- Forsikringslæge hos "Europæiske" rejseforsikring
- Præsident for Dansk Røde Kors

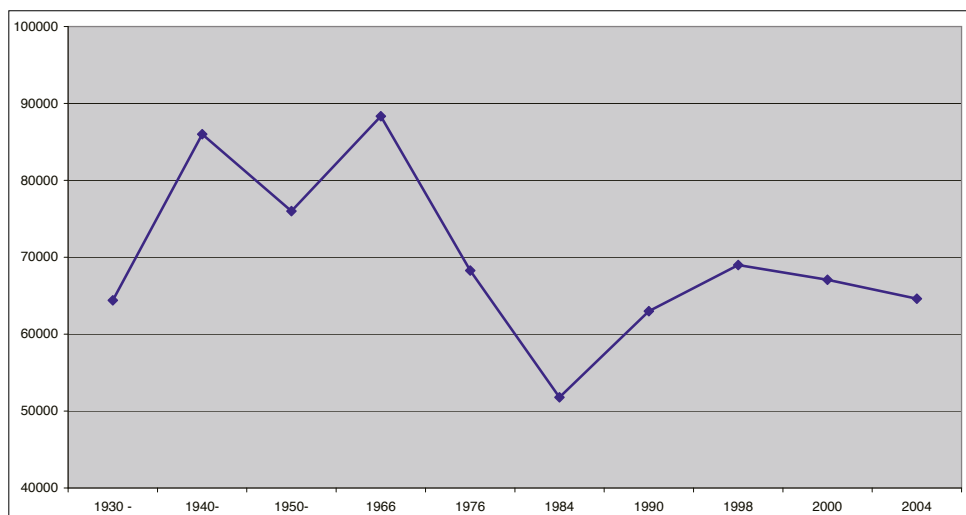
Rådgiver for internationale organisationer

- WHO, EU og Unicef

Børnebogs- eller lærebogsforfatter

Antikvitethandler med PH lamper (15)

*Sig så en gang til, at børnelæger er ensidige "frimærkesamlere".*



*Figur 2. Fødselsstatistik: Antal levendefødte børn 1930-2004*



*Figur 3. Børnelægen Christian Uldall undersøger et barn på børneplejestation. 1956*



*Figur 4. Ca. 12 år ældre Christian Uldall undersøger barn på børneplejestation. Bemærk forskellen på stetoskoperne på de to billeder fra 1956 og 1968.*

Næsten 100 år

Christian Uldall var praktiserende speciallæge i børnesygdomme i Hellerup fra 1943 og indtil han i 1988 blev 80 år. Hans baggrund for at gå i praksis var et mislykket disputatsarbejde, der resulterede i at han stod uden stilling i over 2 måneder i 1939. Da en almen praksis blev ledig overtog han den og i 1944 ændrede han den til børnelæge praksis. Disputatsarbejdet gik i vasken fordi de mus, han havde fået fra USA ikke udviklede kræft, som han var blevet lovet. Han fungerede som læge for forældrene også, og havde derudover bijob som læge ved en række børnehaver, børneplejestationer, og som skolelæge i Hvidovre.

Hans søn overlæge Peter Uldall, neuropædiater fortæller, at hans far kunne en del tricks. "Når han havde otoskopert børnene, bad han dem om at puste lyset ud, og stor var deres undren, når lyset gik ud, idet han slukkede lampen".

"Når en mor kom og var gravid forudsagde min far altid kønnet med 100 % sikkerhed. - han sagde det blev en pige – når de så kom senere og det viste sig at det var en dreng- tog han journalen frem og viste, at han havde lagt en seddel hvor der stod det bliver en dreng – moderen må have husket galt – hvis kønnet var rigtigt smed han bare sedlen ud. Han passede sine patienter i døgndrift, men havde den aftale med sine familier, at han efter sovetid kun tog telefonen, hvis de ringede 3 gange." Ved hans 90 års fødselsdag i 1998 blev han fejret i Berlingske Tidende under overskriften "Blød børnelæge med hård forhånd", det sidste hentydede til tennis-spillet. Han blev populær i Gentoftekredse for at ordinere rød sodavand til børn med diarre' og opkastninger, en dengang ret utraditionel behandling. I dag ved alle, at sukkervand er afgørende vigtigt ved behandling af diarre' sygdomme.(17)

Christian Uldall døde i december 2007, få måneder før han ville være fyldt 100 år

## **Hvor længe lever børnelæger?**

Ifølge Dagens Medicin (16) har en undersøgelse fra Sverige vist følgende gennemsnitlige livslængde for læger:

Anæstesiologer 64 år

Læger generelt 73 år

Pædiatere 77 år

Svenske mænd generelt 77 år

Svenske kvinder generelt 81 år

## **Hvordan bliver man børnelæge?**

Svar i "spørg børnelægen" på internettet ved Morten Gervil til ung pige: Først skal du være student, derefter skal du læse medicin på universitetet. Det tager ca. 7 1/2 år. Derefter skal du som læge specialisere dig til børnelæge. Det tager ca. 6-8 år. Du skal altså regne med ca. 17 år fra du starter i gymnasiet (17).

## Syge børn i mere end 200 år, milepæle:

1802 Verdens første børnehospital åbner i Paris

1850 Danmarks første børnehospital åbner i Rigensgade, København

1854 Sophus Engelstedts disputats påviser gode muligheder for helbredelse af tuberkulose, tidens største helbredsmæssige problem

1875 Kysthospitalet på Refsnæs indvies som betalingshospital, 2 kr. pr. dag,



Figur 5. Centralt placeret puslebord.

1879 Dronning Louises børnehospital tages i brug

1899 Odense, landets første rigtige børneafdeling oprettes med 10 senge

1901 Nationalforeningen til Tuberkulosens bekæmpelse stiftes

1902 Sanatorium med plads til 52 børn med tuberkulose indvies under navnet "Kysthospitalet ved Juelsminde"

1902 Dr.med. S. Monrad udgiver "pædiatriske forelæsninger og studier", den første lærebog i pædiatri på dansk

1904 Verdens første julemærke udgives i Danmark "til gavn for børn"

- børnehjælpsdagen afholdes for første gang

1904-1911 julemærket sælges til gavn for tuberkuløse børn

1908 Dansk Pædiatrisk Selskab oprettes

1908 Lov tillæg sikrer oprettelsen af børneafdeling på Rigshospitalet

1910 Rigshospitalets børneafdeling indvies

1912-1939 Julemærket sælges til fordel for underernærede børn

1915 Danske Børnelægers Organisation DBO oprettes

1916 Børnetuberkulose hospitalet Koldingfjord, indvies og overdrages til Nationalforeningen mod Tuberkulose, og julemærkekomiteen går af.



1940-1975 Julemærket sælges til gavn for vanskelige børn

1943 Tyskerne besætter og beslaglægger børneafdelingen i Århus, som må genhuses i en anden bygning

1950 Pædiatrisk endokrinologisk klinik startes af Oluf Andersen og videreføres af Henning Andersen, først på Dr. Louise, senere på Fuglebakken

1954 SALK poliovaccine introduceres

1957 SABIN poliovaccine introduceres

1959 Surfactant introduceres

1963 PKU-test introduceres

1965 NICU introduceres

1971 Halvdelen af indlagte børn i Århus ligger ikke på en børneafdeling

1975 Stort set alle leucæmibørn dør

1976-2008 Julemærket sælges til gavn for overvægtige børn

John F. Kennedyinstituttet oprettes

1977 Kopper udryddet globalt

1980 HIV-AIDS introduceres

1985 HiB vaccine introduceres

1987 MFR vaccination bliver indført i 15 måneder og 12 årsalderen

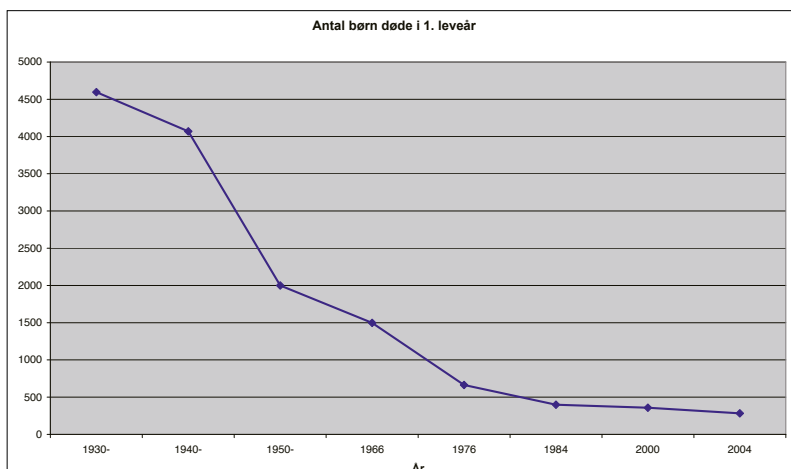
1993 Polio udryddet på den vestlige halvkugle

1994 Ziclovurin introduceres til HIV pos. mødre

2006 Amterne nedlægges. Kennedyinstituttet og Statens Øjenklinik sammenlægges til KISØ i Glostrup

2007 Danmark opdeles i 5 regioner og 98 kommuner

2008 Stortset alle leukæmibørn overlever og Dansk Pædiatrisk Selskab kan fejre 100 års jubilæum



*Figur 6. Antallet af døde børn i 1. leveår i perioden fra 1930-2004.*



## Kapitel 2

# Dansk Pædiatrisk Selskab

Da Dansk Pædiatrisk selskab afholdt sit konstituerende møde den 13. oktober 1908 på Dronning Louises børnehospital, var det på initiativ af overlæge Svenn Monrad, der på det tidspunkt var den eneste børnelæge med en fast hospitalsansættelse, Der var i alt 14 børnelæger tilstede ved det stiftende møde, dog ikke Hirschsprung, der havde sendt afbud.(18)

Ifølge forhandlingsprotokollen (19) deltog foruden Svenn Monrad:

August Vilhelm Asmund, leder af børneplejestationerne, senere kommunelæge

Jørgen Peter Herman Bech, nuv. reservelæge ved børnehospitalet, senere overlæge ved Odense Børnehospital

C.E. Bloch, leder af poliklinikens afd. for børnesygdomme, senere overlæge og professor ved Rigshospitalets børneafdeling,

Ejner Fabricius-Bjerre, leder af ”Bangs børnehospital”, senere skolelæge og praktiserende speciallæge på Frederiksberg

Emil Frederik Hendriksen, leder af poliklinikkens børneafdeling

J.C.B. Krarup, leder af Frederiksbergs poliklinik, afd. for børnesygdomme

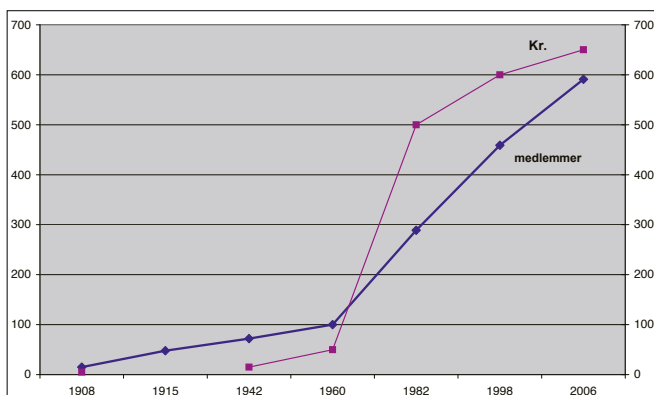
Otto Lenstrup, senere afdelingslæge ved Københavns poliklinik for børnesygdomme

Chr. Martin La Marie, nuv. leder af Marthahjemmets poliklinik, senere livlæge og hofmedicus

Adolph Meyer, leder af Børnehospitalets poliklinik på Vesterbro, senere overlæge på Martinsvej

Benny Meyer, reservelæge ved børnehospitalet, senere leder af børnehospitalets poliklinik på Christianshavn og praksis i København

Leopold Meyer, professor i fødselshjælp og spæde børns sygdomme ved universitetet (Københavns).



Figur 7.  
Oversigt over medlemsantal  
og kontingent i DPS

Emil Israel-Rosenthal leder af poliklinikkens afdeling for børnesygdomme, senere overlæge ved Kommunehospitalets 2. afd.

H.A. Breuning-Storm fhv. leder af poliklinikkens afd. for børnesygdomme.

## **DPS, udviklingen i medlemstal og kontingent over 100 år**

Fra den spæde start i 1908 med 15 medlemmer og et årskontingent på 5 kroner, rundede man de 100 medlemmer i 1960 og forventer at runde de 600 medlemmer i 2008, hvor kontingentet er steget til 650 kroner pr. år. (20-56)

### **Medlemmernes køn:**

#### *Fra mandefag til kvindefag*

De første kvindelige læger blev medlemmer af DPS i 1915, og var Ingeborg Jacobsen, Helga Meisen og Carla Flemming Møller. De kvindelige læger blev ifølge Poul Hertz (57) tituleret med fru eller frøken, og først senere med doktor.

I 1980'erne hvor der stadig var relativt få kvindelige pædiatere, var det med ikke at blive overset eller forvekslet med en sekretær eller patient. Birgitte Weile havde derfor anskaffet sig et meget stort rødt skilt hvor der med store bogstaver stod "LÆGE". En lignende foranstaltning vil næppe være nødvendig i dag, hvor ca. 80% af børnelægerne er kvinder.

I 1997 var 35 ud af 46 ansøgere (76%) til uddannelsesstillingerne i pædiatri kvinder.

## **DPS møderne fra stiftelsen i 1908 og frem**

Denne periode er omhyggelig beskrevet af Erik Thamdrup i bogen "Pædiatri i Danmark. Træk fra den historiske udvikling" (1), men jeg har efter aftale med Erik Thamdrup og Lægeforeningens forlag, fået tilladelse til at anvende hele eller dele af Erik Thamdrups manuskript, i et forsøg på at give den bredest mulige samlede beskrivelse af udviklingen indenfor børneområdet, syge børn og børnelæger igennem de sidste 100 år. (2)

De første møder:

Det stiftende møde afholdtes den 13. oktober 1908 på Dronning Louises Børnehospital: hvor initiativtagerne udarbejdede udkast til vedtægter.(20)

På selskabets 1. ordinære møde den 4. november 1908 var 1. punkt på dagsordenen vedtægter, der blev endelig vedtaget. Formålet var ifølge vedtægterne, at fremme det pædiatriske studium hovedsagelig ved demonstrationer og diskussioner. Optagelse af nye medlemmer finder som regel kun sted på sidste årsmøde. Bestyrelsen bestod kun af 2 personer en formand, der skulle indkalde og lede selskabets møder og en sekretær, der skulle referere selskabets forhandlinger og føre dets regnskaber.

DPS første formand blev Svend Monrad, der var formand fra stiftelsen af DPS i 1908 og til 1912 bistået af Adolph Meyer som sekretær. *DPS øvrige formænd, se side 52*

## Carl Friderichsen og pædiatriens etablering

Museumsinspektør Søren Bak-Jensen

*Carl Friderichsen var gennem en menneskealder en central figur i dansk pædiatri. Han blev født i København i 1886, uddannede mediciner ved Københavns Universitet og modtog sin kandidatgrad i 1912. Efter udlandsophold i Tyskland, Frankrig og England samt kortere ansættelser ved hospitaler i København beholdte Friderichsen sig for at hellige sig arbejdet med de særlige forhold omkring børns sygdomme og deres helbedelse [1].*

Pædiatri var et område, der havde været lavt prioriteret af det offentlige sundhedsvæsen, men som i starten af 1900-tallet med stigende oplysning, sikkes midtens af 1800-tallet havde der eksisteret private børnehospitaler, og der var en udbredt opfattelse af, at undersøgelser for denne patientgruppe ikke var en offentlig sag. Imidlertid opstod det i 1879 oprettede Dronning Louises Børnehospital i København under ledelse af Hans Hoffmeyer (1830-1916) både international og national anerkendelse som en veludrustet og nyttig institution. Det medvirkede til at fremme pædiatrien i Danmark, og i 1910 blev der med indvirkning af Rigshospitalets børneafdeling for første gang oprettet en pædiatrisk afdeling under det offentlige hospitalsvæsen (Figur 1). Afdelingen blev ledet af Carl Eduard Rösch (1872-1928), der i 1916 også blev professor i pædiatri [2].

I januar 1917, da Friderichsen arbejdede som 2. reserve-læge på Rigshospitalets børneafdeling, observerede han, hvordan en seks måneders gammel dreng døde som følge af akut degeneration af leveren på grund af blødninger. Døden indtraf kun få timer efter, at de første symptomer, primært små blødninger under huden, havde vist sig. Friderichsen un-

dersøgte journaler fra andre københavnske hospitaler og opdagede to lignende tilfælde. En gennemgang af den internationale litteratur ledte ham på sporet af 25 andre tilfælde, blandt andet den engelske læge Roger Waterhouse (1873-1958) beskriver fra 1911 af en otte måneder gammel drengs død under lignende omstændigheder. Det var klart, at disse tilfælde adskilte sig fra binyrebhønhjerner hos både børn og voksne, og Friderichsen havde derfor mistanke om, at det var tale om en hidtil ukendt form for binyreepitaki. Han publicerede sine resultater på dansk i 1917 og anså infektion eller forgiftning for at være de sandsynlige årsager til blødningsgenet. Året efter blev resultaterne offentliggjort på tysk, og det skabte international opmærksomhed omkring denne nye sygdom. Egenskab tilfælde blev rapporteret hovedsageligt i de følgende år, og i 1933 blev sygdommen navngivet Waterhouse-Friderichsens syndrom [1, 3].

Berømmelsen bragte prestige til dansk pædiatri, og Friderichsen fortsatte gennem sin karriere med at markere sig som en meget aktiv forsker med en lang række publikationer vedrørende diagnose og behandling af blandt andet langbetændelse, febrilske anfælder og A-vitamin-mangel. Forskningsarbejdet havde sit udgangspunkt i Friderichsens kliniske opgaver, primært som overlæge ved Sundby Hospitalts børneafdeling gennem 25 år, men også i hans store private praksis, der indbragte ham penge til at opføre sig selv. I 1915, året før han pension fra Sundby Hospital, kastede Friderichsen et udfordrende tilbud om at udvandre til Waterhouse-Friderichsens syndroms årsager og behandling siden sin oprindelige publikation. Det var klart, at langt de fleste tilfælde skyldes meningokokinfektion, men også at op mod 20% skyldes andre infektioner. Vigtigst var det dog, at der var sket enorme terapeutiske fremskridt. Frem til 1938 havde alle kendte tilfælde været fatale, men først sulfonamider og senere penicillin havde muliggjort helbedelse. Ivis behandlingen blev iværksat hurtigt [1].

Carl Friderichsen døde i 1982.

Korrespondance: Søren Bak-Jensen, Medicinske Museer, Københavns Universitet, Frederiksborgvej 18, DK-1330 København K. E-mail: sba@med.ku.dk

### Litteratur

1. Platt R. Carl Friderichsen. *Acta Paediatr* 1966;45:329-33.
2. Thomsen E. Pædiatri i Danmark. København: Lægeforeningens forlag, 1994.
3. Nissen J, Olsen K, Steensen S. *Apoptosis in the liver and Carl Friderichsen's syndrome*. *J Intern Med* 1998;184:43-7.
4. Melchior JC. Carl Friderichsen. *Ugeskr Læger* 1982;144:1733-4.



Patienter på Rigshospitalets børneafdeling, ca. 1920. Gengivet med tilladelse af Medicinske Museer.

*Figur 8. Lægeforeningen bragte ved foreningens 150 års fødselsdag bl.a. denne artikel i Ugeskrift for Læger*

På det første møde blev det besluttet, dagsorden punkt 2, at offentliggøre selskabets "forhandlinger" i Nordisk tidsskrift for terapi, idet redaktøren havde tilbudt selskabet, at gøre dette vederlagsfrit.

Dagsorden punkt 3 var dr. Lenstrups forslag om at optage dr.med. H.P.T. Ørum som medlem, og da dette var vedtaget gik man over til patientdemonstrationerne.

Monrad gennemgik kort de forskellige symptomer ved broncialglandeltuberkulose og der var herefter demonstration af en 2 årig pige med broncialglandeltuberkulose, der havde været indlagt et halvt år på Børnehospitalet. Næste patient havde megacolon, og den sidste var en 4 måneders dreng med luxatio genus cong. duplex.

Referatet fylder 16 tætskrevne sider i protokollen og i mødet deltog 13 medlemmer.

De dårligst stillede børnefamilier truedes på dette tidspunkt af mangelsygdomme og fejlernæring, hvorfor DPS møder i de første årtier er præget af disse sygdomme.

I de første 12 møder udgjorde meddelelser om infektionssygdomme 33%, fordøjelseskana-lens sygdomme 25%, mens sygdomme som medfødte stofskiftefejl, nyfødtes sygdomme (fra 1940-50) og allergi først langt senere fik en plads i pædiatrien.

Neurologiske sygdomme har i alle årene været et hyppigt emne, i perioden 1920-30 ca.25% af alle ikke mindst på grund af Knud Krabbes indsats.

Ved DPS møderne har hyppigheden af foredrag om endocrine og hæmatologiske problemer været ret konstant gennem årtierne, mens emner som adfærd og psykisk udvikling har været sjældne i de første årtier.

Meddelelser om ernæring, diegivning, mælkeproblemer og avitaminoser har udgjort omkring 10% af meddelelserne frem til ca. 1940.

### **DPS under 2. verdenskrig:**

Møderne og det kollegiale og selskabelige samvær syntes at fortsætte næsten uændret under krigen. DPS mødet den 14. maj 1941, blev betragtet som et jubilæumsmøde, idet det var møde nr. 200. Adolph H. Meyer, der var en af selskabets stiftere, fortalte om DPS siden dets start. Han afslørede her, at mødedeltagerne i DPS møder i de første 5-7 år i reglen samledes til aftensmad i restaurant la Reine. Under 1. verdenskrig var dette ikke muligt, men selskabets nestor Benny Meyer åbnede da gæstfrit sit hjem for selskabets foredragsholdere og mange af dets medlemmer.

Mødet foregik på restaurant Grønningen til smørebrød, øl, kaffe og for nogle deltageres vedkommende snaps. 5 talere. Pris pr. person 5 kr. inklusive drikkepenge, men eksklusivt snaps.

Generalforsamlingen i 1941 havde samlet 35 deltagere. Man blev enige om, at fortsætte med uændret årskontingent på 10 kr. endnu et år, for i 1942 at foretage den drastiske stigning på 50% til 15 kr. i årskontingent. I 1943 indsamlede man frivillige bidrag til krigsfadderskab for et finsk barn og der indkom 470,-kr., hvoraf de 420,- kr. gik til fadderskabet medens 45,- kr. blev brugt til 3 gavepakker. P. Drucker toppede ved indsamlingen med et bidrag på 50,- kr.

I 1942 diskuterede man varmebehandling af mælk, rachitisprofylakse og Wilken-Jensen fortalte om insulinbehandling af allergiske patienter, specielt astmatiske børn. Krigsårene bød også på en kasuistik om adipositas hos en 10 årig dreng, uvidende om, at dette skulle blive et af de største helbredsmæssige problemer 60 år efter.

Gunnar Nielsen holdt ved møde nr. 215 i 1943 et 20 minutters foredrag om det normale blodtryk hos børn, en på det tidspunkt ret så ukendt og sjældent målt parameter og der blev også tid til fremvisning af farvefilm om livet på et julemærkehjem, præsenteret af julemærkehjemmenes daværende visitator Valdemar Poulsen.

Ved møde nr. 217 i 1943 blev man enige om, at nedsætte et udvalg, der skulle undersøge mulighederne for oprettelse af en modernælscentral, en funktion der i mange år fungerede på Børnehospitalet på Fuglebakkens og senere er overført til Hvidovre Hospital (57).

I 1944 opkrævede man udover årskontingentet på 15 kr. et ekstrabeløb af hvert medlem på 10 kr. til det finske fadderskab.

Det sidste møde inden krigens afslutning blev afholdt 14 marts 1945 og handlede om calemette vaccination af børn og ulcus hos børn (21).



*Figur 9. Ammemælkscentralens bil.  
Billedet er venligst udlånt af Medicinsk  
Museion*

## **DPS efter krigen**

### *Julemøderne – man hygger sig*

Ved julemødet i 1955 (Møde nr. 313. den 1. december 1955) var der foredrag af K. Tolstrup: ”De magre børn”, et emne, der fortsat fylder meget i børne- og ungdomspsykiatrien.

Beretninger fra rejser i det store udland var et ret almindeligt programpunkt i disse år. Således sluttede julemødet i 1955 med, at professor Preben Plum fortalte om sin rejse til Brasilien, mens professor B. Friis-Hansen holdt et lysbilledforedrag om et år i Centralafrika ved julemødet i 1959. Også ved det efterfølgende DPS møde nr. 348 fortsatte B. Friis-Hansen sine Afrika-oplevelser med foredrag, dels om a-vitaminmangel og blindhed hos afrikanske børn, dels om anæmi, malnutritio og parasitinfektioner hos børn. HIV og AIDS var ukendt på den tid (18).

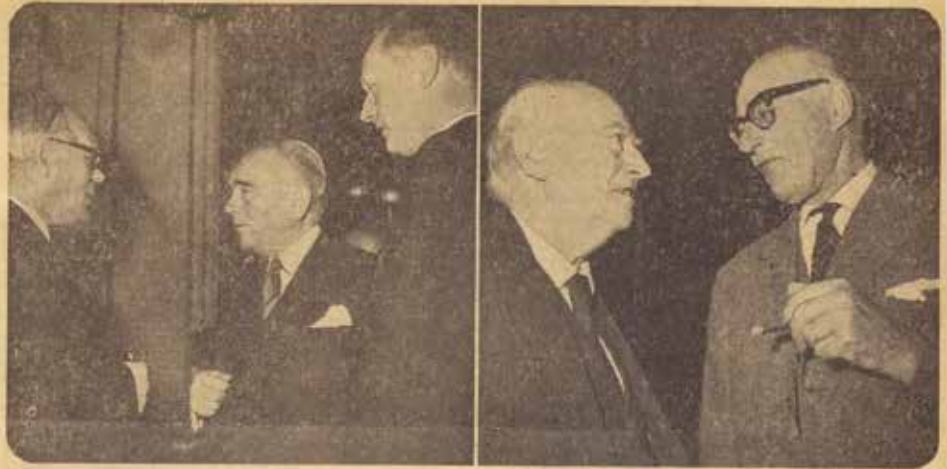
Firs børnelæger deltog i julemødet i 1955 og udgiften til rødvin, cognac og cigarer var for 70 deltagere ved det efterfølgende fælles traktement 449,35 kr, mens udgifterne i 1959 (347. møde, julemødet 17. december 1959) i Domus Medica, hvor der var buffet, øl og snaps, kaffe og cognac og efterfølgende dans var en samlet udgift til servering mv. på 1135,05 kr. for 49 deltagere. Hver deltager havde betalt 20 kr. for at deltage.

## **DPS 50 års jubilæum 1958.**

I 1958 kunne DPS fejre 50 års jubilæum, og det fejredes bl.a. ved, at Poul Hertz i et causeri omtalte emner fra de første møder. (58-62)

Og som overlæge, dr. med. P. W. Bræstrup, formand for DPS i 1958 udtrykte det ved jubilæumstalen i Domus Medica for indbudte gæster som indenrigsministeren, hospitalsborgmesteren, medicinaldirektøren, stadslægen og rektor for Københavns Universitet (21):

Børnelægerne kan glæde sig over, at de steder, hvor de er aktivt med fra det øjeblik barnet er født, er risikoen for død ved selve fødslen og derved hele spædbørnsdødeligheden blevet lavere end man ser noget sted.



Fra børnelægerne reception. Fra venstre indenrigsminister Søren Olesen, medicinaldirektør Johs. Frandsen og formanden for Pædiatrisk Selskab, overlæge, dr. med. P. W. Bræstrup. Til højre de nyudnævnte æresmedlemmerne, overlægerne Knud Krabbe og C. Friderichsen (t. h.).

## Da børnelægerne ikke blev regnet for noget

Formanden for Pædiatrisk Selskab, overlæge P. W. Bræstrup, ser tilbage ved selskabets 50 års fødselsdag

Børnelægerne kan glæde sig over, at de steder, hvor de er aktivt med fra det øjeblik, barnet er født, er dødsrisikoen ved selve fødslen og dermed hele spædbarnsdødeligheden blevet lavere, end man ser noget andet sted. Det var formanden for «Pædiatrisk Selskab», overlæge, dr. med. P. W. Bræstrup, der sagde det i gaar i sin tale ved selskabets 50 års fødselsdag.

I dagens anledning holdt børnelægerne en reception i Domus Medica, hvor autoriteter, venner og kolleger var mødt frem. Blandt gæsterne saas indenrigsminister Søren Olesen, hospitalsborgmester Julius Hansen, medicinaldirektør Johs. Frandsen, stadslægen, dr. med. Esther Amundsen og Københavns Universitets rektor, professor Erik Warburg. I anledning af jubilæet blev overlæge, dr. med. Knud Krabbe og overlæge, dr. med. C. Friderichsen udnevnt til æresmedlemmer.

I sin fødselsdagstale omtalte overlæge Bræstrup idén, der er gaaet, siden afdøde professor Svend Monrad i 1908 var med til at faa selskabet dannet. Han var den eneste børnelæge med en fast hospitalsansættelse, og ingen anden børnelæge havde nogen offentlig ansættelse. Pædiatri — læren om børnesygdomme — var ikke formelt anerkendt som speciale, og børnelægerne virkede ved privatpraksis, der i stor udstrækning havde karakter af huslægegøring.

— Der var ingen universitetslærer i børnesygdomme, fortsatte overlæge Bræstrup, mens undervisningen i dag varetages af tre professorer og flere docenter. Naar jeg skal prøve at opridse det samarbejde, børnelægerne har haft til mange sider, lig-

ger det nær først at nævne «sundhedsmyndighederne». Børnelægerne har i hele Pædiatrisk Selskabs levetid følt, at vi og vores fag har haft Sundhedsstyrelsens opmærksomhed og tillid.

Vi ser det ogsaa som et udtryk for medicinaldirektørens personlige indstilling til pædiatriens betydning, at der nu desuden er en børnelæge i Sundhedsstyrelsens faste lægestab. Inden for Sygehusnævnet illustreres udviklingen maaske bedst af, at der blot siden krigen er oprettet fem ny offentlige børneafdelinger her i landet. Til indenrigsministeriet vil jeg rette en tak for de uddannelsesmuligheder udbygningen af sygehusnævnet har betydet for pædiatrien.

Overlægen kom ind paa det forebyggende lægearbejde — stulehygiejnen og arbejdet i børnehaver og vuggestuer samt paa børneplejestationer. Endelig sundhedsplejerskerne store virke.

— Men det centrale i selskabet er

ifølge dets formaal de videnskabelige drøftelser ved selskabets maanedlige møder i vinterhalvaaret. Her drøftes først og fremmest de ny kliniske og videnskabelige fremskridt. Det var her, C. E. Bloch først forelagde sin verdensberømte iagttagelse af sjentorotens sammenhæng med A-vitaminmangel, og det var her, overlæge Friderichsen omtalte de tilfælde af binyrebledning ved blodforgiftning, der senere kom til at knytte hans navn til denne sygdom, og her har vi første gang set professor Plums undervisningsfilm om spastiske børn, der nu er kendt i store dele af verden.

Overlæge Bræstrup sluttede:

— De forhold, som bestemmer den legemlige og sjælelige udvikling af det enkelte individ og dermed af de mange individer, som udgør samfundet, spænder fra arvelighedsfæren og de betingelser, som bestemmer fostrets udvikling til barndommens psykologi og sociologi. Vi føler det som et privilegium, men samtidig som et tunat ansvar, at disse problemers belysning og praktiske folkning i saa høj grad hviler paa børnelægerne.

Vi takker myndighederne, vore nærmestsaasende fagkolleger og de organisationer, som arbejder for de kommende slægter, for den tillid, der vises os og for det samarbejde, vi har haft gennem 50 aar med løsnin af de mange problemer, som kan betyde en bedre fremtid for vore børn og for deres børn og børnebørn.

b-j

Figur 10. "Da børnelægerne ikke blev regnet for noget" overskrift i avis ved DPS 50 års jubilæum 1958



## 1960-erne

I 1960-erne var der typisk ét månedligt møde i sæsonen, og i december et julemøde med damer startende med et foredrag af mere almen bred interesse.

I den periode begyndte der også at dukke møder op, der koncentrerede sig om ét enkelt emne for hele mødet. Der var tradition for, at julemødet kun omfattede ét indlæg, men her var tale om emnecentreret helaftensmøder med et enkelt emne, der så kunne uddybes og ses fra flere vinkler.

- Det drejede sig i 1963 om ”den diagnostiske betydning af serumenzymet i pædiatrien”, hvor også medlemmerne af Dansk selskab for klinisk kemi og klinisk fysiologi var inviteret,
- ”nyrefunktion før og efter fødslen”, hvor samme selskabs medlemmer var gæster ligesom medlemmerne af ”nyreklubben” og
- ”eksperimental mammalian teratologi” hvor Dansk psykologforening, Biologisk selskab og Nordisk selskab for oligofreniforskning var gæster.

Disse møder hvor andre selskabers medlemmer blev inviterede kan betragtes som starten på tværfagligt samarbejde om uddannelse og de senere tværfaglige kurser.

### *Stabsopbygning*

I 1963 diskuterede man i DPS stabsopbygningsudvalgets arbejde. På de mindre afdelinger var den typiske bemanning 1 overlæge, 1 1.reservelæge og 2 reservelæger (kandidater), hvilket kunne betyde fælles vagttag mellem børneafdelingen og en anden afdeling på sygehuset.

Dette fandt man utilfredsstillende og der var enighed om, at pædiatriske afdelinger på grund af de mange akutte indlæggelser skulle sidestilles med de medicinske og kirurgiske afdelinger. Ansættelse af flere reservelæger til at dække et vagttag ville betyde ansættelse af yderligere en assisterende eller sideordnet overlæge, hvilket overlæge Jørgen Vesterdal dengang fandt unødvendigt. Overlæge Bræstrup mente derimod, at det ville blive mere almindeligt med flere sideordnede overlæger på de større pædiatriske afdelinger, men ingen af de to herrer har vist haft fantasi til at forestille sig, hvordan lægenormeringen ville være 40 år senere.

### *Uddannelse på epidemi afdeling*

I 1963 blev det også diskuteret om det fortsat skulle være obligatorisk for at blive speciallæge i pædiatri, at man havde været ansat på en epidemi afdeling eller om en sådan ansættelse kunne erstattes af obligatorisk epidemi-undervisning. Diskussionen blev rejst af overlæge Friedrichsen, som naturligt ikke var enig med overlæge Flensborg.

Konklusionen blev, at hver enkelt ansøgers epidemiologiske uddannelse måtte vurderes, men at det ideelle fortsat måtte være en ansættelse på Blegdamshospitalet.

Møde nr. 379 var planlagt til den 13. februar 1963, men måtte udskydes en måned p.gr.a. svær isvinter, og samme år blev man også enige om at aflyse julemødet med damer og i stedet arrangere to forårsmøder, et hvor svenske kolleger blev inviteret med og et forårsmøde i Jylland hvor også ”damerne” kunne deltage som kompensation for det aflyste julemøde.

Mødet i Jylland blev aldrig til noget, men derimod ”deltog 54 personer inkl. damer i XIV. Nordiska pediatrika kongressen”, hvor formanden Jakob Øster holdt tale ved kongresmiddagen i Orerakälleren. De kvindelige kolleger med mandlige ledsagere var åbenbart ikke rigtigt trængt igennem endnu.

Forårsmødet, møde nr 388 i 1964 var et to dages møde (lørdag-søndag) på Dr. Louises børnehospital med ca. 60 deltagere, hvor Svein Vestermark indledte med et foredrag om fibroelastosis endocardii. Disse to dages møder blev senere erstattet af vårmøderne, der blev afholdt i ”provinsen” årligt fra 1977-1990 og igen fra 1993-.

Selskabets 390. møde i september 1964 på RH indledtes af overlæge Jacob Øster, der fortalte om ”sjældnere sygdomme på en provinsbørneafdeling” efterfulgt af DPS og DBO der holdt ekstraordinær generalforsamling om specialistuddannelsen. En måned senere holdt man så den ordinære generalforsamling.

Ved december julemødet samme år i Domus Medica, talte Carl Friderichsen om ”Et strejftog gennem pædiatrien i de sidste 50 år” (63).

Foredraget blev udsendt som særtryk til nordens pædiatere i 1966, hvor Carl Friderichsen, blandt venner kaldet ”Longus”, blev hædret på sin 80 års fødselsdag i Domus Medica. Formanden for Dansk Pædiatrisk Selskab, Professor Torben Iversen sagde ved den lejlighed bl.a.:

”Vort selskab er stolt af Deres medlemskab og værdsætter højt, at De fortsat tager så aktiv del i vore møder, og på så charmerende en måde. Ingen kan have deltaget i flere møder siden selskabet blev stiftet end De, og De har stedse tilført selskabet inspirerende impulser.” (64).

I 1965 bevægede medlemmerne sig helt ud til Gentofte for at høre Anne Nygaard fortælle om et usædvanligt tilfælde af diarre, et emne der senere blev flittigt studeret på Gentoftes børneafdeling af Peter A. Krasilnikoff, Karsten Hjelt og senere Birgitte Weile.

Selskabets 397. møde i 1965 var igen på Rigshospitalet, og emnet var ”kost i barnealderen”. Bertil Lindquist, Lund talte 50 min om synspunkter på spædbørnsernæring efterfulgt af et indlæg om forsøg på at skaffe fælles regler for industrielt fremstillet børnemad.

Krasilnikoff og Vesterdal talte ved samme møde om serumlipider hos præmature, et emne Gunnar Eg Andersen afdeling GN senere tog op. Ca 100 deltog i mødet.

Ved generalforsamlingen valgtes også i 1966 Friderichsen som dirigent.

Den tre mands store bestyrelse bestående af formand Henning Andersen, næstformand B Friis-Hansen og sekretær Torben Iversen blev alle genvalgt.

Figur 11. Strejftog i pædiatriens sidste 50 år



### Hyppige og mindre hyppige sygdomme

Preben Plum holdt ved selskabets møde nr. 500 i april 1976 et oversigtsforedrag om meddelelserne ved DPS's første 499 møder. Ved møde nr 75 havde Monrad gjort det samme, så havde man til gengæld talt for Monrad ved møde nr. 100, Meyer havde resumeret ved møde nr. 200, og Poul Hertz ved møde nr. 300.

Plum slog ved den lejlighed et slag for at samle den enorme viden fra de første 500 møder i en lettilgængelig vidensbank, hvorved man ville få adgang til viden, der langt overgik selv den bedste lærebog. Plum havde grundigt studeret DPS forhandlingerne helt op til ca. 1969.

Han havde beregnet, at den arbejdsindsats de 500 møder hver på ca. 2 timer, hver med ca. 40 deltagere repræsenterede, svarede til den arbejdsmængde en fuldtidsarbejder kunne præstere på 17 år.

Der findes en båndoptagelse fra dette møde, og nedenstående er redaktørens uddrag og konklusioner efter at have hørt båndet igennem utallige gange (65).

Infektioner herunder tuberkulose, kolerine og meningitis fyldte meget i DPS i de første mange år.

Fra selskabets første møde og frem til møde nr. 500 skete der en udvikling i tyngden og interessen for de forskellige subspecialiseringsområder:

Mængden af beretninger om infektioner faldt fra 33% i 1902 til få % ved møde nr 500, tilsvarende for fordøjelseskanalets sygdomme fra 25% til 3%.

Størst stigning op til møde nr 500 var der i antallet af meddelelser om sygdomme hos nyfødte og præmature, samt ”inborn errors of metabolism”.

Interessen for TBC holdt sig i mange år. Børnelægerne var længe om at acceptere, at kvægtuberkulose kunne overføres til børn via mælk.

Bloch beskrev i 1924 tuberkulosens modus og spredningsveje,

Meyer redegjorde for tuberkulinreaktionernes aldersafhængighed,

Friderichsen for inkubationstiden for tuberkulose, beregnet til 6 uger og

Valdemar Poulsen beskrev undersøgelse af ventrikelskyldevand m.h.p. TBC.

BCG vaccination startede i 1928

Akutte infektioner blev forsøgsomt behandlet med serum, senere vaccinationer og fra 1940.erne kemoterapi startende med sulfadiazol og ved krigens afslutning penicillin.

I 1941 indførte Friderichsen stødbehandling med sulfa mod pneumoni.

Dette medførte et fald i mortaliteten for pneumoni fra 25-50% til 0,5% i første leveår.

Polio-Børnelammelse ændrede sig fra at være sporadisk til at være epidemisk forekommende i det 20.århundrede.

Difteri på børneafdelinger var almindeligt, idet både syge og raske smittebærere var indlagt.

Diifteri forekom så almindeligt, og en sygedag (indlæggelsesdag) kostede en halv snes kroner, så der var ikke råd til at indlægge alle børn med difteri på Blegdamshospitalet. Behandlingen blev revolutioneret ved indførsel af difterivaccinen, men så sent som i 1980.erne havde man et dødsfald på Børneafdelingen i Glostrup hos et ufuldstændigt vaccineret barn.

Kighoste blev undersøgt af Meyer, der indførte kighosteundersøgelserne.

Kolerine (gastroenteritis acuta) spillede en stor rolle for spædbørnsdødeligheden i DPS første årtier. Man godtog efterhånden at det var tale om en infektionssygdom med en høj dødelighed på 20%-40% helt frem til kemoterapiens indtog. Man forsøgte med serumbehandling, der havde god effekt på kalve med samme symptomer, uden større held. I 1944 var der hospitalepidemier, og der døde 9 børn alene på Rigshospitalets børneafdeling af denne sygdom. En af de få undersøgelsesmuligheder man rådede over var ventrikelfunktionsprøver, der blev hyppigt udført, ligesom blodsukkerkurver ved fedtdiarre. Krasilnikoff og Vestermark fandt helt op i 1966, at 20% af de indlagte børn med dyspepsi havde patogene tarmbakterier.

Tarmparasitter var almindeligt forekommende men omtales kun i særlige tilfælde som Hundebændelorm, der blev fundet hos et 9 ugers barn, og et 11/2 års barn kvitterede 616 spoleorm på Rigshospitalet.

”Pylle”(kongenit pylorusstenose) behandling ændredes fra små måltider (med høj mortalitet) til medicinsk behandling med lille mortalitet, endelig til operation der stort set var uden mortalitet.

Winge Flensborg beskrev i 1947 5 tilfælde af kongenit cystisk pancreas fibrose, lidet anende, hvor meget tid han senere skulle bruge på denne sygdom.

Ikke symptomgivende glutenintolerans kunne give vækstretardering, kunne Bræstrup berette.

Meddelelser om hjertesygdomme var forbløffende få, men øgedes, da man begyndte at kunne operere børnene.

Allerede ved DPS start i 1908 blev der foretaget børnekirurgiske indgreb som operation for læbe-ganespalte. Behandlingen blev i 1931 flyttet fra Dr. Louises børnehospital til Diakonissestiftelsen, hvor den forblev i to menneskealdre under ledelse af Vagn og Poul Fogh-Andersen (far og søn), for endeligt at blive placeret på Rigshospitalet i slutningen af forrige århundrede.

Operationerne for ikke reponibel invagination blev udført på Dr. Louises børnehospital. Hirschsprung medvirkede under 6 års ansættelse i 45 af disse operationer.

Indenfor børneneurologien blev i de første årtier præsenteret en strøm af kasuistikker uden diagnose, indtil Sven Brandt i midten af 40.erne samlede og præsenterede et materiale med spinal muskeldystrofi. Herefter er stortset alle neuropædiatriske emner diskuteret. Hjernepustning blev anvendt før den egentlige neurokirurgi startede, og i 1919 startede



De samvirkende Menighedsplejer i København åbnede i Gaar den 33. Børneplejestation, som er indrettet i Vigerslev Kirkes Menighedslokaler. Paa Grund af Tiderne indvledes Stationen uden de sædvanlige Festligheder. Der blev dog holdt nogle Taler, bl. a. af Overlæge Aage Bojesen, som er Overlæge ved Børneplejestationerne i København, af Pastor Westergaard Madsen, som er Sekretær i De samvirkende Menighedsplejer, og af Dr. Uldall, som skal være ledende Læge paa denne Børneplejestation. Man gik derefter straks i Gang med Arbejdet, som det ses paa Billedet. I Midten staar Overlæge Aage Bojesen og Læge Uldall.

Figur 12. Avisomtale af åbningen af børneplejestation nr 33

operationerne på børn med hjernetumorer. I 1936 beskrev Monrad behandling af hydrocefalus med hyppige lumbalpunkturet, og i 1952 udførtes de første operationer. Tidlig lukning af rygmarvsbrok startede i 1962.

Allerede 1910-20 opererede man børn med hjernetumorer, men først i 1990'erne blev denne behandling centraliseret.

Mens interessen for kirurgien var stor, var der i selskabet ringe interesse for adfærdsforstyrrelser og intelligensdefekter, selv om DPS arrangerede et besøg på en åndssvageanstalt. Som konsekvens af den manglende interesse dannede man et selvstændigt selskab for oligofreniforskning.

Praktiske sociale problemer har altid haft interesse, (men måske ikke så meget status) hos børnelæger.

Børneplejestationer, børnehjem, poliklinikker, sommerophold, julemærkehjem, blev præsenteret og diskuteret ud fra lægelige og ikke politiske synspunkter. En af pioniererne Åge Bøjesen gik iført jaket og høj hat i 1935 i spidsen for et barnevognsoptog fra Rosenborg til Tivoli, for at henlede opmærksomheden på børnehjælpsdagen og de mange uløste problemer for børnefamilierne.

Børneplejestationerne nåede op på over 30 med et personale på over 100. Annalise Dupont, der er datter af Bøjesen har beskrevet fars indsats i et lille skrift. Lægerne på børneplejestationerne arbejdede dengang gratis.

De senest tilkomne indenfor socialpædiatrien var de fysisk mishandlede børn, som især Jørgen Vesterdal beskæftigede sig med. Bagefter kunne det så blive de psykisk mishandlede børns tur, konkluderede Plum.

Endokrinologiske efterundersøgelse af thyreoidea patienter viste at kun 2 ud af 41 var tilfredsstillende behandlet, når de blev voksne.

Friderichsens beskrivelse fra 1917 af akut binyreblødning, hudblødninger og skiftende cyanose, gjorde ham verdensberømt.

Hæmatologiske meddelelser var om jernmangel 1917 nyfødtes blødninger i 1935, K vitamin nogle år senere og rhesus faktor i 1944 (Bræstrup).

Leucæmibehandling med uretan anvendtes lige før Methotrexats store fremstød i 1949.

Svulster og kræftbehandling har til stadighed haft stor interesse og cytostatika behandling syntes at danne grundlag for et pædiatrisk- onkologisk subspecialt med tilknytning til hæmatologien.

Ernæring: Det var svært at finde en kunstig ernæring, som svagelige spædbørn kunne tåle. Kunstig ernæring i form af blandinger med råmælk, maldsukker, æggeghvidemælk, smørmelsuppe, ismælk blev grundigt diskuteret før lertilgængelige færdigprodukter kom på markedet.

Foredrag om vitaminmangel blev kun sjældent diskuteret:

Sygdomme i knogler led spiller en stor rolle i mange år, men forskning i mineralstofskif-

tet og osteogenesis imperfecta .hæmmes af decentralisering, så man ”ikke kan nå at sætte noget op før barnet er væk .”

Luftvejslidelser omtales kun i form af lungetuberkulose og lungebetændelse i DPS, mens tilstande som eksudativ diatese og andre lidelser, som vi i dag ville kalde allergi efter stiltiende overenskomst ikke omtales ved selskabets møder. Det lykkedes dog Bogø, at omtale cutanprøver i 1922 ligesom han senere præsenterer eksem på allergisk basis.

Børnekardiologi spillede en meget beskeden rolle og blev opfattet som en kuriositet indtil de første operationer i 1945 for åbenstående ductus medførte en stærkt øget aktivitet ikke mindst på grund af Boesens indsats.

Leversygdomme, pancreas sygdomme, hudsygdomme, pludselig uventet spædbarnsdød, ulykker, urinvejssygdomme omtales kun i få spredte meddelelser. Interessen for urinvejssygdomme stiger dog betydeligt, da røntgenundersøgelser på børn bliver mere almindeligt.

Forgiftningssygdommen (pink disease), som skyldes et af læger ordineret medikament forsvandt helt i 1949 efter man blev klar over kviksølvs toksiske effekt som årsag.

For tidlig fødte og nyfødtes sygdomme fandt man de sidste to årtier som almindelige emner. Man fandt det hensigtsmæssigt at samle de nyfødte på særlige afdelinger og de sidste 4 år havde der været et stort antal meddelelser inden for dette område.

Man fandt det hensigtsmæssigt at oprette specielle afdelinger for nyfødte men frygtede, at det ville medføre dannelse af et særligt selskab.

Selskabets Benjamin op til møde nr 500 var ”Inborn errors of metabolism”, (kromosomanomalier, misdannelser, teratologi, medfødte stofskiftefejl), der fra at være et emne med spredte meddelelser blev struktureret i Århus (Rasmussen), på Kennedy-instituttet (Wamberg) og på Rigshospitalet (Niels Jacob Brandt).

Nyeste syndrom på det tidspunkt var beskrivelsen af d-glycerinsyre acidose.

Brandt havde for øvrigt opgjort, at der ved DPS sidste 104 møder havde været 41 meddelelser, der kunne samles under fællesbetegnelsen ”Inborn errors of metabolism”.

Plum sluttede med at rose pædiaterne for en betydelig videnskabelig aktivitet.

I selskabets forhandlinger omfattende møderne i 1960-1967 blev alle møder afholdt i København, bortset fra 2, der blev afholdt i Gentofte og 1 i Vangede (også Gentofte kommune). De hyppigst diskuterede emner i disse år var de neonatologiske problemer hos præmature (12 foredrag), medfødte hjertesygdomme (8 foredrag), mens hyppigste neuropædiatriske tilstand er cerebral parese med 6 foredrag.

En sygdom som tuberkulose var i disse år kraftigt på retur i Danmark, bl.a. på grund af BCG vaccinationer og røntgengennemlysning. Særligt indrettede busser kørte rundt til selv de fjernest beliggende skoler og arbejdspladser. Alligevel var interessen for tuberkulose fortsat stor, og DPS holdt et to-dages møde i 1965 omhandlende udelukkende tuberkulose.

Flere af de i dag hyppigt forekommende sygdomme i pædiatrien omtales derimod kun sporadisk ved DPS møderne i disse år.

Akutte dyspepsier, og feberkræmper omtales hver kun ved 1 foredrag i perioden 1960-67. år og Diabetes mellitus optræder slet ikke i listen over de 8 års foredrag

Allergologien var i perioden 1960-67 kun repræsenteret ved 2 foredrag af Wilken-Jensen dels om komælksallergi og dels om værdien af allergologiske undersøgelser, mens i dag hyppigt forekommende sygdomme som astma bronchiale og astmatisk bronchitis slet ikke omtales. Der var på det tidspunkt stadig veluddannede læger, der mente, at de fleste patienter med påstået allergi bare var hysteriske og neurotiske.

I 1967-1969 begyndte der imidlertid at komme interesse for astma. Ved møde 436 diskuteredes for første gang (på 10 minutter) noget dengang yderst sjældent: Bivirkninger hos astmapatienter. J. Møller fremlagde et tilfælde af dødsfald blandt astmapatienter efter misbrug af aerosolbårne symptomimetica. Wilken-Jensen, Ingomar og Steinicke deltog som de eneste i diskussionen. At indlægget varslede nye tider med årlige astmamøder i Kolding med deltagelse af 100 pædiatere fra hele landet og under ledelse af fagets 2 verdensberømte astmapædiatere, professorerne Søren Pedersen og Hans Bisgård, var der nok ingen der forudså den aften.

I oktober 1969 deltog DPS medlemmer i et møde i Dansk Oftalmologisk Selskab med titlen "Some problems of Spielmeyer-Vogt's disease", en patientgruppe som senere blev samlet på Refsnæsskolen og fulgt af institutionslægen, der var pædiater (1985-88 Karsten Kaas Ibsen og fra 1988-, Søren Anker Pedersen) og overlægen fra Statens øjenklinik Thomas Rosenberg.

### *Kampvalg til bestyrelsen - det skæve Danmark*

Ved DPS møde nr 436 i den 62. sæson, november 1969 på Rigshospitalet blev bestyrelsen ved vedtægtsændringer udvidet til 5 personer, og der var kampvalg til bestyrelsesposterne med 7 opstillede kandidater. De 5 der blev valgt var E. Thamdrup (formand), N. J. Brandt (redaktør), J. C. Melchior (næstformand), P. Pærregaard (kasserer) og H. Hertz (sekretær). Alle 5 blev senere overlæger i den nuværende region Storkøbenhavn, mens de senere jyske overlæger K. E. Petersen og Vagn Holm ikke dengang fik lov til at repræsentere resten af Danmark.

Et forslag ved samme møde fra K. E. Petersen om "skriftlig orientering af medlemmerne, herunder udsendelse af skriftlig formandsberetning inden generalforsamlingen ligesom udvalgsberetningerne fortjente, at komme ud til medlemmerne" blev diskuteret, men var så kontroversielt, at det ikke kom til afstemning, men blev overgivet til den nye bestyrelse til overvejelse.

Et forslag om lønnet sekretærhjælp til bestyrelsessekretærens stigende arbejdsmængde fandt alle derimod rimeligt.



### *DPS efter 1970*

Sæsonen 1970-1971, der er refereret i selskabets forhandlinger fra 1972 (30) spænder bredt med særlig aktive foredragsholdere som Jørgen Haahr med 6 arbejder hvoraf de 4 relaterede sig til urinvejene (urinvejsmisdannelser, vesiko-ureteral reflux, uricult, epididymitis) mens de to sidste var fra en helt anden boldgade og omhandlede kongenit leukæmi og komplikationer ved navleveneinfusion hos nyfødte. De 4 af arbejderne udgik fra Glostrup, de to fra Dr. Louises børnehospital.

Stig Sparrevohn præsenterede i sæsonen 5 arbejder, udgået fra børneafdelingen i Glostrup om Schönlein-Henochs purpura, kongenit myksødem, triploidi, epididymitis samt ét arbejde om sakkarosemalabsorption, Niels Jacob Brandt præsenterede 4 arbejder udgået fra Rigshospitalet, mens Jørgen Cohn og Knud E. Petersen på en delt 4.plads præsenterede 3 arbejder hver.

Neonatologien slog for alvor igennem i starten af 1970'erne. Således udgjorde foredrag om neonatologiske problemer ca. 25 % af foredragene i 1971-72, stærkt forfulgt af Winge Flensborg og medarbejdere med 11 arbejder om cystisk fibrose.

De store fremskridt indenfor behandlingen af cystisk fibrose har senere udmøntet sig i 2 landsdelscentre for behandling af denne sygdom, ét på Rigshospitalet for Østdanmark og ét på Skejby for Vestdanmark.

### *Mødeformen gennem tiderne*

J. Øster havde allerede ved generalforsamlingen i 1966 foreslået, at selskabets møder blev flyttet fra onsdage til fredage. Ved selskabets aprilmøde 1969 blev pædiatriens fremtid diskuteret, især speciallægeuddannelsen, A-afdelingernes og kursusstillingernes antal, et klassisk emne, der også siden har været livligt debatteret utallige gange. Det blev ved samme møde vedtaget, fortsat at holde møderne om onsdagen.

Selv om der dengang ikke var positiv stemning for at holde week-end møder, blev julemødet i 1969 (møde nr. 437 med damer) afholdt på en søndag i december. Mødet blev holdt i Domus Medica med start kl. 19.30, hvor Dr. med. Grethe Hartmann talte om "Enlige mødre og forladte børn gennem tiderne". Efter foredraget serveredes en souper med rødvin, der efterfulgtes af kaffe, cognac og dans til pianist indtil kl. 2 nat. Hvor mange af de 57 deltagere, der mødte på arbejde dagen efter, fremgår ikke af referatet. - men det lød da hyggeligt.

I 1990'erne holdt man fast på, at de fleste møder var 2 dages møder med én dag med videnskabeligt møde efterfulgt af efteruddannelsesmøde dagen efter. Møderne blev hurtigt populære, idet møderne var koncentreret om få emner, der så var muligt, at belyse grundigere. På en sæson afholdtes 4 af 6 møder som 2 dages møder. I sæsonen 1991-1992 handlede 2-dages møder om hæmatologi og onkologi i oktober, neonatologi og pædiatrisk ophthalmologi i januar og klinisk genetik og børneortopædi i marts.

I 1996 – 1997 var emnerne for efteruddannelsesmøderne ulykker blandt børn og unge, pulmonologi, akut pædiatri og etik.

I 1997 var mødeformen: Generalforsamling, 4-5 aftenmøder på ca. 3 timer, 3 efteruddannelsesmøder 3 timer lørdag samt ét vårmøde. De fremtidige møder i DPS skulle efter planen være: Generalforsamling, ét efterårsmøde 1,5 - 2 dage, 1 vårmøde samt 1 halvdagsmøde.

Før årets generalforsamling underholdt børnepsykiateren overlæge dr. med Gideon Zlotnik, børnepsykiatrisk afd. Glostrup på baggrund af sin bog om emnet ”De stakkels drenge”

Året efter i 1998 var emnerne for DPS møder så forskellige mødeemner som specifikke udviklingsforstyrrelser (tourette, OCD og DAMP), psykosomatik, 3 måneders kolik, enuresis og psykogene mavesmerter, uddannelse, klinisk praktisk vurdering af kursister, inspektorordning samt CME (continuous medical education), lægefaglig basisklinisk genetik.

#### *Vårmøde gennemføres i 1998 på trods af benzinmangel*

Siden 1977 havde Dansk Pædiatrisk Selskab typisk afholdt ét årligt 2-dages vårmøde i ”provinsen”, der stort set svarer til alle afdelingerne udenfor Rigshospitalet, hvor årets øvrige møder almindeligvis blev afholdt.

I mange år var der fin søgning til vårmøderne med typisk 100-150 deltagere. Det videnskabelige program strakte sig over 2 dage, fredag eftermiddag og lørdag formiddag

I pauserne mellem de videnskabelige indlæg blev der arrangeret udstilling med deltagelse af de for børnelæger relevante firmaer. Det var i høj grad op til arrangørerne at få ”solgt” standplads til så mange som muligt. Fredag aften var der festmiddag, hvor pårørende og udstillere også deltog. I 1998, hvor Glostrup arrangerede mødet var det videnskabelige program sammensat af 3-4 foredrag indenfor hver af emnerne neonatologi, endokrinologi, klinisk genetik og neuropædiatri. Den organisation, der normalt sørgede for udstillerne, var det år uheldigvis noget handlingslammet på grund af interne problemer, hvorfor afdelingens overlæger selv måtte kontakte de potentielle udstillere. Det viste sig ikke at være så dårlig en ide.

Få dage før 1. maj 1998, hvor mødet skulle løbe af stablen så det ud til, at mødet måtte aflyses, eller at deltagelsen fra amterne vest for Storebælt ville blive meget beskednen på grund af landsdækkende benzinstrejke, der medførte, at kun få personer med livsnødvendig kørsel kunne få lov til at tanke en mindre mængde benzin (f.eks. tilkalde-pædiaterne ved Herlev Hospitals fødeafdeling). Alle andre måtte klare sig med, hvad de evt. havde i tanken eller reservedunke.

Da ingen rigtig vidste, hvad der ville ske, var det nødvendig, at holde udgifterne så langt nede som muligt, da vi risikerede at både mødedeltagere, foredragsholdere og udstillere udeblev.

En af de bedste opskrifter vi lærte i 1996 ved mandemadskursus på Virum skole det første år var limemarineret torsk med rød peber og tomater. Den besluttede jeg, at vi ville tilberede selv. Formålet var dels at vise børnelægers alsidighed, få en forret til festmiddagen, vi vidste smagte af noget, og samtidig holde udgifterne nede.

Vi fik en aftale med Ruth Eiring i køkkenet, en ældre, sønderjysk, slagfærdig økonoma, og jeg drog i byen med indkøbssedlen til det lokale Metro. Da opskriften på forretten var beregnet til 4 personer, og vi forventede 120 middagsdeltagere, så blev opskriftens mængder ganget med 30, en imponerende mængde mad: Torsk for 1225,75 kr og lime, olie, rød peber og tomater for 776,38 kr, så var den forret hjemme til de 125 deltagere.

Jens Hertel min medoverlæge, som havde hjulpet til ved flere af min kones fødsler, deltog også her som "fødselshjælper" ved tilberedningen af forretten. Ruth overværede seancen og havde svært ved at holde sig i ro og ikke komme med gode råd, mens det øvrige køkkenpersonale på behørig afstand undrende så til. Det blev tilsyneladende første og sidste gang, at læger fik lov til at arbejde i køkkenet på sygehuset, jeg ved ikke rigtigt hvorfor, men vi var godt tilfredse med resultatet.

Håbet var, at spiren til en ny tradition i DPS var blevet lagt, men initiativet blev aldrig gentaget af andre afdelinger. Det kan jo være, at talenterne går på andre kreative områder på de andre afdelinger.

Stort set alle de tilmeldte og udstillere nåede frem og deltog i mødet, idet mange havde fundet ud af samkørsel, offentlige transportmidler, brug af hamstret benzin eller brug af de sidste kostbare dråber.

Den limemarinerede torsk fik megen ros, og slutresultatet af sparede kokkeudgifter, et heldigt vinindkøb, og stor udstiller- og mødedeltagelse blev et overskud, der de næste mange år gav økonomisk mulighed for mange kreative og sociale arrangementer som kurser, udflugter, fælles middage og andre goder for afdelingens ansatte læger.

## **Nøglen til et ordentligt foredrag**

*Inspireret af Niels Holbolth og gengivet af redaktøren.*

Som formand for DPS og derved mødeleder havde Holbolth udarbejdet en liste over kravene til et godt lysbillede, inspireret af et AV kursus på Scandicon i Århus og af andre foredragsholderes fejltagelser og successer. I Gentofte holdt man generalprøve så såvel foredrag som billeder kunne kritiseres og evt. justeres inden det var for sent. Denne tradition bragte Holbolth senere til Kolding, og hans lille manual har givetvis inspireret mange til forbedring og opstramning af tekst og billeder. Det var før, der var noget der hed Power-Point, og dengang lysbilleder skulle bestilles på amtets AV central, og med en produktionstid på 8-14 dage. Det var med at være i god tid, og huske at læse grundig korrektur inden de endelige lysbilleder blev sat i produktion.

Engelsk kommentar efter et foredrag med mange (for mange) slides: Some bring messages, some bring slides. (66).



Figur 13. Dansk pædiatri frem til år 2000

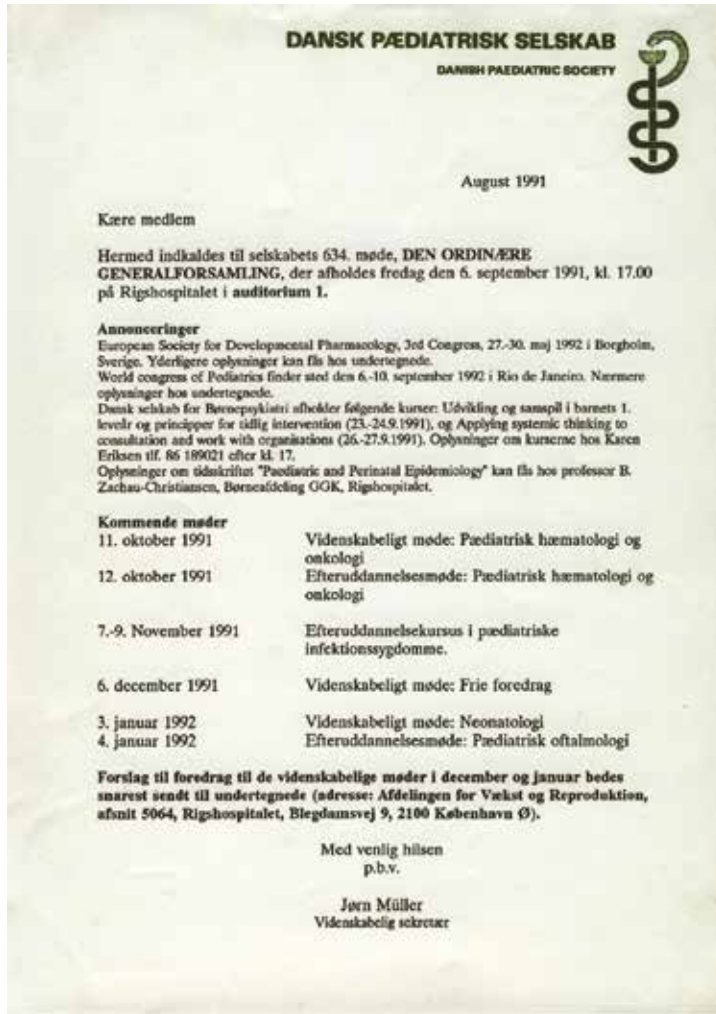
### Dansk pædiatri frem til år 2000

I 1981 ved vårmødet i Herning blev der nedsat et udvalg med det formål, at beskrive de fremtidige arbejdsopgaver og modeller for dansk pædiatri placering i fremtidens sundhedsvæsen frem til år 2000. Professor J.C. Melchior blev formand for fremtidsudvalget. Arbejdet blev afsluttet i sommeren 1983 (67), og et samlende resume af bemærkninger og synspunkter blev udarbejdet efter såvel faglig som politisk debat, bl.a. ved den ekstraordinære generalforsamling i november 1983 (68).

Den samlede mortalitet i barnealderen var faldet brat efter at infektive lidelser og mangelsygdomme var kommet under kontrol. I 1981 var den samlede mortalitet i alderen 0-14 år 8,9 pr 1000, heraf udgjorde spædbørnsmortaliteten (alle under 1 år) 88% og den neonatale mortalitet 56% (69).

Dødsfaldene i første leveår skyldes først og fremmest perinatale sygdomme, medfødte misdannelser og sygdomme i åndedrætsorganerne. Med stigende alder spillede ulykker og maligne lidelser en stigende rolle.

Sundhedsplejerskeopgørelser tydede på, at 15% af alle børn havde væsentlige følelsesmæssige forstyrrelser, sanse- eller bevægelseshandicap eller levede under vanskelige sociale forhold, mens skolesundhedstjenesten fandt 15% af børnene med legemlige problemer heraf 10% af alvorlig betydning og at 15% havde psykiske lidelser, heraf 5% i alvorlig grad. (70)



Figur 14. Typisk mødeplan og orientering af DPS medlemmer udsendt via postvæsenet 1991

Der var i 1979 1444 normerede pædiatriske sengepladser, udskrevet 39429 børn 0-14 år og 1000 over 14 år, 75% blev indlagt akut. Kun 35% af indlagte børn lå på pædiatriske afdelinger.

Der var i 1983 182 speciallæger i pædiatri og 21 af disse var praktiserende speciallæger, men kun ganske få havde praksis som eneste arbejdsfunktion. Generelt klarede de praktiserende børnelæger sig økonomisk bedst i de mellemstore og større provinsbyer

## **Fremtidsudvalgets bud på pædiatriens fremtidige placering:**

Fremtidsudvalget giver i sin rapport et bud på pædiatriens fremtidige placering idet der opstilledes nogle forudsætninger:

- Frem til år 2000 ville der være færre børn i aldersgruppen 5-19 år.
- Årligt antal fødsler ventes at falde til 50-60.000 i Danmark pr. år.

Fødselsstatistik: Antallet af levendefødte børn (69, se figur 2 og 6)

Antallet af levendefødte børn blev generelt 10-15% højere end forventet. I samme periode skete der et dramatisk fald i antallet af børn døde inden de fyldte 1 år, fra over 4000 børn årligt i 1930-1945, til 663 i 1976, 399 i 1984, 358 i 2000 og 283 i 2004.

Børnefamilier havde generelt god økonomi og boligstandart, men der var stor ulighed indenfor gruppen af børnefamilier, der forstærkedes af daværende økonomiske krise og arbejdsløshed:

Forudsigelser: Børns sygelighed ventedes i stigende grad at blive præget af ”den nye sygelighed” med: sansemæssige og motoriske problemer, indlæringsproblemer og psykosomatiske og adfærdsmæssige reaktioner.

”Det gængse somatiske sygdomsbillede vil fortsat veje tungt, præget af medfødte misdannelser, kroniske og maligne sygdomme, sværere infektioner og vidtgående psykiske og fysiske handicaps”.

Visitationsregler opløstes, flere fastansatte speciallæger og 40 timers arbejdsuge med øget krav til supervision af yngre læger.

Hovedvægten i uddannelsen lægges på viden om børns normale fysiske og psykiske udvikling, for at undgå, at faget pædiatri placerer sig udelukkende som et hospitals (universitets) fag.

Der vil næppe blive oprettet flere børneafdelinger, forudså man.

Nuværende udbygning af almen pædiatri fortsætter - de fleste problemer løses lokalt

Udbygning af distriktspædiatri fortsætter

Børn indlægges i højere grad på børneafdelinger, bortset fra meget kortvarige indlæggelser.

Og så kan man selv vurdere, hvordan man synes det er gået.

Udviklingen i samfundet har på mange måder fulgt det mønster udvalget skitserede, men man havde nok ikke forudset, at man ved årtusindskiftet skulle se

- At antallet af fede og overvægtige børn eksploderer,
- At flere børneafdelinger opretter klinikker for livsstilssygdomme.
- At institutioner for udviklingshæmmede kritiseres for vanrøgt af unge
- At antallet af børneafdelinger ventes at blive yderligere reduceret i de nye regioner
- Antallet af speciallæger ville blive øget så kraftigt især på sygehusene
- At børnelæger blev en mangelvare, og
- At arbejdstiden blev 37 timer om ugen for yngre læger

Der blev ikke oprettet nye børneafdelinger, og børneafdelingen i Slagelse blev nedlagt i 1984. Børn er i høj grad flyttet fra øre- og kirurgiske afdelinger til børneafdelingerne, hvor mange har særlige børnekirurgiske afsnit (bl.a. Sundby, Rigshospitalet, Glostrup).

Udvalget forudså muligheden for ekspansion i speciallægepraksis, hvilket man må sige er sket, hvor der i dag findes 19 fuldtidspraktiserende speciallæger.

DBOs medlemstal var i 1999 182 og i 2007 242.

Udbygget rådgivning og undervisning af

- sundhedspersonale i den primære sundhedssektor,
- personale i social- og sundhedsforvaltninger,
- ansatte og forældre i dag-døgninstitutioner etc. sker i nogen grad i overensstemmelse med Lov af 1996 om forebyggende sundhedsordninger om børn og unge (70).

Samarbejde med og konsulentfunktion overfor områdets praktiserende læger fungerer nok mest på foredrags-undervisningsplan.

Samarbejde om børn af anden etnisk herkomst og politiske flygtninge, børn af misbrugere, børn udsat for børnemishandling og incest er stadig et område til diskussion.

Et godt eksempel på dette var oprettelsen af ”Koordinationsgruppen for voldsramte børn og deres familier i Københavns amt” (35), et tværfagligt samarbejde bl.a. med politiet.

Længere åbningstider i ambulatorier, som forudset af udvalget er gennemført mange steder med sene eftermiddag/aftentider bl.a. som et tilbud til unge med diabetes mellitus og unge med epilepsi, samt for forældre, der har skole-job at passe.

Øget serviceniveau med ambulatorier i tæt kontakt med almen praksis og udbygning af distriktpædiatrien er sket i noget omfang. Udvalget forudså også tilsyn med børn indlagt på sygehuse uden egen børneafdeling, hvilket også nu praktiseres dagligt, bl.a. i Nordjyllands amt og på fødeafdelingerne i Herlev, Frederiksberg og Køge.

Normalisering og integrering af børn med vidtgående fysisk-psykisk handicap stiller større krav til skolelægenes pædiatriske uddannelse, og en del færdiguddannede pædiatere har da også fundet ansættelse som børn- og ungelæger i kommunerne.

Tidligere åndssvageforsorgs ekspertise videreføres i kraft af specialisering og udbygning af ekspertuddannelsesstillingerne i neuropædiatri. En del medicinsk personale forudsås overført til sygehusvæsenet i forbindelse med integrationen af børn med fysisk/psykisk handicap.

Oprettelse af tværfaglige handicapteams er gennemført mange steder f.eks i Københavns amt ved flytning af ”sygehusafdelingen for multihandicappede” og Center For Handicappede-Vangedehuse med sygeplejepersonale og speciallæger til Børneafdelingen i Glostrup, hvor en del reservelægestillinger blev konverteret til speciallægestillinger. Udvalget forudså en risiko for tab af ekspertise på særforsorgsområdet, hvilket der er delte meninger om er sket.

Udvalgets forudsigelser om udbygning af adolescentsmedicinen er nok gået langsommere end forudset. Bedst er det gået de steder hvor der er oprettet klinikker i et samarbejde mellem børnelæger og intern medicinere / neurologer.

Forskning så udvalget som et absolut krav at der blev forsket på alle områder fra biologisk grundforskning til socialpædiatrisk forskning. Man fandt, at det kunne være en hæmsko, hvis man fandt det mindre meriterende at udføre tværfaglige projekter.

Dette sidste problem er i de flestes opfattelse nok uden betydning i dag, hvor der forskes klinisk og epidemiologisk som aldrig før. I perioden 2002-2005 blev der i region hovedstaden alene publiceret 43 doktor- og Ph.D. afhandlinger der berører pædiatriske emner (72).

#### *Ansættelse på amts - afdelinger planlægges gjort obligatorisk*

DPS udvalget så en risiko for uddannelsen af "almen pædiateren", samtidig med at man ønskede formaliserede krav og efterfølgende anerkendelse af subspecialisering i pædiatrisk allergologi og neuropædiatri. Subspecialisering i såvel speciallægepraksis som børneafdelingerne er gennemført over det meste af landet.

Udvalget forudså, at der var behov for mindst 3 måneders pædiatrisk ansættelse i uddannelsen til praktiserende læge.

I dag er 6 måneders pædiatri obligatorisk for at en læge kan få lov til at nedsætte sig som almen praktiserende læge.

Så det er ikke helt rigtigt, at det er svært at spå om fremtiden, som Storm P. siger.

#### *DPS i dette årtusinde.*

I DPS forhandlinger, bind III fra perioden 1963-1970 (22) findes de indhæftede vedtægter for en 3 mands bestyrelse, der foruden formand og sekretær også omfattede en næstformand. Mere end ¼ af medlemmerne skulle fortsat stemme mod optagelse af nyt medlem for at hindre det, og formanden kunne kun genvælges højst 2 x i træk.

I 2006 er DPS bestyrelse fordoblet til 6 personer, og det tidligere obligatoriske medlem fra DBO udgik ved den sidste vedtægtsændring i 2006. Her blev det også besluttet, at generalforsamlingen i fremtiden skulle ligge i forbindelse med "første møde i første halvår" i håb om, at mere end 10% af medlemmerne så ville deltage i denne.



## DPS udvalg

I 1994 havde DPS 13 stående udvalg foruden tilfornordnede i pædiatri i Specialistnævnet, kontaktpersoner for Sundhedsstyrelsen ved ansættelse af overlæger i pædiatri, medlemmer af Nordiske Pædiatrisk Føderations Styrelse og Repræsentantskab, repræsentanter i CESP/UEMS, Dansk Medicinsk Selskab, Sundhedsstyrelsens vaccinationsudvalg, Foreningen for Familieplanlægning, samt en repræsentant i Ammekomiteen, jo man kunne komme vidt omkring, hvis man havde tid og lyst.

DPS er fortsat yderst aktiv på mange forskellige fronter, hvilket måske bedst illustreres ved, at der er mulighed for udvalgsberetninger fra ikke mindre end 18 aktive udvalg, idet der i årenes løb gradvist er sket en udvidelse af antallet af udvalg .

I 2007 (73, 74) var der således *aktive udvalg* for:

Allergologi- og Pulmonologi, tidl. astma- og allergiudvalg\*

Almen pædiatri (Generel pædiatri)

Diagnose og DRG, tidl. Diagnoseudvalget\*

Endokrinologi\*

Forskning

Gastroenterologi og ernæring\*

Hæmatologi og onkologi\*

Infektionsmedicin

IT, tidligere informationsudvalget\*

Nefro- og Urologi\*

Neonatologi\*

Neurologi\*

Reumatologi

Screening og Genetik\*

Socialpædiatri

Uddannelse\*

Akut og Intensiv pædiatri

Ungdomsmedicin\*

-Alle med efternavnet ”udvalg”.

De med \* markerede udvalg fandtes også i 1994. Kardiologiudvalget fandtes også i 1994 men blev nedlagt i 2006, da ingen meldte sig til dette udvalg. Måske skulle man i stedet for oprette et ”udvalg for Livsstilssygdomme” til at vurdere behovet for pædiatrisk indsats indenfor forebyggelse og tidlig behandling af adipositas, som i dag forekommer hos hver 3. dansker, hypertension, hypercholesterolæmi, diabetes mellitus, tobaksrygningsskader m.fl., som givetvis vil være noget fremtidens pædiatere skal involveres i at forebygge.

I 1994 udsendtes de af allergiudvalget udarbejdede rekommandationer om undersøgelse

for penicillinallergi og. samme år udsendte sundhedsstyrelsen redegørelsen ”Sjældne handicap-forslag til fremtidig organisation” (75) til høring. Rapporten var det sidste, der manglede i redegørelsen om lands-landsdelsfordelingen (76), og kodeordet var centralisering.

### **Almen pædiatri - et muligt nyt subspecialt?**

DPS har i 2005 udarbejdet en vejledning til de uddannelsesgivende læger om uddannelsen i ”almen pædiatri”. Almen pædiatrisk viden og tankegang er nødvendig for at fremtidens børnelæger fortsat er børnenes læger og ikke læger i specielle sygdomme (73)

Uddannelsen i Almen pædiatri sker i hele det pædiatriske uddannelsesforløb.

Almen Pædiatri omfatter bl.a. kendskabet til nogle grundbegreber som

- Børns normale vækst og udvikling
- Børns opvækstvilkår
- Kommunikation med børn
- Ethiske forhold omkring undersøgelse, behandling og forskning
- Kronisk sygdom og handicap, herunder påvirkning af børn og forældre
- Pædiatrisk organisation (0)

Udover bestyrelsesposter i UEMC, ”Nordisk Pædiatrisk Forening”, ”Danske Børnelægers Organisation” og ”Yngre Pædiatere” stiller børnelægerne i 2007 med inspektorer, der vurderede den lægelige uddannelse og undervisning på afdelingerne. Mange pædiatere har i årenes løb deltaget i udarbejdelse af sundhedsstyrelsens vejledende anbefalinger og retningslinjer, som f.eks. medlemmerne af sundhedsstyrelsens kontaktgruppe vedr. børneernæring (professorerne Kim Fleischer Michaelsen og Steffen Husby), der sammen med overlægerne Karin Brostrøm og Susanne Halken deltog i udarbejdelsen af sundhedsstyrelsens vejledende anbefalinger for spædbarnets ernæring i 1998 (77).

### **Mødereferater og årbøger**

I Rigshospitalets medicinske bibliotek findes DPS forhandlinger i 3 indbundne bøger:

I om perioden 1908-1940, II for 1940-63 og III for perioden 1963- 1970 (møderne 382-442).(20-22) Referaterne er indtil 1920-21 meget omfattende, men herefter mindre fyldige. De er sirligt nedskrevet med blæk og med skråskrift, og for hvert møde: Stedet for mødet (næsten altid Rigshospitalets børneafdelings auditorium), foredragernes titel og forfattere samt foredragets længde (planlagt). Det sidste var ofte svært at overholde, idet nogle indlæg blev efterfulgt af adskillige diskussionsindlæg, mens andre blev forbigået i tavshed.

Det sidst refererede møde i de gamle håndskrevne protokoller er møde nr. 442 afholdt 13. maj 1970 om iltbehandling af nyfødte, og følgerne af dette.

De tomme sider efter mødereferat 442 i protokollen tyder på, at ny teknologi som skrivemaskiner og ringbind har erstattet den indbundne protokol.

Mødereferaterne blev trykt som vedtaget i Nordisk Tidsskrift for Terapi. Referaterne for de første 4 møder findes dog udelukkende i selskabets bøger. Fra 1911 til 1940 blev referaterne trykt i Ugeskrift for læger, fra 1941 i Nordisk Medicin og fra 1952 til 1973 i Acta Pædiatrica Scandinavica og delvist i Danish Medical Bulletin. Fra 1956 blev der jævnlige udsendt særtryk DANSK PÆDIATRISK SELSKABS FORHANDLINGER, 1960 - 1967, 1967 - 1969 etc., redigeret af selskabets sekretær, og med en minutiøs oversigt over foredrag inkl. efterfølgende diskussionsindlæg (23-31).

Særligt aktive pædiatere i perioden 1960-67. opgjort på baggrund af antallet af fremlagte arbejder i perioden, var Henning Andersen og Preben Plum hver med 23 arbejder, P.W.Bræstrup med 20, B. Zachau-Christiansen med 19, J. Vesterdal med 18 og E. Thamdorp med 15.

Disse i dag ret så kedelige skrifter på hvidt papir i A5 format, blev i 1977 erstattet af grønne eller gule årbøger, suppleret med temahæfter om f.eks. cystisk fibrose. I begyndelsen var der plads til flere årgange i et hæfte som i Årbog 1974-77 (32), men pladsen blev hurtigt for trang, og foredragsholderne bedre til at aflevere deres resumeer, færdigskrevne og gennemrettede med lidt forskellig typografi indtil PC og stavekontrol afløste skrivemaskinen og rettelakken.

Fra 1978 har hæfterne kun indeholdt en sæson.(30-55).

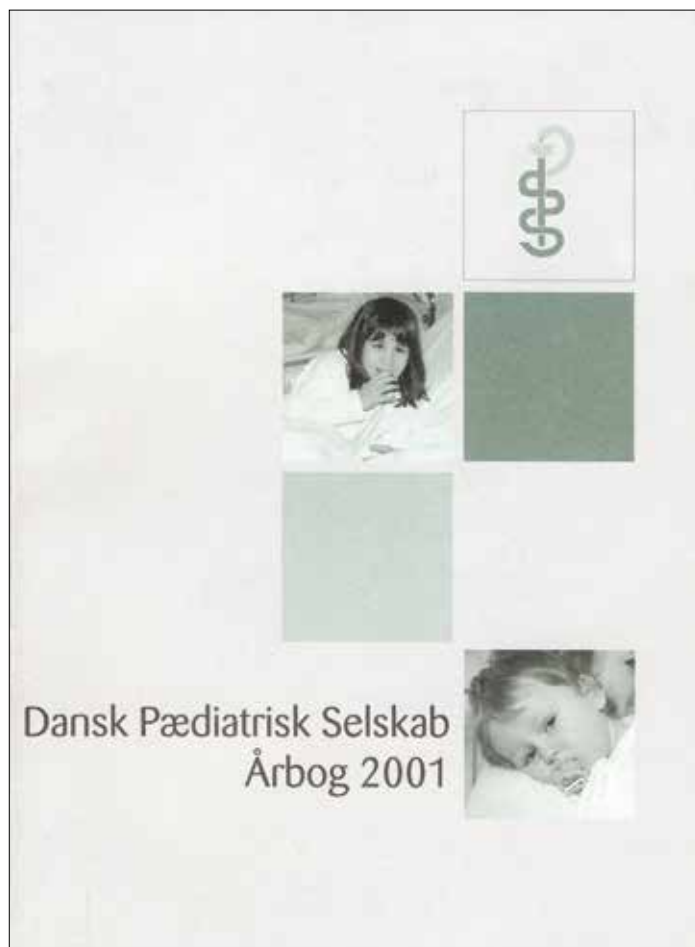
I 2001 ændredes årbogen radikalt idet DPS stoppede med de grønne årbøger i A5 format, traditionelt opbygget og med et indhold med dagsorden for møder, referater af foredrag, beretninger, referat fra generalforsamling, kommissorier for udvalg og vedtægter.

I stedet ville man opnå en mere dynamisk kommunikation, via en lækkert og professionelt opsat årbog, næsten 1 cm i tykkelsen med 94 siders referater fra 2 høstmøder (Sønderborg og Holbæk) og vårmødet på Hvidovre, et møde om rygerunger (rygning og graviditet) og et endokrinologimøde, holdt i perioden november 2000 – november 2001, foruden 16 sider leveret af selskabets 10 underudvalg, i alt 128 sider (55).

Den nye årbog havde overvejende et fagligt indhold med vægten lagt på forskning og visioner, der kunne bringe faget videre. Mængden af ny viden var blevet så stor, at det kneb at følge med udover eget ekspertområde. Bestyrelsen fandt det imidlertid vigtigt, at medlemmerne have nogenlunde føling med pædiatrien som helhed.

Årbog 2001 levede i høj grad op til forventningerne og viste med alt tydelighed den dynamik og kreativitet, der var i selskabets medlemmer, repræsenteret ved videnskabelige projekter, udvalgsarbejder på alle fronter, visioner, spørgeskemaundersøgelser, uddannelsesprogrammer og endelig normeringer og aktivitetstal, repræsenterende alle dele af Danmark.

Der var således videnskabelige projekter fra følgende børneafdelinger: Sønderborg, Kolding, Odense, Herning, Næstved, Roskilde, Glostrup, Hvidovre, Rigshospitalet, Skeiby, Ålborg, Hillerød, Holbæk i samarbejde med så forskellige institutioner som Arbejds- og miljømedicinsk klinik, Bispebjerg hospital, Institut for miljø og arbejdsmedicin, Århus



*Figur 15. DPS nyt design. Årbog 2001*

Universitet, Syddansk Universitet, Kennedyinstituttet, Kongelig Veterinær- og Landbohøjskole, Dansk Teknologisk Institut, Statens Seruminstitut. Desuden var udenlandske sygehuse som Queen Charlotte's and Chelsea hospital London, Aker sygehus Oslo, Addenbrooke's hospital Cambridge, Huddinge Pædiatriske klinik og Karolinska hospital Stockholm repræsenteret. Almen praksis foruden lokale gynækologisk-obstetriske afdelinger, øjenklinikker og centrallaboratorier var også inddraget.

Mange projekter er udført i fællesskab mellem flere børneafdelinger, et godt udgangspunkt for et samarbejde - også på det videnskabelige område.

Høstmødet 2005 i Glostrup og Vårmødet i 2006 i Hvidovre havde begge stor tilslutning ifølge DPS beretning 2005-2006, men Høstmødet i 2006 måtte afflyses, og flyttes til 2007. Afflysningen skyldes denne gang ikke vejrmæssige forhold.

DPS overgik i 2006 til udsendelse af medlemsinformation via e-mail, idet man dog i starten udsendte meddelelserne både elektronisk og som almindelig post.,

I dag ses referater mv. på DPS hjemmeside.

### *Ny mødestruktur, endnu en gang*

I januar 2007 udsendte bestyrelsen en medlemsmeddelelse om, ”at DPS fremover kun skal holde ét årligt møde. Mødet skulle til gengæld være en dag længere og have navnet ”DPS børnedage” ”. Baggrunden var problemer med tilslutning til både et vårmøde og et høstmøde. Herudover skulle der naturligvis fortsat være videnskabelige møder arrangeret af fagudvalgene. Det var tanken, at sådanne videnskabelige møder i fremtiden skulle kunne lægges i forbindelse med DPS børnedage.

Viborg var vært for de første DPS børnedage 3.-5. juni 2007.

Selskabet havde ved generalforsamlingen i 2006 592 medlemmer, hvoraf de 580 var læger.

## **DPS formænd:**

### **Dansk Pædiatrisk Selskabs 13 formænd og 1 forkvinde 1908-1956**

1908-1913 Svenn Monrad  
1913-1917 Carl Edvard Bloch  
1917-1920 Adolph Meyer  
1920-1925 Valdemar Poulsen  
1925-1928 Poul Hertz  
1928-1934 Carl Friderichsen  
1934-1937 Poul Druchier  
1937-1939 Einer Lenstrup  
1939-1942 Elisabeth Svendsgaard  
1942-1945 Ernst Gjørup  
1945-1947 Johannes Clausen  
1947-1950 Preben Plum  
1950-1953 Arne Rothe-Meyer  
1953-1956 Jørgen Flamand Christensen

### **15 formænd og 2 forkvinder fra 1956-2008**

1956- 1959 Poul W. Bræstrup, Gentofte  
1959- 1962 Jørgen Vesterdal, Glostrup  
1962- 1965 Jacob Øster, Randers  
1965- 1969 Henning Andersen, Fuglebakken  
1969- 1972 Erik Thamdrup, Hillerød  
1972- 1975 J.C. Melchior, Rigshospitalet  
1975- 1978 Niels Hobolth, Kolding  
1978- 1981 Else Andersen, Hillerød  
1981- 1984 Hans Jørgen Andersen, Odense  
1984- 1987 Vagn Holm, Herning  
1987- 1990 Henrik Sardemann, Roskilde  
1990- 1993 Erling Nathan, Århus  
1993- 1997 Niels Christian Christensen, Sønderborg  
1997- 1999 Ole Andersen, Hillerød  
1999- 2002 Karen Taudorf, Viborg  
2002- 2005 Arne Høst, Odense  
2005- 2008 Klaus Børch, Hvidovre

## **Berømte børnelæger**

Internationalt er nogle få danske pædiateres navne knyttet til de beskrevne sygdomsbilleder. De gælder således Hirschsprungs sygdom, også kaldet megacolon congenitum og binyreaplasti hos småbørn Waterhouse-Friderichsen syndrom. Deres arbejder blev offentliggjort i Jahrbuch f. Kinderheilk i henholdsvis 1888 og 1918. De to herrer er nyligen blevet hædret i Ugeskrif for læger i forbindelse med Lægeforeningens 150 års jubilæum (7, 19)

I 1977 offentliggjorde trekløveret Holger Victor Dyggve, Johannes C. Melchior og Jørgen Clausen "The Dyggve-Melchior-Clausen (DMC) syndrome - a 15 years follow-up and a survey of the present clinical and chemical findings. Et uhyre sjældent syndrom med øget forekomst i Norge, Libanon og på Grønland (78)

## **Æresmedlemmer:**

Allerede ved selskabets 2. møde den 2. december 1908 blev Harald Hirschsprung udnævnt til æresmedlem, og i sit takkebrev skrev han "For den mig tilstillede Meddelelse, at Selskabet ved sit møde d. 2. dec har viet mig den store ære at udnævne mig til Æresmedlem, bringer jeg en varm tak. Ærbødigst H. Hirschsprung" (79).

Senere fulgte professor Sven Monrad og overlæge Adolph Meyer der begge blev æresmedlemmer ved selskabets 25 års jubilæum i 1933, og børnelæge Benny Meyer på dennes 75 årsdag i 1938. I året for selskabets 40 år blev Carl Edvard Bloch æresmedlem, og ved 50 års jubilæet i 1958 overgik denne ære overlægerne Knud Krabbe og Carl Friderichsen.

I DPS jubilæumsmappe ligger der, foruden kopier af æresmedlemsdiplomerne fra 1958, ubenyttede æresmedlemsdiplomer påtrykt datoen 2. maj 1975.

En gennemgang af årbogen fra 1974-77 (32), der for øvrigt var den første af de velkendte grønne årbøger, og med det meget smukke nytegnede logo, udført af overlæge dr. med. Erik Ryssing, gav ikke nogen forklaring. Ifølge Thamdrups oversigt(1) skulle der ikke være nogen nyudnævnte æresmedlemmer det år.

Herefter skulle der gå næsten 30 år før yderligere to professorer blev føjet til listen over æresmedlemmer, den finske professor Arvo Ylppö på sin 100 års fødselsdag i 1987 og professor Bent Friis-Hansen ved dennes fratræden fra Rigshospitalets neonatalafdeling GN den 3. oktober 1990.

## **Nordisk æresmedlem**

Ved Nordisk pædiatrisk forenings Nordiska Barnläkardagarna i Uppsala 1994, deltog 214 fra Sverige, 30 fra Norge, 20 fra Finland og 20 fra Danmark. Ved mødet blev Niels Hobolth indstillet enstemmigt til nyt æresmedlem.

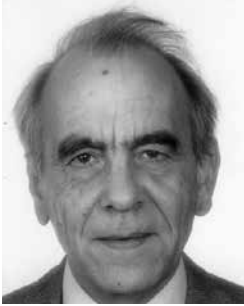
## **”Professor Torben Iversen’s rejsefond for yngre børnelæger”**

har til formål, at yde støtte til unge børnelægers rejser med henblik på videreuddannelse og videnskabelig forskning.

Fonden blev oprettet efter en arv på kr. 200.000.-, der i 1995 blev suppleret med 50.000 kr. - fra DPS beholdning, for at konsolidere fonden. Fondens ledes af DPS bestyrelse, ud fra vedtægter under DPS, og første uddeling fandt sted i 1991 i portioner på 5-10.000 kr. pr gang af overskuddet af forrentningen af fondskapitalen. Uddelingen er blevet en årlig tilbagevendende begivenhed og har haft stor betydning for yngre børnelægers mulighed for videreuddannelsesophold og videnskabelige projekter i udlandet.



# Foreningen af Yngre Pædiatere (YP)



*Figur 16. YP's første formand Niels Jacob Brandt, æresmedlem af YP*

*Beskrevet af Niels Jacob Brandt og Kirsten Boisen*

Foreningens første formand Niels Jacob Brandt skriver om etableringen af YP: "På min opfordring samledes i eftersommeren 1968 en gruppe yngre læger under uddannelse til pædiater – blandt andre Jørn Møller, Knud E. Petersen, Henrik Hertz og Minna Yssing.- med henblik på at danne en forening, hvis formål skulle være at få bedre indflydelse på pædiatriens udvikling, uddannelsen til pædiater, pædiatrisk sub-specialisering og pædiatrisk forskning.

Ved DPS generalforsamling i efteråret 1968 mødte de nu velorganiserede YP'er op og det lykkedes, at få to YP'er ind i bestyrelsen. Det var jo i ungdomsoprørets tid, så mange ældre pædiatere (som vi lidt respektløst kaldte ÆP'er) var betænkelige og der mumledes om Marxisme og Maoisme. Det hele endte imidlertid i forbrødring, ikke mindst efter at den absolut ældste og mest berømte af alle ÆP'er Carl Friderichsen fra talerstolen udtalte, at "nu skal der fut og fart i fejemojet".

Da YP'erne viste sig, at være af absolut borgerlig observans og meget fagligt engagerede, blev stemningen hurtigt god, bl.a. demonstreret i fælles arbejde om pædiatriens fremtid (80). YP eksisterer i bedste velgående og kan fejre 40 års jubilæum samtidig med, at DPS fejrer 100-års jubilæum" slutter Niels Jacob Brandt.

*YP's nuværende (2007) formand Kirsten Boisen skriver:*

Foreningen har aktuelt omkring 300 medlemmer og medlemstallene er stigende.

YP er ofte en yngre lægers første møde med andre pædiatri - interesserede og kursusaktivitet fylder meget. Vi forsøger at tilbyde vores medlemmer fagligt højt profilerede kurser indenfor alle aspekter af pædiatrien – og helst til en overkommelig pris. For tiden har vi mindst 2 årlige kurser, og der er lige startet en kursusrække specielt rettet mod præ-kursister. Derudover forsøger vi at blande os i uddannelsesspørgsmål og rådgive vores medlemmer om vejen til pædiatrisk speciallæge – en vej som aktuelt ændrer sig med jævne mellemrum.

Vi nyder fortsat godt af frugterne fra Niels Jacob Brandt og de andre unge "oprørere" fra 68 og samarbejdet med "ÆP" er velfungerende og udbytterigt for alle parter. Indenfor og sammen med DPS vil vi gerne skabe debat om pædiatriens udvikling. Der er fortsat 2 yngre læger med i DPS bestyrelse, hvor formanden for YP traditionelt vælges som faglig sekretær. Derudover tilstræbes det, at et medlem fra bestyrelsen er med i uddannelsesudvalget

og at der er yngre læger med i alle DPS fagudvalg. YP ønsker at stimulere de yngre lægers deltagelse i DPS arrangementer både økonomisk og socialt og vi afholder i den forbindelse ”kuvøsehjørne” for

YP’er , når de voksne mødes til DPS børnedage” slutter Kirsten Boisen.(80).

Af DPS analer fremgår:

”Ved en ekstraordinær generalforsamling december 1968, blev det vedtaget, at udvide DPS bestyrelse med 2 medlemmer, begge fra Yngre Pædiatere, den ene fra København, og den anden fra provinsen. Det var første gang pædiatere fra provinsen fik mulighed for en smule indflydelse. Niels Jacob Brandt blev YP’s første formand og er i dag æresmedlem af YP. Selskabets vedtægter blev ændret, så det blev sikret at formand og næstformand begge var speciallæger i pædiatri, samt at formandsposten kun kunne besættes af den samme person i 3 år. I november 1969 indvalgte Erik Thamdrup, Niels Jacob Brandt, J.C. Melchior, Peer Pærregaard og Henrik Hertz til bestyrelsen.” (29).

## Kapitel 4

# Sygdomme

### Hvad fejlede børnene - før og nu ?-

Lad os lige huske, hvor vi er i dag:

Sygdomme som difteri, polio, morbilli (mæslinger), tussis (kighoste) er stortset udryddet. Sygdomme som tuberkulose, livstruende astmaanfald, pludselig uventet spædbørnsdød forekommer langt sjældnere end tidligere, og prognosen og behandlingen af bl.a. kræftsygdomme og sygdomme hos nyfødte og for tidlig fødte er bedret betydelig, ligesom man i dag kan operere mange nyfødte med hjerte- og andre misdannelser. Men lad os nu starte med begyndelsen:

I 1902 døde i København mellem 16 og 20 % af samtlige levendefødte børn inden det fyldte første år, mange selvfølgelig uden lægebehandling (8)

De sygdomme, der prægede barnealderen ved DPS start i 1908 var meget forskellig fra det vi ser i dag. Spædbørnsdødeligheden var 14% og infektioner truede både de spæde og de større børn. Der kunne være flere tusinde anmeldte kolerinetilfælde (gastroenteritis acuta) om måneden i København, og hvert år tusindvis af difteritis-tilfælde, scarlatina, tussis, pneumoni og for de kroniske infektioners vedkommende tuberkulose og medfødt syfilis.

### Infektioner: Tuberkulose

Tuberkulose var den sygdom, der i de første 30-40 år af DPS historie blev hyppigst omtalt ved DPS møderne.

BCG vaccination var emne ved en række møder i årene 1928-34. De første vaccinationer af børn blev foretaget af professor Gammeltoft på fødeafdeling A på Rigshospitalet ved peroral vaccination af nyfødte fra tuberkulose hjem. Disse vaccinationer ophørte i 1930 som



*Figur 17. Frisk luft var et af behandlingsmidlerne ved tuberkulose.*

følge af en katastrofe i Lübeck, hvor 68 børn døde og 158 fik tuberkuløs sygdom efter de ved en fejl var indpodet med virulente tuberkelbaciller (82)

I 1936 oprettedes der på Børnehospitalet på Fuglebakken en særlig afdeling for tuberkuløse børn med 47 senge, der var fuldt belagt indtil ca. 1950, hvor behovet faldt og sengetallet blev reduceret til 18.

DPS sidste møde inden 2. verdenskrigs afslutning blev afholdt 14 marts 1945 og handlede om calmette vaccination af børn og ulcus hos børn.

Tuberkulose har atter fået en plads (eller 3) i de nye pædiatriske lærebøger, idet der blev registreret en stigning i forekomsten frem til år 2000 som følge af et øget antal invandrere, smittet i deres hjemland. Efter årtusindskiftet er der registreret et fald, men 85% af tuberkulose tilfældene i Danmark ses hos børn af fremmed herkomst (82-84).

## **Sygdomsmønstret omkring 2. verdenskrig:**

*Beskrevet af Jørgen Kringelbach*

Jørgen Kringelbach (overlæge på børneafdelingen Nykøbing Falster Sygehus fra 1957-80) har beskrevet nogle af sine oplevelser i pædiatrien (85). Kringelbach påbegyndte lægestudiet ca. 1930, og blev ansat i sin første hospital – stilling som turnuskandidat i 1941. I 1942 blev han ansat ved den kirurgiske afdeling i Næstved, hvor man også havde et lille børneafsnit, omfattende dels de kirurgiske børn, dels de nyfødte. Amtslægen dengang var børnelæge, og han benyttedes som konsulent til dårlige børn.

*Infektionssygdomme:*

Om infektionssygdomme skriver Jørgen Kringelbach: ”Hvad er der dog ikke sket indenfor lægevidenskaben siden 30.erne.” Som praktikant og ung læge i Næstved oplevede han kemoterapiens æra, hvor ”man pludselig stod med effektive midler til behandling af infektiøse sygdomme som indtil da var livstruende- lad mig blot nævne pneumoni, hvor op til 25% af spædbørn døde, ja i de sværeste epidemier op til 50% af børn i alderen 0-1 år gik til, hvis de blev smittede, - og hvor komplikationer i form af pleuritis, empyem, abscesser, otiter m.fl. var almindeligt forekommende.

Croupøs pneumoni angreb ofte unge mennesker (begrebet teen-ager var ikke opfundet dengang), hvoraf mange døde.

Meningitis – specielt den smitsomme eller epidemiske, fremkaldt af meningococcer var så farlig, at meddelelse om et tilfælde på en kaserne eller skoleklasse straks manede skrækken for død og ulykke frem.

Men så kom først Prontozol, efterfulgt af M&B 693- og derefter en strøm af sulfapreparater med bedre og bedre effekt og færre og færre bivirkninger.

Og under krigen (2. verdenskrig 1940-45) – og herhjemme, specielt lige efter krigen – antibiotika, indledt af penicillin og med den fantastiske udvikling til i dag (1972).

### *Gastroenterologi og cystisk fibrose:*

Kroniske dyspepsier udgjorde i begyndelsen af 1940-erne endnu vel mindst en tredjedel af belægningen på børneafdelinger. De inddeltes i 3 typer: fedtdyspepsier, proteindyspepsier og kulhydratdyspepsier. – og heraf var den første den hyppigst forekommende og også den form, som indeholdt de sværeste tilfælde.

Den amerikanske læge Dorothy Andersen beskrev i 1938-40 nogle tilfælde af cystisk fibrose i pancreas og deres relation til sygdommen coeliaci – mb. Coeliacus, og i de følgende år kunne der ganske klart skelnes mellem fedtdyspepsi ved pancreasfibrose og ved sprue eller mb. coeliacus: ”Man så ofte komplikationer fra lungerne og død i ”lungebetændelse” og i de næste 10-aar nåede man frem til årsagen: gen-bestemt arvelig recessiv arvelig sygdom. Mucoviscidosis var den næste benævnelse, og i dag kendes sygdommen under navnet cystisk fibrose.”

Med hensyn til sprue eller coeliaci eller mb. Coeliacus fandtes i 40-erne og 50-erne overfølsomhed overfor gluten, et proteinstof, der findes i alle vore hjemlige kornsorter – hvede, havre, rug, byg, men med størst indhold i hvede.

### *Astma og allergi*

Om astma skrev Jørgen Kringelbach ”-fornylig var jeg til et astma - symposium og hørte der bl.a. de danske lungelægers nestor, dr. Bågø fra Kolding, nu omkring 80 år gammel, fortælle om hvordan han blev sat i gang med at interessere sig for astma-børn. Han var i 1921 ansat som kandidat ved Rigshospitalets børneafdeling hos professor Bloch. På det tidspunkt, altså for 50 år siden (1922), inddelte man børneastma i 2 typer:

1/ den hysteriske, som var karakteriseret ved at forsvinde under hospitalsindlæggelse. En sådan reaktion skyldes først og fremmest moderen, som forkælede og overbeskyttede det neuropatiske barn.



*Figur 18. Børn med vejrtrækningsproblemer skulle sidde op.*

2/ den asthma, som ikke forsvandt efter indlæggelse på hospital. Det var en reaktionsform hos den type børn, som havde ”lymfatisk exsudativ diatese”, et begreb der var defineret ved polypper, idelige luftvejsinfektioner, snot, bronchitis og asthma.

Det var altså udgangspunktet for 50 år siden (1922) for den tilstand vi i dag kalder astma.

### *Desensibilisering med komælk*

Børn der ikke kunne tåle komælk blev behandlet efter følgende instruks på Fuglebakken i 1971 (86):

Mælk fortyndet 1:10, kogt ½ time. 1 dråbe den første dag

Ufortyndet mælk kogt ½ time 1 dråbe den næste dag

Herefter fordobling hver dag indtil 16. dag, hvor man nåede op på 800 ml mælk daglig (87).

I dag 36 år efter er livet på nogle områder blevet lidt lettere, og indlæggelserne betydeligt kortere. Nu ville de fleste nok sige: Hold en pause med komælk i en periode og prøv så igen, så er barnet måske vokset fra sin allergi.

Ifølge de nyeste lærebøger vokser halvdelen af børnene med komælksoverfølsomhed fra symptomerne mellem 1. og 2. leveår og yderligere halvdelen i hvert af de følgende år (87).

### *Astma*

I 1970'erne og 80'erne var en betydelig del af sengene på børneafdelingerne belagt med børn, der fik inhalationer op til hver 2. time for deres astmatiske bronchitis. Udvikling af et elektrisk transportabelt inhalationsapparat gjorde hjemmebehandling muligt. Herefter udviklede man først nebulator og senere i slutningen af 80'erne kunne den danske børnelæge Hans Bisgaard præsentere en spacer med maske til brug for børn helt ned i 6 måneders alderen. Spaceren blev ført fremstillet i plast, senere producerede Stelton den i stål (ca. 1995).

I 1998 havde Hans Bisgaard udviklet et inhalations-device, hvor det ikke var nødvendigt at bruge spray (med drivgasser), men hvor der i stedet kunne bruges en turbohaler. Brugen af spacer revolutionerede i den grad behandlingen af børn med astmatisk bronchiitis og astma, og frigav mange børnesenge til andre formål især i vintermånederne.

Søren Pedersen, i dag professor ved Syddansk Universitet og Hans Bisgaard, i dag professor ved Københavns Universitet rejste i 1990'erne verden rundt og videregav deres erfaringer fra deres forskning på børn med astma-astmatisk bronchitis. I 1998 var 80 danske børnelæger sammen med ca. 800 kolleger fra andre lande deltagere i et astmasymposium i Prag. Symposiet var tilrettelagt af de to danske læger og var en stor succes. Et af højdepunkterne var Søren Pedersens foredrag om hvor svært det er, at sammenligne forskellige produkter. Foredragets danske titel var. ”Kan man sammenligne æbler med appelsiner?”.

Udover et righoldigt billedmateriale til illustration af forskelle og ligheder på forskellige medicinske produkter, blev der vist billeder, hvor æbler og appelsiner blev sammenlignet. Søren havde bl.a. kontakten Rynkeby Mosteri, for at se, hvor meget saft, der kunne presses ud af et æble. Under foredraget fortalte han den undrende tilhørerskare, at selvom æblet var mindre end appelsinen, kunne der presses mest saft ud af æblet.

Hans Bisgaard har i dag sin egen forskningsenhed, geografisk beliggende op af børneafdelingen i Gentofte, men helt uafhængig af denne, og driver i samarbejde med de øvrige professorer i børneastma ved universitetshospitalerne i København, Aarhus og Odense forskningscentre under Dansk BørneAstma Center DBAC.

Hans Bisgaard er også chef for Copenhagen Studies On Asthma in Childhood COP-SAC og dens stab af statistikere, PhD studerende, kliniske assistenter, sekretærer, IT-assistent og forskningsstudent, i alt 14 personer (88, 89).

#### *Medfødte hjertesygdomme (Kongenit mb. Cordis):*

Endnu i begyndelsen af 1940'erne var det at stille en korrekt diagnose på et barn med medfødt hjertelidelse først og fremmest af akademisk interesse og til personlig tilfredsstillelse. Man kendte en række veldefinerede anomalier fra sektioner, men da man ikke kunne gøre noget ved dem kurativt, var der ingen grund til at bruge for meget tid til udspecificering. Resultatet fik man alligevel først på sektionsskiven.

I begyndelsen af 40'erne blev det første tilfælde af coarctatio aortae opereret i Sverige. I begyndelsen kunne man kun klare kortvarige indgreb i selve hjertet, som kunne gennem-



*Figur 19. De tre børnecardiologer, til venstre Lars Søndergaard, i midten Joes Ramsøe Jacobsen og til højre Tim Jensen på The 3rd. World Congress of Pediatric Cardiology and Cardiac Surgery i Toronto, Canada 2001*

føres på de 3 minutter man kunne afbryde kredsløbet uden hjernen tog skade. Så blev det kunstige hjerte udviklet, og udviklingen begyndte at gå stærk (85).

Rigshospitalet havde i mange år en 20 timers konsulent ansat til at varetage børnecardiologien. Funktionen blev passet af Ib Boesen (1913 -), der helt tilbage i 1947 beskrev det første danske tilfælde af toxoplasmose (møde 247) og året efter ved selskabets møde nr. 251 redegjorde for ”Diagnose og terapi af kongenitte hjertesygdomme”. I 1950 blev han ansat som konsulent ved Dronning Louise Børnehospital efter i nogle måneders ophold ved børnecardiologisk afdeling ved Johns Hopkins Hospital, Baltimore. og Karolinska, og udførte der hjertekaterisationerne. I 1963 blev han bedriftslæge ved det Berlingske hus og i 1964 skolelæge ved Virum Statsskole (12, 13).

I 1981 blev stillingen som speciallægekonsulent i børnecardiologi ved Rigshospitalets børneafdeling besat med Joes Ramsøe Jacobsen.(1937- ), som bl.a. er uddannet på børnecardiologisk afdeling, Children’s Hospital, Houston, Texas, USA.

Han blev ansat 18 timer om ugen til at varetage landsdelsfunktionen og det børnecardiologiske ekspertområde på stedet, samtidig med, at han delvist ernærede sig som halvtids praktiserende speciallæge i samarbejde med sin bror, som var almen praktiserende læge.

Da der blev oprettet en børnecardiologisk funktion stod Joes Ramsøe Jacobsen i spidsen, og han blev i 1988 konstitueret som overlæge og fastansat i 1990. Der er siden oprettet endnu en slutstilling indenfor børnecardiologien på Rigshospitalet, besat af afdelingslæge Gerd Stafanger (1943-) og senere Tim Jensen (1956-) hvor stillingen ved hans tiltræden blev konverteret til en overlægestilling. Ved Ramsøe Jacobsen fratræden i 2007 overtog dr.med. Jesper Reimers den ledige overlægestilling.



## Nyfødte børns sygdomme

*Beskrivet af Jens Kamper, Jørgen Kringelbach, Gorm Greisen m.fl. (90-95).*

For 100 år siden døde de fleste for tidligt fødte af utilstrækkelig ernæring, kulde og infektioner. Den første varmluftskuvøse blev opfundet i 1880 af Tarnier-Martins og tages i brug i Paris på Hôpital Maternité og samme sted åbner den første specialafdeling i 1893. Fra omkring 1900 starter iltbehandling ved vejrtrækningsproblemer med cyanose, og metoderne udbredes i USA fra 1903 med en fast udstilling ”Incubator Baby Exhibit”, en udstilling af præmature børn i kuvøser, der turnerede i en række større byer i mere end 40 år. Ingen havde forudset, at iltbehandling i overdosis kunne virke toksisk på de nyfødtes nethinde, hvilket frem til 1959 kostede 10.000 børn synet.

I 1922 åbnedes den første regulære specialafdeling ”Premature Infant Station” i Chicago og i 1931 første engelske specialafdeling for lavtvægtige børn i Birmingham.

Jørgen Kringelbach blev i 1942 ansat ved den kirurgiske afdeling i Næstved, hvor man også havde et lille børneafsnit, omfattende dels de kirurgiske børn, dels de nyfødte. Amtslægen dengang var børnelæge, og han benyttedes som konsulent til dårlige børn.

- ”Jeg husker meget tydeligt, som var det i går, hvad behandlingen var af de nyfødte med svær ikterus og medtaget almentilstand. De fik som et ultimatum refugium intraperitoneal transfusion, og for at være sikker på, at de fik noget blod, de kunne tåle, brugte man altid at tage 20-25 ml frisk blod fra deres mor og sprøjte det intraperitonealt.

Hvis det ikke hjalp – og det gjorde det for resten forbavsende sjældent – så var der ikke mere at stille op. Børnene døde for de flestes vedkommende mere gule og anæmiske, end de var ved procedurens instituering”(85).



*Figur 20. I mange lande indlægges syge børn på moderne børnehospitaler, f.eks. The Children Hospital Philadelphia, USA.*

I perioden 1966-91 skete der følgende diagnostisk og terapeutisk udvikling indenfor perinatalmedicinen:

- Ernæring: Diætetiske ernæringspræparater, iv ernæringspræparater, berigelse af modermælk
- Infektion: Vaccinationsprofilakse for ”røde hunde”.
- Respiration: Metoder til langtidsintubation, befugtning af inspirationsluft, CPAP( continuous positive airway pressure), prænatal behandling med glucocorticoid, lukning af ductus arteriosus (medicamentel og kirurgisk), surfactantbehandling.
- Monitorering: Intraarterielle blodgasser, pH, blodtryksmåling, microlaboratorier.
- Moderkagebiopsier, fostervandsundersøgelser.
- Forebyggelse af rhesussygdom fototerapi ved gulsot.
- Kirurgi: Shunt ved hydrocefalus, banding, medicamentel genåbning af ductus før visse hjerteoperationer.
- Organisation: Forældres adgang til neonatalafdelingerne, opfølgning ved handicap, støtte ved dødsfald.

### **Neonatologisk service**

Alle neonatologer rundede i deres uddannelse Rigshospitalets neonatalfunktion, afd. GN, som var, og stadig er landets førende funktion. Selv om der i en årrække kun var 1 overlæge (som også var professor) på afd. GN, B. Friis-Hansen, havde han opbygget en velfungerende afdeling og en fremragende uddannelsesfunktion med nogle dygtige og engagerede medarbejdere. Gorm Greisen efterfulgte Friis-Hansen på Rigshospitalet og videreudviklede afdelingen.

#### *Gorm Greisen fortæller:*

”Udviklingen har bl.a. bestået i en bedre behandling af de allersygeste børn: Overvågning af hjernen med ultralyd og EEG, højfrekvens ventilation, ekstrakorporal membran oxygenering og en udrykningstjeneste med neonatologisk ekspertise og egen ambulance. Udrykningerne bringer GN’s læger og sygeplejersker vidt omkring, næsten ugentligt til Sjællands børneafdelinger, men også til Fyn og Jylland. Flere gange har ambulancen måttet standse for at komme trafikforulykkede til hjælp. En blæsende vinteraften havde sygeplejersker ikke fået jakke med og var i guldsandaler, så mens lægen hjalp de fastklemte i bilen i grøften blev hun inde i varmen og tog imod dem som kom fri, indtil den rigtige ambulance kom og GN’s udrykning kunne fortsætte mod sit mål. Til Bornholm flyves med luftvåbnets helikopter og skal det gå stærkt landede man i mange år i Fælledparken Det er en betagende indflyvning lavt over Frimurerlogens tag ned mod de blinkende lys fra politi som står for sikringen af landingspladsen og ambulancen, som skal køre barnet de sidste 100 m. Så skal den 200 kg tunge transportkuvøse løftes ned af helikopterens og Falck’s mandskab,



*Figur 21. Intensiv overvågning*

mens læge og sygeplejersker holder styr på respirator- og infusionslanger. Man så derfor i mange år frem til etableringen af helikopterplatformen på RH's tag (indviet november 2007), hvor kuvøsen bare kan rulle hen til en elevator. Nogle gange om året går transporten til Færøerne og Grønland. Det er med forskellige fly, alt efter hvad der kan rykke ud. Disse ture kan blive lange med alle mulige faglige og ikke-faglige udfordringer.

Mens GN fik organiseret bedre transport af de dårlige nyfødte indenrigs sørgede Jens Hertel, overlæge på Børneafdelingen i Glostrup, for transporter i de højere luftlag i årene før og efter årtusindskiftet for Europæiske rejseforsikring, hvor han ofte, ledsaget af en sygeplejerske fra afdelingen i Glostrup, hentede nyfødte danskere født for tidligt rundt om i hele verden og transporterede dem hjem i fly, ofte under primitive forhold.

Siden 1986 har N-CPAP været anvendt på alle landets børneafdelinger som primær behandling ved RDS .

Overlæge dr.med. Jens Kamper og medarbejdere viste på et materiale fra Odense i 1988-89, at N-CPAP var yderst effektiv ved gestationsalder over 25 uger (91). Arbejdet blev banebrydende ikke mindst på grund af den efterfølgende internationale polemik, hvor metoden af nogle nærmest blev bandlyst. I de allerseneste år har metoden vundet international anerkendelse.

Perinatalmedicinen har fra at yde beskyttelse mod afkøling, sult og infektioner udviklet sig mere intensivt og spektret af behandlingsmuligheder er støt vokset. Den peinatale mortalitet er faldet drastisk.

Ikke alle overlevende børn er imidlertid raske. Dette skyldes i nogle tilfælde utilstrækkelig og for sen behandling, som følge af en utidssvarende organisation og struktur.

Dansk obstetrik (Carsten Lenstrup) og dansk pædiatri (DPS Jens Kamper) udarbejdede i 1988 sammen en fælles publikation "Det Perinatale Beredskab i Danmark".(s50)

Rapporten konkluderer, at "ingen visitationssystem garderer mod fødselskomplikationer" og "en normal fødsel kan hurtigt blive patologisk".

Af 52030 fødsler i 1984 fandt kun 0,9% sted i hjemmet, 1102 nyfødte måtte flyttes til behandling på et andet sygehus og 6861 børn (13%) måtte indlægges i neonatalperioden.

Fødsler skal ske på sygehuse med tilknyttet anæstesiologisk og pædiatrisk afdeling med neonatologisk afsnit. I Østdanmark var der i 1984 markant flere kuvøser og sengepladser pr. 1000 fødsler, ikke mindst på grund af en urimelig sen etablering af neonatalfunktionen i Århus.

### *Hjerneskode omkring fødslen*

Professor, dr.med. Hans Lou, og neonatologerne på afd. GN Rigshospitalet med professor, dr. med. Gorm Greisen i spidsen har i en årrække forskningsmæssigt arbejdet med hjerneskode opstået omkring fødslen, herunder især betydningen af hjernens blodforsyning. Det var professor, dr.med. B.Friis-Hansen som tidligt så nødvendigheden i denne forskning i lyset af den hurtigt stigende overlevelse af syge nyfødte børn.

Hans Lou gennemførte da nogle banebrydende målinger af hjernens blodgennemstrømning hos syge, helt nyfødte børn med de isotopmetoder som professor, dr.med. Niels Lassen havde udviklet på Bispebjerg. Disse resultater fik stor international gennemslagskraft og var afsæt for 2 årtiers frontlinieforskning. Resultaterne har bl.a. været medvirkende til at nedsætte risikoen for hjerneblødning og periventrikulær leukomalaci hos for tidligt fødte børn. Det har derfor været rimeligt at forsøge at behandle endnu mere for tidligt fødte børn. Udviklingen gennem årene er fulgt med en række opfølgingsstudier som har vist at for nutidens børn er risikoen for cerebral parese og blindhed blevet mindre. Det nye mål er at nedsætte risikoen for kognitive deficit.

Udviklingsarbejdet på Rigshospitalets og Odense Universitetshospitals neonatalafdelinger med mere skånsom behandling af for tidlig fødte børn med lungeproblemer i form af surfactant, CPAP-behandling i stedet for respiratorbehandling og "low touch" holdning har medført et fald i forekomsten af senfølger.

## **Fødeplaner og neonatologi i Københavns amt i 1990.erne (95).**

*Beskrevet af Karsten Kaas Ibsen*

Mens man i slutningen af forrige århundrede både på Hvidovre hospital, på Rigshospitalet, Odense Universitetshospital og i Århus amt opererede med store enheder med stor sikkerhed og mange fødsler tæt ved en børneafdeling med kompetente børnelæger med ekspertviden om nyfødte børns sygdomme, valgte man i Københavns amt i 1980'erne og 90'erne, fortsat at have placeret 3 fødeafdelinger med 10 minutters afstand i bil, men med 3 meget forskellige sikkerhedsniveauer, hvis noget gik galt.

På Amtssygehuset i Glostrup havde man på børneafdelingen opbygget en vagtordning, så der døgnet rundt var 2 læger i bunden vagt, den ene i forvagtsslaget til at tage sig af skadestuen og indlæggelse af de lidt større børn, medens lægen i mellemvagtsslaget, der var noget mere kompetent, udelukkende tog sig af fødslerne og de dårlige nyfødte på amtets eneste neonatalafsnit (afsnit for nyfødte børn, herunder nyfødte med en fødselsvægt ned til 1000 gram.

På Amtssygehuset i Gentofte havde man én læge i bunden vagt, ofte en yngste vikar, som både skulle passe de syge børn på børneafdelingen, de der kom på skadestuen og de der blev født på fødegangen. Hvis han ikke kunne klare problemerne, kunne der så indenfor en halv time tilkaldes en børnelæge fra hjemmet.

Tilbuddet til de dårlige nyfødte på det moderne og nyindrettede Amtssygehus i Herlev, var mildest talt ikke tidssvarende. Fødeafdelingens chef, professor dr. med. Jørgen Falck



*Figur 22. Trillinger*

Larsen havde på et tidligt tidspunkt gjort politikerne opmærksomme på dette problem. Med sin store faglige indsigt havde han nægtet at lede en stor fødeafdeling, uden en nærliggende børneafdeling. Det fornuftige havde været, at samle fødeafdelingerne et sted, og placere en børneafdeling med neonatalfunktion samme sted. Politikerne valgte imidlertid på det tidspunkt den dårligste og dyreste løsning, 3 ligeværdige fødesteder (95).

I Herlev, amtets mest moderne og nok bedst fungerende fødeafdeling, etablerede man et vagtkorps fungerende fra kl. 16.00 på hverdage og til næste morgen kl. 8.00, samt i weekend og helligdage hele døgnet, hvor en børnelæge fra vagtkorpset, der fortrinsvis bestod af neonatologisk uddannede pædiatere under ledelse og supervision af overlæge Jens Hertel, Glostrup, havde vagt fra hjemmet og kunne tilkaldes indenfor 30 minutter.

I dagtimerne har Børneafdelingen i Glostrup i en årrække siden åbningen af fødefunktionen i Herlev måtte afsætte en kompetent 1.reservelæge eller afdelingslæge til at passe funktionen i Herlev og flytte dårlige nyfødte børn og efterfølgende deres mødre til Glostrup.

Vagtordningen svarer fuldstændigt til den vagtordning, der blev etableret i Københavns kommune, da Hvidovre Hospital åbnede for fødslerne og indtil 1984, hvor neonatologien fra Fuglebakken blev flyttet til Hvidovre. Mange pædiatere har i disse år tilbragt meget tid på landevejene og på fødegangene, men også haft gode ekstraintægter.

I Københavns amt blev neonatologien oprustet i Glostrup bl.a. ved indkøb af nyt overvågningsudstyr og nogen oprustning af personalestaben, dog ikke til det niveau man kunne ønske sig. Oprustningen skete hovedsagelig med penge, der blev sparet ved at hjemtage fødslerne fra Amager-kommunerne Dragør og Tårnby, som herefter overgik til Glostrup.



*Figur 23. De lukkede kuvøser på stand by, depotrum Glostrup ca. 1990.*

## Åbne kuvøser

Produktchef Kurt Andersen fik gennem Simonsen & Weel, en af den tids største leverandører af medicinsk udstyr til danske sygehuse, og sammen med Dräger næsten enerådende indenfor kuvøser, udlånt åbne kuvøser fra fabrikken i USA og prøveopstillet dem på børneafdelingen i Glostrup. Vi havde sammen været på studiebesøg i og set, hvor godt de fungerede bl.a. på det store moderne Children Hospital Philadelphia, i USA.

Skepsis var stor blandt personalet, også på vores egen afdeling, men forældrene var allerede fra starten lykkelige for, at deres nyfødte barn ikke skulle ligge i en lukket plastik-kuvøse. Efter en indkøringsperiode, hvor det viste sig, at børnene klarede sig forbavsende godt, blev de første 3 åbne kuvøser bestilt.

De åbne kuvøser findes i dag mig bekendt på samtlige neonatalafdelinger i Danmark.

## Neuropædiatri

### Spastisk lammelse - Cerebral parese

*beskrevet af Peter Uldall og Flemming Juul Hansen (redigeret)*

Cerebral parese blev først for 50 år siden et selvstændigt dansk neurofag. Indtil da havde ortopædkirurger behandlet patienterne og det sociale tog Samfundet og Hjemmet sig af. I 1935 flyttede Klinikken for Vanføre fra Toldbodgade til Ortopædisk Hospital med 200 sengepladser, heraf 30 til børn. Først i 1951 åbnedes ambulatorier i Ålborg, Kolding og Odense.

Først i 1939 kommer der omtale af cerebral parese i Holt' "Diseases of Infancy and Childhood, som var den officielle pædiatriske lærebog. Her anføres, at der næsten altid er en vis grad af mental defekt hos disse børn, hvilket er den gængse opfattelse indtil Erik Hansens disputats i 1960. Han påviste, at kun ca. halvdelen har mentalt retarderet udvikling.

Preben Plums interesse for CP grundlagdes ved en kongres i 1947 i New York og på hans initiativ oprettedes i 1950 Spastikerambulatoriet ved Rigshospitalet.

På baggrund af et udvalgsarbejde initieret af Poul Stockholm, administrationschef for Samfundet og Hjemmet for Vanføre, åbnedes i 1952 Klinikken for cerebral parese og børneneurologi. Chef for klinikken blev dr.med. Sven Brandt. Preben Plum indførte et øvelsesprogram, som forældrene kunne udføre derhjemme og han var den første, der indførte styrketræning som en del af optræningen.

Ved DPS møde nr 292 i 1953 om neuropædiatri stod Preben Plum for det faglige indhold og emnet var CP. Ved dette møde udtrykte Svend Brandt meget anerkendende ord om foredragsholderens store indsats for behandlingen af denne sygdom. 2 film blev vist i forbindelse med mødet

Den første nordiske kongres om CP afholdtes i København i 1953 og Sven Brandt holdt åbningsforedraget og diskuterede om pædiatere eller neurologer var bedst til at behandle CP. Konklusionen var, at børnelægerne var bedst, hvis de havde lært noget neurologi. 805 af børnene havde fremgang motorisk ved Plums øvelsesprogram suppleret med bandage-

behandling og hjælpemidler efter hans design. Ved den 5. nordiske Konges for Cerebral Parese i 1968 redegjorde man for ridning som behandling, fortsat et relevant tilbud., og ved det Skandinaviske Neuropædiatriske Selskabs møde i 1975 fortalte Flemming Juul Hansen om Lioresalbehandling.

I 1976 afløste dr. med J. C. Melchior Plum som professor og i 1976 blev han ny formand for Spastikerforeningen. Hans generelle holdning var, at CP-børn skulle behandles tæt på deres hjem via lokale børneafdelinger.

Klinikken for Cerebral Parese i Borgervænget fortsatte dog frem til 1991 med Flemming Juul Hansen som leder.

I 1980'erne udkæmpede neurologer og pædiatere en stillingskrig som pædiaterne vandt.



*Figur 24. Neonatalafdelingen Hvidovre hospital 2008*

Den epidemiologiske overvågning via Cerebral Parese Registret for Østdanmark blev varetaget af overlæge, dr.med. Paul Glenting (1936-89), og fra 1989 af overlæge dr.med. Peter Uldall og siden 1992 har registret været et offentligt register.

Nye behandlingsmuligheder indenfor CP (1998) var botulinum-toxin, baclofen infusion, TES behandling (Terapeutisk Elektrisk Stimulations behandling) og endelig en genopdaget operationsmetode med overskæring af sensitive nerverødder, der udføres i Odense. (96)

(Afsnittet om cerebral parese er forfattet af Peter Uldall og Fleming Juul Hansen i forbindelse med Dansk Neurologisk Selskabs 100 år i 2000, festskrift pp 221-227, og redigeret af Karsten Kaas Ibsen.)



## Feberkræmper

Febrile kræmper diskuteredes i DPS i 1963 med 14 diskussionsindlæg efter et 21 minutters oplæg af Esther Frantzen, og 20 minutter af M. Lennox-Buchthal. Emnet er senere blevet diskuteret utallige gange. Det var i flere årtier almindeligt, at børn efter 2 feberkræmpetilfælde blev sat i flere års forebyggende behandling med daglig indtagelse af phenemal (eller valproat), hvilket krævede blodprøvekontrol med medicinkoncentrationsbestemmelse. Rationalet var en frygt for hjerneskade, hvis barnet fik flere kræmpetilfælde. Mange af børnene så forandrede sig psykisk med søvnforstyrrelser som en bivirkning af medicinen og behandlingen krævede mange ambulante besøg. Overlæge Finn Ursin Knudsen (FUK) satte punktum for diskussionen om profylaktisk behandling med sin disputats "Intermittant diazepam prophylaxis in febrile convulsions" fra 1991. Den daglige forebyggende behandling er nu afløst af den intermitterende behandling med diazepam. (97)



*Figur 25. En stresset overlæge Finn Ursin Knudsen på vej til ambulatoriet og*



*Figur 26. Samme som afslappet foredragsholder på kursus på Lesbos 1992.*

## Fumlere og tumlere, DAMP, MBD, og ADHD

*Beskrevet af Niels Michelsen .*

Pædiatrien favner vidt fordi vi som børnelæger har at gøre med mennesker i vækst. Derfor må vi interessere os for mange ting i det voksende menneske, men også i omgivelserne, d.v.s. vilkårene for vækst. Vækst af mange ting, både de målelige biologiske forhold, men også mange andre ting, som er svære at måle, som fx måden at kommunikere på, at give og modtage omsorg på, måden at udtrykke sig og forstå på med ord, krop, mimik, gestus.

Børnelæger har derfor altid interesseret sig for børns kommunikationsudvikling, både den sproglige og ikke sproglige. Både den normale og gennemsnitlige udvikling og afvigelserne og eventuelle vanskeligheder og sygdomme. Samt baggrunden herfor både biologisk og miljømæssigt.

Derfor har forskning om og praktisk viden og kunnen om det talte sprog fyldt meget.

Spæde og små børns måde at kommunikere på og handicappede børns måde at kommunikere på har ført til interesse for og tiltagende viden om bevægelsesindholdet i kommunikationen, og en interesse for gråzoneområdet mellem normaludvikling og handicap.

Mange børnelæger har i årenes løb interesseret sig for børns bevægelsesudvikling og den kropslige kommunikation og evt. sammenhænge med vanskeligheder på andre områder, fx adfærdsmæssige og indlæringsmæssige problemer, som f.eks. professor Preben Plum.

Hvordan opstod så betegnelsen ”Fumlere og Tumlere” ?

Professor, lic.med. Niels Michelsen, tidligere socialoverlæge i Københavns kommune, fortæller: ”I starten af 1970’erne var børnepsykiateren Lene Lier interesseret i graviditetens og fødsels betydning for børns udvikling, bl.a. med henblik på senere skolefærdigheder og social udvikling og jeg som børnelæge var interesseret i samme område, men også graviditetens og fødsels betydning for evt. senere psykisk sygdom. På grund af denne fælles interesse fandt vi hurtigt sammen i et livslangt godt arbejdsfællesskab og kammeratskab, hvor starten var inspireret af og hvor vi blev meget godt og solidarisk hjulpet af Bengt Zachau-Christian- sen (Z-C) der netop havde forsvaret sin disputats i 1972. Han var på daværende tidspunkt distriktslæge (embedslæge) i Helsingør, men blev senere overlæge på børneafdelingen på Rigshospitalet og professor i pædiatri på Københavns Universitet og (Z-C) hjalp os på forbillig vis i gang, hvor vi kunne arbejde videre med hans enestående kohorte. Lene arbejdede på Lærerhøjskolen og jeg på psykiatrisk afdeling på Kommunehospitalet samtidig med ansættelse som klinisk assistent hos professor Preben Plum, som også var en stor støtte for os.

Vi brugte samme kliniske undersøgelsesmetode af børnenes motoriske udvikling og neurologiske undersøgelse, FNU (Funktions Neurologisk Undersøgelse). Vi fandt, at der var nogle børn, som var motorisk usikre og at der blandt dem var en overhyppighed af børn med problemer i skolen, en overhyppighed af psykiatrisk sygdom i familien og en social skævhed i familiernes socialgruppetilhørsforhold og en overhyppighed af børn, der var for tidligt født, især hvis deres vægt var mindre end svarende til gestationsalderen.

Samtidig med vores fund, var der i disse år internationalt meget diskussion om børn med opmærksomhedsvanskeligheder, adfærdsvanskeligheder og indlæringsvanskeligheder, ofte benævnt ”minimale hjerneskader”. I starten brugtes benævnelsen MBD (minimal brain damage), men efter mange diskussioner (Oxford konferencen m.m.) ændredes det til MCD (minimal cerebral dysfunction).

C. Gillberg og P. Rasmussen fra Göteborg nåede ved prospektive undersøgelse af børn i børnehaveklasser frem til at der var nogle børn, hvor der var samtidige opmærksomhedsproblemer, hyperaktivitet og usikker motorik. Gillberg foreslog at beskrive problemerne som DAMP (Deficit in Attention, Motor control and Perception). Vi syntes efterhånden, at bogstavsdiagnoserne blev for uforståelige og uanvendelige i det kliniske og især det tværfaglige samarbejde og i forhold til forældrene, så derfor blev vi enige om at kalde disse børn for ”Fumlere og Tumlere”, refererende til det, som vi primært havde set, nemlig både grovmotorisk og finmotorisk usikkerhed, samtidig med at de ofte havde opmærksomhedsproblemer og indlæringsproblemer. Vi samlede vores resultater i vores fælles licentiatafhandling (det samme som nu Ph.D.) og en film.

Vi rejste land og rige rundt og holdt foredrag og viste vores film om fumlere og tumlere og disse ord blev på mange måder inkorporeret i den faglige dagligdag i Danmark som betegnelse for børn, der var motorisk usikre og også ofte havde opmærksomhedsproblemer, følelsesmæssige problemer og indlæringsvanskeligheder.

Senere er der som bekendt sket en rivende udvikling. Den intensive forskning på hele dette område har efterhånden vist at det primære og væsentligste problem for disse børn (unge og også voksne) er opmærksomhedsproblemerne og derfor benyttes nu den internationale betegnelse ADHD (Attention Deficit, Hyperactivity Disorder), dvs forstyrrelse af opmærksomhed og aktivitet.

Vi var i starten ikke så glade for at give børn medicinsk behandling, men satsede først og fremmest på pædagogisk indsats, specialundervisning, social støtte til familien og træning og behandling af de motoriske og sansemæssige vanskeligheder, både ved almindelig indsats på det idrætsmæssige område og ved mere intensiv indsats ved fysioterapeuter og ergoterapeuter.

Som tiden er gået er det blevet klart, at det ikke handler om et enten-eller men et både og det har også vist sig, at der ofte er en overlapning (comorbiditet) til andre børne-neuropsykiatriske lidelser som fx det autistiske spektrum, Tourettes Syndrom, OCD m.m.

Det har vist sig, at der er mange af disse familier, der har stor gavn og glæde af medicinsk behandling, ikke bare børnene, ofte også forældrene, på grund af genetisk sammenhæng. Derfor har vores dagligdag senere også været præget af mange solstrålehistorier, hvor det ved kombineret medicinsk behandling, specialpædagogisk indsats og social støtte er lykkedes, at få mange af disse børn og unge til at vise deres grundlæggende gode sider og komme i en positiv udvikling, selv om der også har været triste historier præget af impulsive handlinger med uheld, vold, kriminalitet, og misbrug.”, slutter Niels Michelsen (98).

## Børneonkologi og hæmatologi Kræft hos børn

Beskrevet af Henrik Hertz



Figur 27. Overlæge  
dr.med. Henrik Hertz

Behandlingen af børn med kræft i Danmark har ændret sig meget markant siden 1960. Dengang døde alle børn med leukæmi og det helt overvejende antal af børn med andre kræftsygdomme. Kun ganske få børn med tidlige stadier af Wilms tumor i nyren blev helbredte, fordi operation var tilstrækkelig til at gøre dem raske.

I dag er der visse kræftsygdomme, hvor helbredelsesprocenten er meget nær ved 100, men desværre stadigvæk andre, hvor den er mindre, således at gennemsnittet for helbredelse af alle kræftsygdomme hos børn i øjeblikket ligger på ca. 75 %. Kurven er stadig stigende, men det går ikke ligeså hurtigt, som da den startede med at stige fra omkring 10 % i begyndelsen af 60'erne. Der er grund

til at slå fast, at den samme udvikling har fundet sted i hele den industrialiserede og velhavende verden, men også at vi i Danmark sammenlignet med de øvrige nordiske lande og for øvrigt med de fleste andre lande i Europa kom sent i gang med at indføre livsreddende behandling.

Centraliseringen af behandlingen til de fire universitetsafdelinger, der i dag tager sig af børneonkologien var en proces, som varede over 15 år. Selvom der var mange data, der pegede på, at behandlingsresultaterne blev bedre på store enheder med mange kræftsyge børn end på små afdelinger med få børn, var der megen inerti i processen. Børnene blev behandlet på alle de danske børneafdelinger, og en del af børnene på voksenonkologisk afdeling. Det er måske forståeligt, at de daværende dårlige behandlingsresultater talte for at beholde børnene på sygehuse tæt ved deres hjem. Men selv efter at behandlingsresultaterne var blevet bedre, blev der fra adskillige sider argumenteret for, at tilstedeværelsen af disse børn i de lokale børneafdelinger var nødvendig af hensyn til undervisningen af studenter og yngre læger. Et argument om behov for forskning og et passende patientunderlag til denne forskning blev så sent som midt i 60'erne afvist på Rigshospitalet med henvisning til, at børnene og familierne skulle have fred for ubehagelige undersøgelser - i lyset af den dårlige prognose. Til sidst lykkedes det - også med støtte fra hæmatologerne i intern medicin.

De mange dødsfald blandt børn med kræft vakte naturligvis også mediernes interesse, ganske særligt når forældre mente at kunne dokumentere, at børn, der var opgivet af lægerne, blev helbredte af såkaldt alternativ medicin. Et enkelt tilfælde blev meget omtalt i medierne. Og der kom flere enkeltsager, hver gang med forsider i tabloid aviserne. Efterhånden som behandlingsresultaterne blev bedre, blev pressens fokus flyttet til de tilfælde, hvor diskussionen stod om forældrenes ret til at fravælge en behandling, som lægerne skønnede havde effekt, uanset om der fra forældrenes side var tale om almindeligt ubehag eller angst for behandling med stråler og lignende, eller om der var tale om Jehovas Vidners ret til at unddrage børnene blodtransfusion. Der var dog også sager med modsat fortegn, hvor det overfor sundhedsvæsenet i en retssag blev påklaget, at den ansvarlige afdeling var for sent ud med at forebygge en komplikation ved leukæmi, som viser sig ved sygdommens spredning til centralnervesystemet.

Den første stilling som pædiatrisk overlæge med særligt ansvar indenfor børneonkologi og børnehæmatologi blev oprettet i 1978 på Rigshospitalet og i løbet af 1980'erne lykkedes det at etablere 4 danske centre for børneonkologi. Herefter forløb behandlingen tilfredsstillende og i dag høster de syge børn fordelene ved at blive behandlet i et multidisciplinært samarbejde i store samarbejdende centerenheder.

Det nordiske og det internationale samarbejde om behandling og forskning kom for alvor i gang fra 1981.

Samarbejdet i den nordiske sammenslutning NOPHO har igennem de sidste 25 år været så tæt og vellykket at der er få eksempler på noget tilsvarende. Børn i hele Norden får samme

behandling for samme kræftsygdom, og der foregår et fælles omhyggeligt og detaljeret registreringsarbejde og en fælles forskning, som blandt andet muliggøres på den omhyggelige registrering. Denne udvidelse af antallet - den såkaldte kritiske masse - af patienter til stort set at omfatte hele Nordens patientpopulation har givet forskningsresultater, der i dag kan måle sig med de bedste udenlandske, og som derfor også har betydet en væsentlig international anerkendelse af det nordiske børneonkologiske arbejde. Det er derfor naturligt, at udviklingen er fortsat således at der nu er mindst 10 pædiatriske overlæger i Danmark som udelukkende eller næsten udelukkende arbejder med børneonkologi. Derudover er der etableret en knoglemarvstransplantationsenhed for børn på Rigshospitalet og for nylig er der oprettet forskningsprofessorater i børneonkologi både ved Københavns og Aarhus Universiteter.

På et enkelt område var vi herhjemme helt i front af den internationale udvikling. Det psykosociale og det tværfaglige arbejde med børnene og familierne fik tidligt en betydelig plads i behandlingen, og som følge af dansk pionerarbejde på området skabtes der tidligt åbenhed i relation til familierne og meget tidligt om åbenhed også i relation til børnene. Det er i skrivende stund mindre end 50 år siden, at vi i dansk pædiatri såvel som i sundhedsvæsenet i øvrigt ikke gav helt ærlig besked eller slet ikke gav besked om diagnose endsige prognose. I dag er dette heldigvis ligeså utænkeligt som at indlægge børn uden at give mulighed for at i det mindste én af forældrene er medindlagt. Oplysningsmateriale og undervisning til forældre, skole og øvrige netværk er en naturlig del af konceptet, og der har været en hel del fokus også på de særlige søskende problemer.

I 1970'erne var hovedopgaven en centralisering af børneonkologien i Danmark. I 1980'erne handlede det i høj grad om at få behandlingen op på et niveau, der er sammenligneligt med andre tilsvarende lande. I 1990'erne blev der overskud til at præstere forskning på internationalt niveau. Nu i det første årti af det nye årtusinde er dansk pædiatri med professorater i faget og med laboratorier og gode resultater ved at være i første division i den internationale børneonkologi (99).

## **Blodsygdomme hos børn**

*beskrevet af Hemrik Hertz*

Børneonkologi har i modsætning til, hvad der er tilfældet i intern medicin, traditionelt i mange lande været knyttet sammen med børnehæmatologi. Sammenkoblingen og det meget markante ressourceforbrug kombineret med de meget markante forbedringer i børneonkologien, har nok medvirket til en lidt stedmoderlig behandling i en række år af den benigne hæmatologi. På nogle områder er der imidlertid sket markante forbedringer for patienterne, f.eks. indenfor behandling af hæmofili og invaliderede patienter med store blødninger i deformede led, som heldigvis ikke ses så meget mere. Behandling af hæmofili er i øvrigt eksempel på, at moderne behandling kan være endog særdeles kostbar, men alligevel mulig at gennemføre når det drejer sig om enkelte patienter. Hverken Sundhedsstyrelsen, politikerne eller andre har haft nogen reel valgmulighed for at afvise bevillinger til behandling af disse patienter. Da behandlingen af de meget få, men meget alvorligt syge hæmofilipatienter, der udviklede inhibitor mod behandling med faktor VIII, blev indført, var udgiften til enkelte af patienterne oppe i tocifrede millionbeløb. (99)

## Pædiatrisk endokrinologi (Hormonelle forstyrrelser i barnealderen)

beskrevet af Knud W. Kastrup



Figur 28. Overlæge  
Knud W. Kastrup

Henning Andersen (HA) var i mere end 25 år leder af den endokrine poliklinik, som havde landsfunktion og blev hurtigt med et stigende antal patienter fra hele landet "stedet", hvor den postgraduate undervisning og uddannelse af danske børnelæger i pædiatrisk endokrinologi fandt sted. Henning Andersen blev, efter et fellowship på Johns Hopkins University i 1952, inspireret til nye behandlingsformer, først og fremmest af kongenit binyrebarkhyperplasi og behandlede som den første en patient med hydrocortison. Henning Andersen havde mange internationale kontakter og han var med til at grundlægge ESPE, (det Europæiske Selskab for Pædiatrisk Endokrinologi) i 1962. Efter han død stiftede ESPE en pris i hans navn. På baggrund af sin disputats om hypothyroidisme hos børn(100) foreslog han ved et møde i ESPE screening for congenit hypothyreose, hvilket blev mødt med betydelig skepsis på det tidspunkt, men undersøgelsen er senere blevet meget udbredt.

Henning Andersen tog også initiativ til fremstilling af væksthormon i Danmark og til behandling af børn med væksthormon mangel. Han knyttede mange aktive unge læger til klinikken og var en stor inspirator og underviser. Erik Thamdrup var tilknyttet Endokrin klinik i 30 år og overtog ledelsen af poliklinikken efter Henning Andersens død. Thamdrups disputats (101) omhandlede for tidligt indsættende pubertet og blev udgivet som monografi i USA. Else Andersens disputats om skeletal modning (102) efterfulgtes af hendes arbejde med udarbejdelse af vækstkurver for danske børn.



Figur 29. Overlæge  
dr.med. Søren Krabbe

Efter oprettelsen af hormonlaboratoriet på Fuglebakken skete der en betydelig aktivitetsudvidelse. Knud W. Kastrup havde som arbejdsområde væksthormon og dets kliniske og biologiske virkning, Bendt Brock Jacobsens udførte sit disputatsarbejde om thyreoideafunktion hos nyfødte (103) og Søren Krabbe udførte studier af pubertets endokrinologi. Hans disputats (104) omhandlede Calcium homeostase i puberteten. Knud E. Petersen forestod undersøgelse af binyrefunktionen og udførte målinger af ACTH og sekretionshastighed for steroidhormoner. Han samlede et landsdækkende materiale af børn med kongenit binyrebarkhyperplasi i samarbejde med ingeniør Meta Damkjær, klinisk fysiologisk afdeling, Amtssygehuset i Glostrup, som udførte analysen af steroidmetabolitter (105).

I 1981 tog Knud Petersen og Knud W. Kastrup initiativet til afholdelse af det første skandinaviske kursus i Børneendokrinologi.

I forbindelse med nedlæggelsen af Børnehospitalet på Fuglebakken i 1983 blev den endokrine klinik og hormonlaboratoriet overflyttet til Hvidovre Hospital og videreført under professor Niels Erik Skakkebæks ledelse. Skakkebæk tiltrådte i 1990 stillingen som professor og leder af den nyoprettede afdeling for vækst og reproduktion på Rigshospitalet og samlede den kliniske og laboratoriemæssige endokrinologiske funktion der.

## **Sukkersyge hos børn og unge**

De landsdækkende undersøgelser af sukkersyge hos børn.

- en succeshistorie hvor mere end 99% deltager (106-112)

Efter afholdelsen af det skandinaviske kursus tog en gruppe diabetes interesserede læger bl.a. Knud E. Petersen, Knud W. Kastrup, Niels Hobolth og Henrik B. Mortensen initiativ til afholdelse af årlige, tværfaglige diabetessymposier og senere som en udløber heraf stiftedes ”Den Danske Studiegruppe for Diabetes i Barnealderen” (DSGD) og senere ”Dansk Selskab for Børne - og Ungdomsdiabetes”. Siden 1997 har Henrik B. Mortensen været formand for Den Danske Studiegruppe for Diabetes i Barnealderen og for det Danske Register for Børne og Ungdomsdiabetes.

Gruppen består i dag af diabetes interesserede læger fra de 18 pædiatriske afdelinger over hele landet, der behandler børn og unge med type 1 diabetes, samt Steno Diabetes Center. Henrik B. Mortensen har været projektleder ved 2 store landsdækkende undersøgelser i DSGD’s regi, der inkluderede ca. 1000 børn og unge (1986, 1989). Disse undersøgelser omfattede bl.a. regulationsgraden af sygdommen og tilstedeværelsen af mikrovaskulære komplikationer. Det landsdækkende samarbejde mellem afdelingerne er siden intensiveret og yderligere formaliseret. Disse studier har siden dannet skole, også internationalt, for hvorledes landsdækkende epidemiologiske undersøgelser af børn og unge kan gennemføres.

I 1994 tog Henrik B. Mortensen og DSGD initiativ til etablering et dansk nationalt register for børne- og ungdomsdiabetes og udarbejdelsen af et elektronisk dataregistreringsprogram (PæDiaBet), der uddeltes til samtlige børneafdelinger i landet der behandler unge med diabetes mellitus. Alle registeransvarlige blev undervist i brugen af dette program via landsdækkende kurser og på afdelingen. Data overføres fra de lokale PæDiaBet-registre til det centrale register der føres på børneafdelingen, Amtssygehuset i Glostrup. Registrets formål er bl.a. at kortlægge forekomsten af insulinkrævende diabetes mellitus i Danmark samt at kvalitetssikre behandlingen af børne/ungdoms diabetes ligesom registret bruges til forskning om incidens, metabolisk kontrol og komplikationer til diabetes i barne- og ungdomsalderen) og kvalitetssikring af behandlingen, baseret på den kliniske kvalitetsdatabase PæDiaBet,

Databasen åbnede i 1996. I april 2006 etableredes den Internetbaserede version af Børnediabetesdatabasen. Børnediabetes registret er nu en del af den fælles Dansk Diabetes Database (DDD), som består af NIP-diabetes (voksen databasen), Øjendatabasen og Bør-



mediabetes databasen, hvor Børnediabetes databasen har den bedste dækningsgrad, længst observationstid og den mest optimale datastruktur.

Også i internationalt perspektiv er det danske børnediabetes register unikt, idet det er det eneste register, som har landsdækkende incidensdata helt tilbage fra 1996 samt en biobank, hvor næsten 80% af børnene og deres familier deltager. Baseret på data fra registeret er der sket en tydelig forbedring af sygdomskontrol og forebyggelse af senkomplikationer.

Afdelingernes incitament til at forbedre deres resultater øges ved offentliggørelse af disse. Den reduktion i HbA1c niveauet, der er registreret i de år registeret har eksisteret, støtter antagelsen af, at en almindelig sammenligning af behandlingsresultater mellem afdelingerne får alle til at yde en bedre indsats.

### Den biologiske bank

Etablering af biologiske banker omfattende blodprøver og andet DNA-holdigt materiale har vist sig af stor betydning ved epidemiologiske studier.

I tilknytning til registret blev der i første omgang etableret en biologisk bank geografisk placeret på Steno Diabetes Center Den biologiske bank omfatter i dag patienten og dennes 1.grads slægtninge (søskende og forældre), med det formål, at generere et stort bankmateriale, der er repræsentativt for diabetespopulationen, så nye potentielle markører hurtigt kan afprøves. Materialet kan også bruges som udgangspunkt for identifikation af specifikke sygdomsgener og mutationer i disse, og gen/miljø interaktion. Endelig kan den biologiske bank medvirke til at identificere højrisiko-individer til fremtidige kontrollerede kliniske undersøgelser, der sigter mod forebyggelse af sygdommen.



*Figur 30. Professor dr.med. Henrik B. Mortensen bag sit skivebord i Glostrup*



*Figur 31. Henrik B. Mortensen på Æseløen i Grækenland. Det er æslet til højre.*

Biobanken er landsdækkende, og registeret dækker mere end 99 % af de børn og unge, der siden dets åbning i 1996 har fået diagnosticeret diabetes før 15 års alderen.

Incidenten af sukkersyge hos børn fortsætter med at stige væsentligt. En stigende incidens betyder, at flere familier skal leve med et kronisk sygt barn, samtidig med at flere børn og unge, skal behandles på landets børneafdelinger. I de sidste år er antallet af nyopdagede diabetesbørn steget med mere end 100 om året, og da belastningen er størst i de første år, hvor børn og familier skal oplæres i behandlingen af diabetes, har dette nødvendiggjort et større forbrug på dette område.

Det er bestyrelsens holdning, at resultater fra en offentlig finansieret kvalitetsdatabase skal offentliggøres på afdelingsniveau i identificerbar form, således at kommende patienter får det bedst mulige grundlag for at vælge behandlingssted.

### *Befolkningsundersøgelser i barnealderen*

Befolkningsundersøgelser i barnealderen havde indtil midten af 1950'erne været ret usædvanlige, men så begyndte der at ske noget.

Ved møde nr. 317 i 1956 fremlagde man resultaterne af sygeligheden blandt Gentofte kommunes skoleelever, undersøgt i august - september måned 1955 med særlig henblik på øresundsbadning, mens man i 1957 gav en oversigt over dødelige ulykker hos børn. Resten af tiden inden årets generalforsamling blev brugt af H. Kreutzfeldt og sundhedsplejerske Ellen Johansen, der fortalte de ca. 40 deltagere ”om udnyttelsen af resultaterne af helbredsundersøgelse af børn” (21).

Som et af de mere omfattende studier var den senere professor Bengt Zachau-Christiansens undersøgelser af spædbørnsmortaliteten på baggrund af Rigshospitalets befolkningsundersøgelse 1959-61. Materialet dannede grundlag for Zachau-Christiansens disputatsarbejde.(113), og det til børneafdelingen på Rigshospitalet knyttede afsnit for prospektiv pædiatri (114).

Copenhagen City Heart Study, Østerbrouundersøgelsen, Rigshospitalets befolkningsundersøgelse af 20.000 tilfældigt udvalgte voksne borgere boende omkring Rigshospitalet kom i 1970'erne også til at omfatte børn, nemlig de skolebørn, hvis forældre var udtrukket til at deltage. På trods af en bopæl i valgkredsene nær Rigshospitalet skulle det vise sig, at børnene gik på mere end 50 forskellige skoler (115).

Disse børn blev senere genundersøgt af et team med Niels Bach-Mortensen i spidsen i et samarbejde mellem de to befolkningsundersøgelser, og resultaterne er anvendt som referencemateriale. Arbejdet indbragte Niels Bach-Mortensen det første rejseselegat uddelt ved det årlige Kolding allergimøde i starten af 1990'erne. (115)

## Livstilssygdomme

*Beskrevet af Karsten Kaas Ibsen*

Livsstilssygdomme og arteriosclerotisk morbus cordis fandtes stortset ikke som begreb i pædiatrien før i slutningen af forrige årtusind. Der har dog i årenes løb været enkelte foredrag indenfor dette område. I 1965 fortalte P. Krasilnikoff og J. Vesterdal de 100 mødedeltagere ved DPS møde nr. 398 om serumlipider hos præmature, et emne Gunnar Eg Andersen afdeling GN senere tog op. E. Nathan beskrev 2 tilfælde af coronarocclusion med fatal udgang i 1966, og From-Hansen, Glostrup-undersøgelserne (kun voksne) og Svein Vestermark afsluttede mødet med et 5 minutters indlæg om eet tilfælde af familiær hypercholesterolæmi, efterfulgt af - ingen diskussion. (116-118)

Krigsårene bød også på en kasuistik om adipositas hos en 10 årig dreng, uvidende om, at dette skulle blive en af de største helbreds-mæssige problemer 60 år efter.

Gunnar Nielsen holdt ved møde nr. 215 et 20 minutters foredrag om det normale blodtryk hos børn, en på det tidspunkt ret så ukendt og sjældent målt parameter.

Blandt de meget aktive læger på afd. GN i 1980'erne var overlæge, dr. med. Gunnar Eg Andersen, som var uddannet i Sverige. Han var som person både charmerende, og begavet (talte 7 sprog flydende) og som læge talentfuld og dygtig både klinisk, som underviser og som forsker. Han var uhyre aktiv, og havde omkring 1980 oprettet sit eget lipid-laboratorium på afd. GN. Han viste som den første, at familier med hypercholesterolæmi kunne opspores ved analyser af navlesnorsblod. Gunnar oprettede landets eneste lipid-laboratorium for både børn og voksne med hypercholesterolæmi.

Gunnar Eg Andersen og jeg havde ud fra vores viden og forskning i henholdsvis lipider og blodtryk/rygning hos børn i 1980'erne store planer om at opbygge et profylaksecenter med en meget tidlig indsats til forebyggelse af de hyppigt forekommende livsstilssygdomme i befolkningen omfattende regulering af lipider og blodtryk (kostråd, vægttab, rygestop og motion). På det tidspunkt, døde halvdelen af befolkningen af hjerte-karsygdomme, og 25 % døde af kræft. 100 børnefamilier mistede hvert år en far på grund af hjertestop før



*Figur 32. Blodtryksmåling på redaktørens søn Morten, ca. 1980.*

han var fyldt 45 år, og der var ingen hverken sygehuse eller i praksis, der systematisk undersøgte kolesterol eller blodtryk på de efterladte børn, eller interessere sig for deres rygning eller evt. overvægt (119, 120).

Som led i Østerbroundersøgelsen lykkedes det at skabe interesse for at undersøge børnene af de voksne, der allerede var undersøgt i 1979.

En del af lipid og kolesterol-analyserne blev foretaget på laboratoriet på afd. GN, mens de epidemiologiske studier udgik fra Fuglebakken og Rigshospitalets epidemiologiske befolkningsundersøgelse "Østerbroundersøgelsen".

"Vi ved i dag, at risikoen for at udvikle hjerte-kar sygdomme stiger, når man udsættes for forskellige uheldige påvirkninger som tobaksrøg indtagelse af kolesterolholdige fødeemner, forhøjet blodtryk og overvægt" skrev jeg i en kronik i Berlingske Tidende den 2. oktober 1979, og fortsatte:

"Hvis pengene og kræfterne bruges rigtigt til profylaktisk arbejde på den opvoksende slægt, vil det vise sig at være en god investering, der kan spare samfundet for mange dyre lappeløsninger senere i livet." (121)

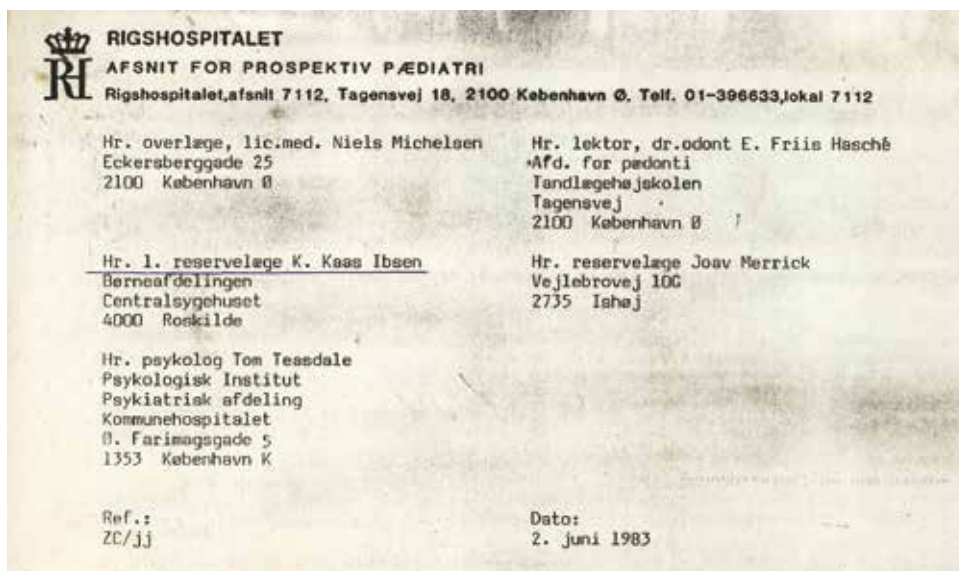
Gunnar Eg Andersen var vel udset til at blive Friis-Hansens efterfølger, men dette og profylaksecentret blev brat skrinlagt ved hans alt for tidlige død knap 47 år gammel. Professor Flemming Skovby videreførte lipidlaboratoriet i metabolisk regi.

## **Børneforsorg og Socialpædiatri**

Journalisten, redaktøren, forfatteren og folketingsmanden Peter Sabroe var omkring forrige århundredeskifte aktiv i kampen mod social uretfærdighed med et særligt blik på overgreb mod børn. I starten af forrige århundrede var det fortsat tilladt at revse børn, som man opfattede som samfundsborgere i miniformat. Den første egentlige børneforsorgslov kom i 1905, hvor målgruppen var "vanrøgtede, vanartede og forbryderiske" børn, som det hed i datidens sprogbrug (122).

Siden da er revselsretten afskaffet, men der er fortsat mange børn i Danmark, der lever under forhold, der ikke er værdige. For at bedre forholdene for disse særligt hårdt ramte børn har børnelæger som overlæge Sven Heinild på Kysthospitalet på Refsnæs kæmpet i det forrige århundrede, afløst senere på Rigshospitalet af professor Zachau-Christiansen, børnelæge Joav Merrick, og den senere professor og socialoverlæge i Københavns kommune, lic. med. og professor Niels Michelsen.

Den socialpædiatriske initiativgruppe, der blev startet i begyndelsen af 1980'erne, havde en ledelsesgruppe, der i 1982 bestod af Zachau-Christiansen, Niels Michelsen, Joav Merrick, lektor ved Tandlægehøjskolen dr.odont. Erik Friis-Hasche og undertegnede. I Glostrup fik Vesterdal tidligt etableret en koordinationsgruppe for voldsramte børn med Finn Ursin Knudsen som medlem (71). Arbejdet med de omsorgssvigtede børn er videreført af bl.a. overlægerne Bodil Moltesen og Tony Olesen.



Figur 33. Allerede i 1983 havde Rigshospitalets børneafdeling et afsnit for prospektiv pædiatri med professor Zachau-Christiansen i spidsen

## **Forgiftninger:**

Forgiftninger hos børn har altid været anledning til stor opstandelse og brug af brækmidler til stor gene for barn og familie selv om de fleste småbørnsforgiftninger i hjemmene har et godartet forløb. Fra 1970'erne faldt antallet af børneforgiftningsindlæggelser betydeligt, måske p.gr.a. en mere omhyggelig risikovurdering specielt tobaksforgiftninger, indførelse af børnesikrede lukkekapsler på kemikalieflasker og ikke mindst fjernelse af farvestrålende lampeolieprodukter. Antallet af dødelige børneforgiftninger viste desværre ikke samme faldende tendens idet der fortsat døde ca. 4 børn årligt, de fleste af kulilteforgiftning.

## **AIDS**

I 1981 blev AIDS første gang erkendt her i landet (123-124) og ved DPS 594.møde 1986 var mødetemaet før årets generalforsamling AIDS (J. O. Nielsen) og AIDS og børn (Elma Scheibel). På det tidspunkt var der 249 børn med AIDS i USA. 26 % af danske børn med hæmofili var HIV-antistof positive og 1 barn var død i Danmark af AIDS. (E Scheibel). Udredning og behandling af AIDS er siden samlet på Hvidovre hos overlæge, dr.med Niels Henrik Valerius(125).

## **Pludselig uventet spædbørnsdød**

Næsten fra den ene dag til den anden ændredes hyppigheden af pludselig uventet spædbørnsdød sig, da sundhedsstyrelsen i 1992 efter møde med DPS formand E. Nathan bistået

af H.Hertz, G.Greisen og I Westphall ændrede anbefalingerne til spædbørns lejring så man ikke længere anbefalede mavelejring i de første 5 levemåneder. Hvem der oprindeligt er kommet med denne anbefaling er uvist, men resultatet af ændringen viste sig hurtigt i et markant fald i antallet af vuggedøde børn.

## **Enuresis**

”– behandling med urinalarmapparat (f.eks. Kviktronic)... den ordinerende læge henviser til den pågældendes bistandskontor, m.h.p. økonomisk hjælp til indkøb af apparatet efter § 46.1 i Bistandsloven” (125)

I 1970 blev der ved årets første DPS møde blev der holdt hele 3 foredrag om enuresis baseret på materialer fra Fuglebakken (O. Ortved Andersen og Knud E. Petersen), og et fra julemærkehjemmene (O. Steinicke). Enuresis var på det tidspunkt en hyppig tilstand, som børneafdelingerne brugte meget energi på, bl.a. ved opstart af imipramin-behandling og udlån af ringeapparater. Om det var fordi der var offentligt tilskud til ekstra vaskeudgifter til familier, hvor børnene tisede i sengen om natten skal være usagt, men problemet syntes at minimeres betydeligt ved ændring af tilskudsreglerne. En del patienter blev overtaget af andre faggrupper og det stigende antal praktiserende læger og speciallæger, og tilstanden forsvandt næsten helt som henvisningsdiagnose til indlæggelse, især efter indførelse af behandlingen med antidiuretisk hormon.

Ekspertisen findes i dag især i Århus, efter at ”tørdokken” i Københavns kommune måtte lukke af økonomiske grunde.

## **Gamle og nye sygdomme**

I dag, 100 år efter DPS blev startet, er sygdomme som tuberkulose, kopper, difteri, polio, mæslinger, fåresyge, røde hunde, kighoste, stivkrampe (tetanus) stort set udryddet, de fleste ved vaccination. I dag møder man stadig modtand hos nogle forældre, som ikke ønsker at tage imod tilbuddet om gratis vaccination mod disse ”fortidssygdomme”, især 12 års MFR-vaccinationen (mod Mæslinger, Fåresyge, Røde hunde) har det knebet med, så meget, at man en overgang overvejede, at lade skolelægerne overtage MFR vaccinationen i 12 års alderen.

I mellemtiden betaler vi gladelig for at få vores børn og unge vaccineret inden ferierejsen mod hepatitis A og B, gul feber, japansk encefalitis, kolera, tyfus, meningokoksygdom og rabies og giver dem malariaprofylakse, midler mod insektstik, rejsediarré inden de rejser til Afrika, Asien og andre højrisikoområder og pubertetspigerne tilbydes nu vaccination mod livmoderhalskræft.

For 100 år siden behandlede man fejlnærede og syge børn og unge med frisk luft, lys-sol, motion og sund kost når de var undervægtige, i dag behandler vi dem med frisk luft, lys-sol, motion og sund kost, når de er fejlnærede og overvægtige.

Mens de undervægtige tuberkuløse børn var hovedproblemet tidligere og fyldte børneafdelinger, kysthospitalet på Refsnæs og landets julemærkehjem, synes en af hovedopgaverne i dag at være behandling og især profylakse mod livsstilssygdomme som coronararterosklerose, tobaksskader, overvægt, diabetes type-2, cancer, dårlig sædkvalitet, stress, hovedpine og neonatale sygdomme ved for tidlig fødsel, kromosomdefekter medfødte sygdomme og defekter.

For mere end 40 år siden optrådte ekstremitetsmisdannelser hos nyfødte efter moderens indtagelse af thalidomid og siden har opmærksomheden på risiko for medikamenters, narkotikas og alkohols påvirkning af fostre og nyfødtes påvirkning via modermælk været stigende.





# Fra tungmetaller til naturmedicin

**Ifølge Monrad lærebog fra 1902-03 (8) kunne et typisk medicinskab til behandling af syge børn se sådan ud:**

- Medicinskabet omkring århundredeskiftet
- Saltsyre med eller uden tilsætning af pepsin
- Alkalier f.eks. bicrb.natricus
- Kamillete til lavement
- Eddikesur lerjord
- Salisylsurt vismut
- Subnitras bismuthicus
- Tannalbin
- Mælkesyre
- Nitras argenticus
- Klorjærn
- Agernkakao
- Maltsuppe
- Flødeblandinger
- Kærnemælksuppe
- Rå mælkbygvand + mælk
- Vanddiæt
- Olium ricini
- Salicyl, digitalis, strofantus til akut endocarditis

## Medicinskabet i dag

100 år efter Monrad beskrev sin medicinliste indeholder medicinskabet ikke mere giftige medikamenter som kviksølv, der først årtier efter viste sig, at have haft alvorlige bivirkninger.

Kviksølv brugtes mod visse infektioner, ligesom mange stadig har amalganfildninger i tænderne. Tandlægerne har haft en længere diskussion om dette, og forkæmperne mod amalganfildningerne erklærede, at hvis modstanderne mente det var så ufarligt, så kunne man jo deponere det i deres tænder.

Tidligere brugte man forskellige former for naturmedicin mod infektioner. Disse stoffer er nu i høj grad erstattet af først sulfapræparater, senere antibiotika, i dag ofte doseret i million enheder, som stadig ikke virker mod virusinfektioner. Hovedpinetabletter sælges i tonsvis i supermarkeder, på tankstationer og i døgnkiosker, hvor overforbrug gør hovedpinen værre.

Unødig medicinsk behandling - en oplevelse i Østen af Karsten Kaas Ibsen 2001.

Under et krydstogt i Østen udviklede vores datter feber, hævede kirtler og klagede over at have ondt i halsen. Vi var ikke spor i tvivl om, at det var mononucleose, men ville være sikre på ikke at overse noget mere alvorligt. Vi kontaktede derfor skibslægen og forespurgte, om hvilke tests det var muligt at få foretaget. Svaret var, at alt kunne foretages, men da vi spurgte specifikt om prøver m.h.p. mononucleose lignede skibslægen et stort spørgsmålstejn. Han så ud som om han aldrig havde hørt om denne sygdom, og først da jeg i en af hans opslagsbøger som fandtes i hans reol, kunne vise ham sygdomsbeskrivelsen på skrift, kom der gang i hans aktivitet. En diagnostisk test via blodprøver lå ikke lige for, men efter en klinisk undersøgelse var skibslægen klar med en medicinsk behandling, som han grundet opholdsstødet væk fra apoteker, udleverede til

den undrende patient, der adskildige gange tidligere var blevet affærdet af sin far med bemærkningen: ”Det er en virusinfektion, det kan man ikke gøre noget ved”. Skibslægen udleverede medicin til daglig behandling med beatrice sugetabl 2 stk. tabl af gangen, amoxicillin 250 mg x 3, servidrat elektrolytter 10 stk opløses, paracetamol 1-2 x 3, primperan 1 x 3 mod kvalme, som dog ikke var aktuelt, men ”det kunne jo komme, samt Cecusil ! x 3, i alt 77 tabletter.

Jeg blev så glad over den viden danske læger opnår under deres præ- og postgraduate uddannelse, samt den restriktive holdning til unøden medicin til børn og unge.

## Lægemiddelkataloget - naturmedicin

Naturmedicin har stadig en plads både i børnefamilierne og sygehusenes medicinske og ifølge Lægemiddelkataloget 2005-06 sælges naturmedicin i dag bl.a. som aloe vera (kaktuslignende plante), antioxidanter og Q 10, Echinacea fremstillet ved ethanoliske udtræk af rødderne fra *E. purpurea*, fiberprodukter, fiskeolie, ginkgo, ginseng hestekastaniefrø, hvidløg, hvidtjørn, ingefærrod, matrem, pebermynte, perikon, probiotika, savpalme, tea tree oil, tranebær og valeriane- og baldrianrod (126).

Beskrivelsen af naturmedicin breder sig over 4 sider og fylder dobbelt så meget i Lægemiddelkataloget som afsnittet om fosterskader og lægemidler, 4 x så meget som det informative afsnit om dosering af lægemidler til børn, forfattet af Mette Arrøe (127) og 6 x så meget som Birgit Peitersens afsnit om lægemidler og amning (128). Udover disse og Flemming Skovbys afsnit om nefrotisk cystinose, n-acetylglutaminsyntasemangel (129), Gauchers sygdom og mucopolysakkaridose, type 1, Allan Lunds afsnit om Fabrys sygdom, og arvelig tyrosinæmi og Anders Juuls om anti androgener (131) fylder pædiaterne ikke meget i det 1500 sideres store lægemiddelkatalog (130-131).

Afsnittet om naturlægemidler efterfølges af et afsnit om ”medikamentel behandling af raske”, ikke så ffollet, som det lyder, for det handler om forebyggende behandling af bl.a. hyperkolesterolemie, hypertension, osteoporose, og risikofaktorer mod livsstilssygdomme (132).

Biologiske kampstoffer med agens som f.eks. miltbrand, kalvekastningsfeber harepest, og pølseforgiftning findes under afsnittet om kemiske kampstoffer, mens botulinum type A toxin, produceret af pølseforgiftningsbakteriens toxin (Botox) har fundet solid fodfæste i behandling af infantile spastiske lidelser hos børn.

I kataloget findes som noget nyt et afsnit om motion som medicin, et absolut læseværdigt afsnit også for pædiatere (133).

## Kapitel 6

# Uddannelse

### *Uddannelsen til cand. med.*

Efter den nye studieordning i 1851 blev lægestudiet ved Københavns universitet opdelt i to dele, første del med hovedvægt på anatomi og fysiologi og anden del med hovedvægt på medicin og kirurgi, et mønster, der har holdt sig i mange år.

Dekan Peter L. Panum fik i 1867 i opdrag, efter eget ønske at vurdere den daværende studieordning. På det tidspunkt var fødselslæren det eneste fag, hvor der var teoretisk undervisning og obligatorisk klinisk kursus, hvis man ville være fødselshjælper (6). Han argumenterede for at indføre en række eksaminatoriske klinikker af undervisning i en række specielle fag bl.a. børnesygdomme, fruentimmersygdomme og psykiatri. En kommission nedsat i 1873 medførte en ved kongelig resolution vedtagelse af det fremtidige lægestudie: Studenten skulle før embedseksamen fremlægge attest på et halvt års praktikant klinik i både medicin, kirurgi samt et halvt års klinisk kursus i hudsygdomme/syfilis og fødselslære/spædbørnssygdomme. Undervisning i faget pædiatri blev indført i 1889, dog ikke som obligatorisk fag.

### *Perioden 1900-1950.*

Tre personer kom til at præge undervisningen i pædiatri gennem den første halvdel af sidste århundrede, nemlig Harald Hirschsprung, Svenn Monrad og Carl Edvard Bloch. (134)

Hirschsprung havde været den sidste overlæge på Børnehospitalet i Rigensgade og blev herefter overlæge på Dr. Louises Børnehospital indtil 1904. Under hans ledelse opnåede hospitalet international anerkendelse for sine videnskabelige arbejder. Han var den første i Danmark, der udelukkende interesserede sig for pædiatri, og ophavsmand til den egentlige pædiatriske undervisning (135, 136).

Svenn Monrad overtog overlægestillingen på Dr. Louises børnehospital fra 1904 og hans lærebog ”Pædiatriske Forelæsninger og Studier I – III fra 1902, 1903 og 1913 afspejler en dygtig og engageret underviser med en vis ærbødighed for faget (137). I 1941 var han medforfatter til den første udgave af ”Nordisk Lærebog i Pædiatri” (138)

I 1912 indførtes obligatorisk undervisning i børnesygdomme og i 1928 klinisk prøve i børnesygdomme/barnepleje og endelig i 1936 eksamen i pædiatri.

Indførelsen af obligatorisk undervisning i børnesygdomme skyldes i høj grad Carl Edvard Bloch, der startede på Dr. Louises børnehospital i 1902, for i 1906 at blive chef for Københavns Polikliniks børneafdeling og i 1910 chef for den nyoprettede børneafdeling på Rigshospitalet. Han medbragte det docentur i pædiatri som hidtil havde ”tilhørt” overlægerne ved Dr. Louise, for i 1916 at blive udnævnt til fungerende professor og endelig i 1931 at tiltræde det første ordinære professorat i pædiatri.

Bloch startede i 1917 med en artikel en længere debat om de lægelige specialers placering i forhold til medicin og kirurgi. (139)

Hans postulat var, at den hyppige forekomst af visse lidelser hos børn skyldes, at man indtil 1911 kunne blive cand. med., uden at vide noget som helst om børn og børnesygdomme.

Det samme kan man næsten påstå indtil for nylig, hvor pædiatri ikke mere er obligatorisk i uddannelsen af sygeplejersker og hvor en hel del af landets nuværende praktiserende læger og deres sygeplejersker aldrig har været på en børneafdeling, på trods af, at syge børn og forebyggelse udgør en væsentlig del (mindst 1/3) af arbejdet i almen praksis. Der er nu indført obligatorisk 6 måneders ansættelse på en børneafdeling af de kommende praktiserende læger.

## **Speciallægeuddannelsen**

### *Undervisningsstillinger*

I 1956 diskuteredes i DPS specialistanævnets brev om særlige kurser for pædiatere, og diskussionen fortsatte ved generalforsamlingen i 1958. hvor de ændrede krav til speciallægeuddannelsen og efteruddannelsen var på programmet (140-141).

### *Skrivelse til specialistanævnet.*

Friis-Hansen foreslog ved generalforsamlingen i 1964, at uddannelsen skulle være for 8-12 kursister årligt på hold med intensiv undervisning og eksamen, 4 nye deltagere hvert år og 40 ugers undervisning årligt a 2 timer (142).

Generalforsamlingen valgte at følge internmedicinerne og udpege en del specialer, der kunne tælle som sideuddannelse udover 1/2 års børnepsykiatri, oligofrenologi eller socialpædiatri. Inden den endelige skrivelse til specialistanævnet blev udformet, udspillede der sig en livlig diskussion, efterfulgt af afstemning om indførelse af specialisteksamen. 22 stemte for eksamen, mens 2 stemte imod. Specialisteksamen var dog ikke noget der lige blev indført, og emnet diskuteres stadigvæk.

Generalforsamlingen tog samtidig klar afstand fra specialistanævnets opdeling af landets børneafdelinger i A, B og C afdelinger.

### *Uddannelsesudvalget 2001*

Som det sidste udvalg i årbog 2001 præsenterede uddannelsesudvalget ved overlæge Klaus Børch et forslag til revision af den pædiatriske speciallægeuddannelse (143).

Centrale elementer i en ny speciallægeuddannelse med udgangspunkt i speciallægekommissionens betænkning "Fremtidens speciallæge" var

- målbeskrivelser der konkret angiver mindstekrav,
- læringsstrategier - hvordan nås målet?, og
- forslag til evaluering af, om målet er nået

Målbeskrivelserne skulle udarbejdes af fagudvalgene, suppleret af et ”pædiatri”udvalg til at beskrive de mere generelle emner.

### *Målbeskrivelse for Speciallægeuddannelsen i pædiatri 2003*

I juni 2003 forelå en 45 siders rapport fra DPS ”Målbeskrivelse for Speciallægeuddannelsen i Pædiatri (144), hvor speciallægen beskrives at skulle have 7 kompetencer:

- Medicinsk ekspert
- Kommunikator
- Sundhedsfremmer
- Akademiker
- Professionel
- Samarbejder
- Leder/administrator.

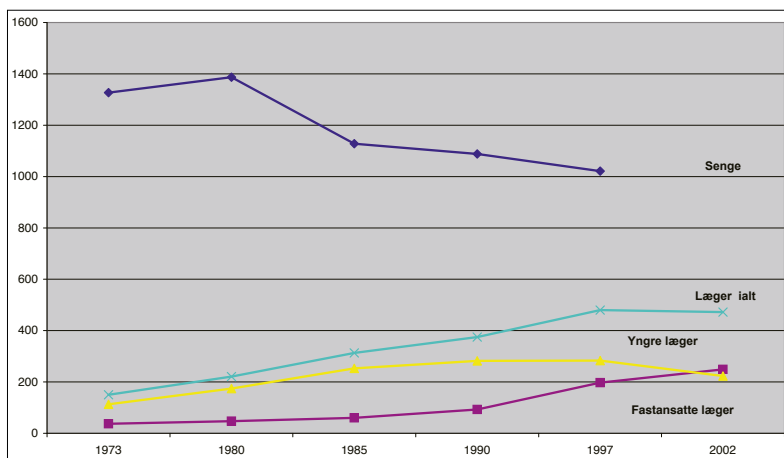
Alle 7 roller er væsentlige for en speciallæge i pædiatri. Den medicinske ekspert udgør en central rolle og kommunikator- og samarbejdsrollerne er ligeledes særdeles centrale i pædiatrien.

Rapporten beskriver de specialespecifikke kurser, målbeskrivelser og ekspertområderne.

Under ”uddannelse” filosoferede Karsten Hjelt over videre- og efteruddannelse i en almen pædiatrisk afdeling. Tidligere skulle man ”tage” en uddannelse, nu ”giver” man undervisning. I dag er det den generation, der ”tog” undervisning, der nu skal ”give”.

Afdelingerne skulle til at planlægge undervisning på lige fod med klinisk arbejde.

Uddannelsen var tidligere uplanlagt, og præget af anarki i en tid, hvor forholdet mellem fastansatte læger og læger under uddannelse, der tidligere i 1970'erne og helt op til årtusindskiftet var 1:5, nu på få år var skiftet til 1:1.



*Figur 34. Figuren viser antal senge og lægestaben opdelt på fastansatte læger (overlæger og afdelingslæger) og yngre læger i perioden 1973-2002*

### *Uddannelsesprogrammerne indeholdt som minimum*

- introduktionsprogram,
- tutorordning,
- checkliste,
- formulerede målsætninger,
- teoretisk uddannelse i afdelingen og eksternt,
- opfølgning og evaluering via introduktions-, midtvejs- og slutsamtaler.

Målbeskrivelserne skulle udarbejdes af fagudvalgene, suppleret af et ”pædiatri”udvalg til at beskrive de mere generelle emner.

### *Antal kursister og deres køn:*

I 1979-80 var der 18 kursister årligt, 1980-81 12 kursister årligt, 1990-91 6 kursister årligt, 1995 14 kursister og 2001, 2. halvår var der 38 ansøgere til de 17 opslåede blokstillinger, hvoraf de 31 (82 %) var fra kvinder. 25 (66 %) af ansøgerne var fra region øst. Alderen var 30 – 43 år (mean 35,6 år) og i de 17 opslåede blokstillinger blev der ansat 13 kvinder og 4 mænd med en gennemsnitlig alder på 36,4 år og en kandidatalder på 8,4 år

I 2006, 2. halvår var der 82 ansøgere til 14 stillinger. 59 (72 %) var kvinder. Gennemsnitsalderen var nu steget til 36,5 år (alder 32 – 42 år), og stillingerne blev besat af 12 kvinder (86 % kvinder) og 2 mænd. Man kan vist godt konkludere, at pædiateren fra DPS grundlæggelse og til i dag ”har skiftet køn”, ligesom de der i dag ansættes i uddannelsesforløbende har samme alder som de færdiguddannede speciallæger havde før i tiden.

### **Subspecialer og ekspertområder:**

”Pædiatrien er efterhånden blevet et så omfattende fag, at den ikke i hele sit omfang kan behandles af en enkelt”. Citatet er fra forordet i Monrads lærebog ”Pædiatriske forelæsnings” fra 1902 (136).

Subspecialiseringen i pædiatrien har været diskuteret gennem størstedelen af pædiatriens historie. Helt tilbage til 1953 diskuterede man ved selskabets møde nr. 292 børnelægers adgang til anerkendelse i organspeciale, men først i 1958 blev der enighed i DPS til at søge om adgang til subspecialisering. Dette ønske blev senere afslået. (141)

I 1970 foranstaltede DPS en enquete om subspecialerne i pædiatrien. Resultaterne indgik i indenrigsministeriets arbejdsgruppe (det var før man tænkte på et sundhedsministerium) vedr. retningslinjer for sundhedsvæsenets planlægning, og i et sammendrag i ugeskrift for læger understregedes nødvendigheden af subspecialisering i pædiatrien, nøjagtig som man så det indenfor intern medicin.

Allerede i 1940.erne og 1950.erne var der imidlertid etableret selvstændige subspecialiserede funktioner på Dronning Louises Børnehospital indenfor neurologi, cardiologi, en-

dokrinologi og allergologi. Med lukningen af Dronning Louises børnehospital blev endokrinologi overført til Børnehospitalet på Fuglebakken, i form af den Endokrine poliklinik under ledelse af Henning Andersen. For allergiklinikkens, hjerzteambulatoriets og neurologisk ambulatoriums vedkommende blev disse funktioner sammenlagt med tilsvarende funktioner på Rigshospitalets børneafdeling (145).

### *Speciallægekommisionens betænkning fra 1977*

Speciallægekommisionens betænkning (146) anfører 4 områder indenfor pædiatri, hvor ekspertfunktion af hensyn til uddannelsesforløb og stillingsbesættelse burde formaliseres:

- neuropædiatri
- børneallergologi
- neonatologi
- socialpædiatri

Der skulle imidlertid gå mere end 20 år før den første neuropædiatriske ekspertuddannelsesstilling blev oprettet i Danmark på børneafdelingen i i Glostrup, og besat med Lotte Skov for den første 3 års periode.

I mellemtiden havde børneallergologien taget et sådant omfang, at enhver børneafdeling i landet havde børneallergologi på et vist niveau, hvilket dog bestemt ikke gjorde behovet for eksperter mindre.

### *Subspecialiseringen i pædiatrien*

I 1987 forelå rapporten ”Subspecialiseringen i pædiatrien”, en rapport fra DPS udvalg nedsat 1985 (147).

Joes Ramsø-Jacobsen var formand for udvalget. De øvrige medlemmer var meget demokratisk en repræsentant udpeget af DPS uddannelsesudvalg (Henrik Hertz), to repræsentanter udpeget af landsdelsafdelingerne, en fra København (P. A. Krasilnikoff) og en fra provinsen (Poul Aabel Østergaard), en fra ikke - universitets afdelingerne (Ole Østerballe) samt en yngre pædiater (Torben Sørensen)

Rapporten anbefalede følgende retningslinjer for uddannelsen: 2-3 årig overbygning på speciallægeuddannelsen i pædiatri, hoveduddannelse i subspecialt i 2 år som 1.reservelæge, dokumenteret uddannelse i særlige procedurer og dokumenteret forskning i relation til subspecialt.

Endvidere ønskede udvalget:

Officielle subspecialer, godkendt af sundhedsstyrelsen, indholdsbeskrivelse fra de enkelte afdelinger og §14 vurdering i forbindelse med stillingsbesættelse.

I rapporten kunne man bl.a læse.: ”Ingen pædiater kan i dag magte at opretholde indsigt og kunnen på ekspertniveau i hele pædiatrien” og det er så sandt som det blev sagt, og

ligner til forveksling Monrads notat fra 1902.

”Forudsætningen for ekspertise og erfaring med sjældnere sygdomme er centralisering, hvilket også er en forudsætning for forskning.”

Udvalget anbefalede efter kortlægning af klinisk genetik, nefrologi, neonatologi, hæmatologi-onkologi, cardiologi, pulmonologi, gastroenterologi, neuropædiatri reumatologi-immunologi, endokrinologi, allergologi og socialpædiatri, at der burde opstilles retningslinjer for uddannelsen i alle de relevante pædiatriske subspecialer.

Udvalget sluttede sine anbefalinger med ordene ” I nogle subspecialer må det indtil videre anbefales, at en del af uddannelsen erhverves ved etablerede subspecialiserede afdelinger i udlandet.

Screeningsudvalget ønskede en subspecialisering i klinisk genetik indenfor pædiatrien. Målet var at efteruddanne pædiatere og opbygge erfaringsgrundlag til selvstændig varetagelse af diagnoseudredning, behandling og rådgivning af børn og familier med genetiske sygdomme.

Uddannelsen skulle være 3 årig med 1-2 års 1.reservelægetid på Kromosomlaboratoriet, John F. Kennedyinstituttet og Klinisk genetisk afdeling, Børneafdelingen Rigshospitalet.

Det var på det tidspunkt man i Sundhedsstyrelsen endnu vurderede om man skulle oprette et speciale i klinisk genetik. Disse funktioner varetages i dag bl.a. af professorerne Flemming Skovby på Rigshospitalet og Karen Brøndum-Nielsen på Kennedyinstituttet.

Mens man allerede i flere nordiske lande havde subspecialisering i pædiatrien skulle der gå mange år før dette slog rigtigt igennem i Danmark.

I 1994 var der kun opslået 2 subspecialiseringsstillinger, begge i neonatologi. Det var også her den første egentlige subspecialisering indenfor pædiatrien skete, på baggrund af en arbejdsgruppes rapport om ”Neonatologiens fremtidige organisation” (148).

Her anbefalede man også styrkelse på højt niveau af neonatologien i Odense og Århus, et råd der var svært at overhøre. Der blev anbefalet en centralisering af meget for tidligt fødte, specielt i forbindelse med respiratorbehandling, en anbefaling nogle afdelinger tog mere alvorligt end andre.

I 1999 var der 8 ekspertuddannelsesforløb i gang i neonatologi, onkologi, neurologi, allergologi, kardiologi og intensiv pædiatri. Man fandt det var et problem, at der ikke var tidsbegrænsede stillinger, reserveret til den systematiske videreuddannelse (155).

## **Fagområder**

*Beskrevet af Arne Høst*

Pædiatrien har i det seneste årti været præget af tiltagende specialisering i ekspertområder, som nu betegnes fagområder (150). For at sikre fagets udvikling og et højt fagligt niveau er der internt i specialet opstillet vejledende retningslinier for uddannelse og uddannelsesstillinger mhp. kompetence inden for de pædiatriske fagområder. Disse uddannelser etableres som 3-årige uddannelsesprogrammer, der påbegyndes efter endt speciallægeuddannelse i



pædiatri. De 3-årige uddannelsesprogrammer lever op til de europæiske krav vedr. pædiatriske subspecialueuddannelser.

I øjeblikket foreligger der på europæisk plan – UEMS (European Union of Medical Specialists) godkendte subspecialueuddannelser inden for følgende pædiatriske fagområder. For **de med fed skrift anførte områder** findes der på nuværende tidspunkt velbeskrevne fagområdeuddannelser i Danmark.

- **Neonatologi**
- **Allergologi**
- **Pulmonologi**
- **Endokrinologi**
- **Nefrologi**
- **Neurologi**
- Infektionssygdomme
- Gastroenterologi/hepatologi/ernæring
- Reumatologi
- Hæmatologi/onkologi
- Metaboliske sygdomme

Endvidere er følgende fagområder godkendt af Dansk Pædiatrisk Selskab:

- Børnekardiologi
- Socialpædiatri
- Intensiv pædiatri

### **Lærebøger i pædiatri:**

Helt tilbage til 1764 udkom svenskeren von Rosensteins dengang meget opsigtsvækkende bog om sygdomme i børnealderen, en bog der blev oversat til flere fremmede sprog og i mere end et halvt århundrede blev anvendt som lærebog i adskillige lande (4)

I 1902-03 udgav professor Monrad sine pædiatriske forelæsninger (8), og han sluttede først sin karriere som lærebogsforfatter med udgivelsen af 2. omarbejdede udgave af Nordisk Lærebog i Pædiatri der udkom i 1945, som det fremgår af forordet efter hans død (151). På trods af krigen var bogen blevet så hurtigt udsolgt, at det var nødvendigt med et nyt oplag (kaldet anden udgave, idet der blev foretaget en revision af første udgave fra 1941, som Monrad havde fuldført inden sin død (152).

Nordisk Lærebog var i et halvt århundrede ”lærebogen” (153), af mange studerende i 1970-erne suppleret med professor Melchior's kompendium udarbejdet på baggrund af hans egne forelæsningsnoter (154,155). Konkurrencen på lærebogsmarkedet er siden skærpet med udgivelsen af serien af basisbøger fra Munksgaards forlag pædiatri”(156), og ”Praktisk pædiatri” (157).



*Figur 35. Barnets udvikling og opvækst, lærebog for sygeplejeelever som de hed i 1980. Forsidebillede Marianne 9 måneder*

Der er kun få eksempler på lærebøger indenfor subspecialiserede områder af pædiatrien. Nogle af disse eksempler er Eikens Børneradiologi (158), Juri Lindy Petersens "Akut pædiatri"(159) og Peitersens og Arrøes Neonatologi(160) og Kaas Ibsens Lovpædiatri(161).

For sygeplejestuderende og øvrige ansatte, der beskæftigede sig med syge børn er det specielt Dansk sygeplejeråd og Nyt Nordisk Forlags lærebogsserie (162-163), der var meget populære i 1970.erne og 1980.erne(164).

## **Uddrag af Monrads Pædiatriske Afhandlinger fra 1902.**

Om behandling af toxi-infektiose gastroenteritis:

Skal man foruden afføringsmiddel give udskylninger? Herom er meningene delte. Bli-  
ver man kaldet strax ved sygdommenes begyndelse, og har barnet heftige opkastninger,  
ser man ofte god nytte af ventrikeludskylning som indledende behandling. Og videre  
"Tarmudskylninger er som regel kontraindiceret". Professoren havde efter fransk møn-  
ster indført vanddiæt, bestående af stop for næringstilførsel og "tilførsel af vand, der na-  
turligvis skal være kogt. Den eneste vanskelighed gennemførelsen af den absolutte vand-  
diæt støder på, er modstand fra forældrenes side, men også denne kan man som regel  
overvinde." og om mængden skriver Monrad: "Gennemsnitlig vil 100 gram vand hver  
anden time være en passende mængde, men i øvrigt kan man tillade barnet at drikke så  
meget, som det lyster". I lettere tilfælde fik børnene 48-timers vanddiæt (udelukkende  
kogt vand uden sukker eller salte), men op til 140 timer var prøvet. Det var før colaen blev  
markedsført i Danmark

I svære tilfælde, hvor det ikke var nok med vandkur, indledtes en kamp mod den gene-  
relle forgiftning med "Først og fremmest varme bade 2 á 4 i døgnet....dernæst varme om-  
slag på underlivet.... Hofmandsdråber 4 á 8 dråber hver anden time--- som jeg i hvert fald  
foretrækker for vin og Kognac, der ikke sjældent forårsager brækning hos spæde børn." !

Et ganske uundværligt hjælpemiddel var subcutane indsprøjtninger af fysiologisk kog-  
salthopløsning, givet med en hestemorfin sprøjte.

Om fremtidens behandling skrev Monrad om forsøg med anticoliserum og renkulturer af bacillus acidi lactici (mælkesyrebakterier) ”Hvorvidt det skal lykkes os at få bedre våben imod de frygtede børnecoleriner, må fremtiden vise.

Ved protraherede og hårdnakkede tilfælde af kronisk dyspepsi ser man ofte god nytte af nitratis argenticus i teskefuld 4 gange i døgnet. Behandlingen var dog ”i første linje en minutios regulering af diæten” hvor ”den medicamentelle behandling altid kommer i anden række. Og lad mig tilføje, at man ikke glemmer at sørge for den almindelige hygiejne, altid passe, at barnet får bade og tilstrækkelig frisk luft, momenter, der også har betydning for helbredelsen de af kroniske dyspepsier.”

I 2. forelæsningsrække, der udkom i 1903 beskæftigede Monrad sig udelukkende med de gastro-entestinale lidelser hos spæde børn ”fordi de hører til de hyppigst forekommende lidelser i en læges praksis, og dels fordi indgående kendskab til disse sygdommes væsen og behandling er en nødvendig betingelse, hvis vi skal nå, i nævneværdig grad at forringe den store mortalitet blandt spæde børn” (8).

## **Nordisk Lærebog i Pædiatri**

havde et kapitel om tuberkulose og lues, 2 frygtede sygdomme, der krævede mere end 50 sider i lærebogen. Vigtigste behandling var sengeleje, frisk luft og om sommeren sol. Man fandt dog ikke kunstig sol-behandling indiceret ved frisk lungetuberkulose, mens man i årtier behandlede lues med jod-kviksølvkur (151).

## **Pædiatrisk kompendium**

*Boserupkomiteen: Pædiatrisk kompendium, sommeren 1961 (154)*

Den første udgave af dette kompendium, som stort set alle medicinstuderende købte, var udarbejdet af ”Boserupkomiteen” sommeren 1961, og efter forordet udarbejdet på baggrund af forelæsnings- og eksamensnoter, samt lærebøger (174). Bogen indeholdt en del helsidesannoncer, bl.a. for ”LULAMIN GEA; det ideelle hypnoticum i pædiatrien” Alene navnet indikerer, at her er virkelig det præparat, man har manglet.

De følgende udgaver havde J. C. Melchior som forfatter (155). I forordet skriver Melchior, at ”den nye udgave stort set er holdt indenfor rammerne af den første udgave som udkom i 1959 ”

Hvordan dette misforhold i årstallene er opstået henstår i dag i det uvisse, ligesom ingen tilsyneladende kan huske hvem Boserupkomiteen bestod af, men kompendiet havde vi som stud.med. meget glæde af.

I udgaven fra 1969 er medtaget ”nye og væsentlige ting som følge af pædiatriens udvikling.”

Et af mine eksemplarer af dette kompendium er reddet fra destruktion ved oprydning på Fuglebakken og er dedikeret: ”Til Jesper (Professor Henning Jesper Andersen) fra Rylle”

(kælenavn for lektor, senere professor J.C. Melchior).

Om blodtryksmåling på børn skriver Melchior: "Palpation af a. femoralis– som er en form for blodtryksmåling – " er måske ikke ligefrem hvad man i dag ville kalde en blodtryksmåling.

Under trachea og bronchiernes sygdomme, står der om behandling af betændelser: "Sengeleje, ekspektorantia, codein mod hoste, barbiturater ved uro. Antibiotika – kemoterapi er især vigtig hos spæde for at forebygge komplikationer."

Og under lettere tilfælde af astma: "Vigtigst er hosteløsende medicin, specielt jod, som anvendes som kaliumjodid eller natriumjodid...."

Under leucæmi forløb. "Ubehandlet mors efter ca. to måneder; med nuværende behandling ca. 1-2 år (maksimalt 5 år.)" Gastroenteritis infektiosa. Kolerine. Tidligere hyppig og farlig lidelse, fortsat nedgang i morbiditet gennem de sidste 50 år, nu sjældent fatal udgang.

Behandling sukkervand 5%, gulerodstørpræparat (Idocaron). eller johannesbrødmel (Arabon).....havresuppe, kærnemælkssuppe og rå revne æbler.

Behandling af komælksallergi. Elimination... i stedet gives kvinde-, gede- eller hoppe-mælk. Forsøg at give kvindemælk så længe som muligt. Kærnemælk, evt. i form af kærnemælkspulver (Eledon og Vitana)

Enuresis under medicamentel behandling: "dels for at gøre en dyb søvn mindre dyb: Amfetamin ofte kombineret med atropin, dels i visse situationer med udtalt psykogen baggrund psykofarmaca f.eks. tofranil.

Prognose: De fleste systemers resultater ret nedslående."

Tics. Terapi. "Skyldes ofte angstneurose, man må få forældre og skole til at forstå, at de ikke må rette på barnet eller true det."

Adipositas. Prognose: Som oftest god. Adipositas i barnealderen er hyppigt et temporært fænomen...

Og om terapi skriver Melchior diæt med indskrænkning af kulhydrat og fedt, rimelig sportsudøvelse. Enkelte børn kan have glæde af dexampfetamin.

Mens forebyggende helbredsundersøgelser kun omtales meget kort og socialpædiatri udover lidt om adoption, slet ikke omtales i Melchiors kompendium fra 1969, har disse og nye områder fået en central plads i Schiøtz og Skovbys "Praktisk pædiatri" fra 2006, hvor både "børn i almen praksis", "socialpædiatri", "international pædiatri", "børnepykiatriske sygdomme", "fysisk og seksuel misbrug" samt "pludselig uventet spædbørnsdød" har fået hver et kapitel

For børn med cancer er prognosen bedret markant, selvom der fortsat dør 25% af børn med cancer.

Og om pancreasfibrose: skrev Melchior i 1969: "Prognosen hidtil dårlig. Ca. 50% dør før 10 års alderen og ca. 80% før 20 år", mens Schiøtz i 2006 i "praktisk pædiatri" under

Cystisk Fibrose (CF) skrev ”Centraliseret intensiv behandling har givet en median overlevelse i Danmark på over 40 år, og den ser ud til at kunne forbedres yderligere”

En sammenligning med nutidens lærebøger illustrerer således på udmærket vis den enorme udvikling, der er sket indenfor pædiatrien de sidste årtier.

## **En lærebog bliver til:**

*Redaktøren beretter:*

Vi havde i mange år lejet vores sommerhus ud gennem det lokale turistbureau, hvor en af ”damerne” på bureauet havde en svigersøn, der gerne ville være børnelæge. Han blev naturligvis opfordret til at søge en stilling, og da det viste sig at han var den på papiret bedst kvalificerede, fik han en stilling i Glostrup. Han viste sig hurtigt, at være yderst effektiv, og alle observationer blev nedskrevet i hans lommebog, herunder vigtigste instrukser. Da kittellommerne var ved at blive for små, spurgte jeg ham en dag om hvorfor han ikke udgav sine noter, så andre også kunne få glæde af hans enorme arbejdsindsats. Det blev starten på Juri Lindy Pedersens ”Akut Pædiatri og neonatologi” på 552 sider, og som han skriver i mit eksemplar: ”Kære Karsten. Tak for din opfordring til at lave en bog. Jeg er taknemmelig for din opbakning og tillid – og ideen” – en gang imellem skal der ikke opmuntres ret meget, før kreative personer går i gang. Juri skrev selv alle kapitlerne, men brugte herefter de bedste af fagets eksperter som kritiske referenter, et imponerende arbejde. Bogen er udgivet på FADL’s forlag og fandtes i 1. oplag frit tilgængelig på [www.forlag.fadl.dk/bog/akutpaediatri](http://www.forlag.fadl.dk/bog/akutpaediatri).

Børnelæger kan imidlertid anden end at skrive videnskabelige artikler og lærebøger for fagfolk, og spektret er bredt. Således skrev Rigshospitalets professor Preben Plum en bog og adskillige populære artikler om ånder og det okulte (165), mens professor Melchior sammen med Kirsten Poulsgaars var forfattere til den populære ”Bogen om barnet”, der i 1989 var trykt i over 260.000 eksemplarer, et for danske bøger ganske imponerende tal (166).

Helt op på samme oplagstal når Jørgen Vesterdals filosofibog: ”Tanker om Tyren Ferdinand Fra pc og tv til zen” (167) og samme forfatters ”Børnemishandling og vanrøgt” (168), undertegnedes og familien Ellerbæks bog om det handicappede barn Nicolai (169) eller Jens Christian Holms børnebog med egne tegninger om ” Det lille egern” (170) nok aldrig.

## **Uddrag af instruksbøger fra 1970-80.erne:**

Redaktøren har kikket lidt i sine gamle instrukser og prøvet at sammenligne dem med nutidens forhold. Da datidens børnehospitaler lå isoleret fra de store sygehuse, var der taget højde for helt specielle problemer f.eks ved:

*Blodprøver og blodtransfusioner*

I Fuglebakkens instruksbog fandtes i 1970.erne en 10 siders vejledning om blodtransfusio-

ner, da prøver for forlig blev udført af vagthavende læge, der også satte blod op. Vagthavende forvagt bestemte også selv gystal på maskinen i kælderen på de glasrør, han havde fyldt fra de forstukne hæle på neonatalafsnittet. Når blodet var udtaget i glasrøret blev der sat voks i den ene ende inden en lille metalsplit blev puttet ned i glasset fra den anden ende, der også blev behørigt forsegleet med voks og blandet ved hjælp af en lille magnet man førte frem og tilbage. Så var det med at komme ned og få prøverne i apparatet inden den næste patient kom i modtagelsen. Frekvensen af vagt blodprøver afhang meget af bagvagten, hvor nogle elskede, at få bestilt prøver til kl. 3 om natten, mens andre godt kunne vente til næste morgen (171).

### *Isolation*

Om isolation på isolationsafsnit C 10 på Børneafdelingen i Roskilde stod der i 1983 i instruksbogen (172):

Afsnittet består af 5 stuer. En af disse er større end de andre, har bækkenkoger og kan evt. rumme 2 patienter. Mellem isolationsstuerne og gangen findes sluser med luftudsugning.

Isolationsformer: Jounalskrivende læge ordinerer straks en af følgende fem isolationsformer:

- Streng isolation
- Respiratorisk isolation
- Enteral isolation
- Forholdsregler ved sår- og hudinfektioner
- Beskyttelsesisolation.

I dag 25 år efter anvendes isolation på børneafdelingerne kun yderst sjældent, og begrebet omtales slet ikke i de nyeste lærebøger hverken under gastroenteritis eller meningitis (157). Muligheden for at isolere særligt smittefarlige patienter opretholdes dog de fleste steder.

### *Åndssvageforsorg*

”Lægelig henvisning til forsorgen foregår ved indsendelse af almindeligt brev til Børnehospitalet i Vangede, Sognevej 40, 2820 Gentofte, telefon GE 9360” (173) Så kort og lakonisk var det formuleret i 1971. Der var også et meget begrændset samarbejde mellem børnehospitalet og forsorgen.

En af de pædiatere, der markerede sig indenfor Åndssvageforsorgen var Jacob Øster, der udover en disputats om Mongolisme skrev bøger som ”Moderens ABZ”, der udkom i 1954 og ”Det åndssvage barn” fra 1962, der er solgt i hele Skandinavien, og som også kom i en spansk udgave (174,175). *Se også afsnittene om Børnehospitalet i Vangede, og Center for Handicappede, Vangedehuse side 169-172*

I dag er forsorgen for længst afskaffet ligesom amterne. Børnene er i dag mentalt retar-

derede, udredning og visitation foregår i tværfaglige og tværsektorale teams og de tidligere børnehospitals bygninger bebos i dag næsten udelukkende af voksne.

### *Encoprese*

I 1982 udarbejdede børnepsykiateren Bent Claësson en vejledning til børneafdelingerne i Københavns amt om encoprese, der afspejlede den tids opfattelse af en for alle parter kedelig tilstand. ”Vurder forældrene. Begge forældre, biologiske eller stedforældre skal være til stede hver gang. ... Hvis de ikke kan/vil, så udsæt hellere behandlingens start. ... Ikke obstiperede encopresebørn bør indlægges direkte på børnepsykiatrisk afdeling – deres encoprese er et dybt regressivt-neurotisk symptom.” (176).

I moderne lærebøger som ”Praktisk Pædiatri” fra 2006 (157) finder man under børnepsykiatriske sygdomme (forfattet af Per Hove Thomsen), at manglende toiletræning kan resultere i primær enkoprese hos ældre børn. Sekundær enkoprese forekommer især hos børn med alvorlige belastninger i forholdet til voksne”. Stadigvæk indgår information og vejledning af forældrene i behandlingen, ligesom ”Det er væsentligt at flytte focus fra det somatiske til de psykologiske forhold” og ”øge barnets autonomi”. Og om forløbet: ”De fleste børn vokser fra enuresis og enkoprese”.

I samme lærebog kan man under gastroenterologi skriver Steffen Husby (178) finde følgende i afsnittet om enkoprese: ”opstår i de fleste tilfælde på basis af kronisk obstipation og bliver ikke som tidligere opfattet entydigt som en psykosomatisk sygdom. .... og videre under behandling af enkoprese ”i praksis behandling af obstipationen og ved manglende effekt heraf er næste skridt psykosocial intervention. For ca. en tredjedel af børnene vil obstipation og enkoprese fortsat give problemer ind i ungdoms- og voksenlivet.”

Sådan er focus ændret på bare ¼ århundrede, men ideen om at udskyde behandlingen hvis ikke begge forældre er til stede er nok ikke så god en ide og prognosen synes også stadig at afhænge meget af de øjne der ser.





## Kapitel 7

# Fagets professorer

Københavns Universitet var i slutningen af sidste årtusind noget træge i forretningsgangen. Professorerne Melchior, Zachau-Christiansen og Krasilnikoff var gået af i 1995, 1997 og 1998, og først i 2002 lykkedes det endeligt. På én gang blev der slået 3 professorater op i pædiatri i Storkøbenhavn: Et på Glostrup, et på Hvidovre og et på Rigshospitalet.

Bedst videnskabeligt kvalificeret var efter bedømmelserne Jørn Müller, der fik lov til at vælge først og valgte, måske ikke helt uforståeligt Rigshospitalets børneafdeling.

Udnævnelsen lå stille i måneder og i den periode kunne man ikke komme videre med ansættelsen af de to andre professorer. På Glostrup var der arbejdet ihærdigt med diabetesforskningen og samarbejdet om etablering af et børne-sukkersyge-forskningscenter, med et årligt finansieringstilskud fra Novo-Nordisk på et ganske stort beløb. Efter års vacancer var der nu endelig udsigt til, at de 3 professorater kunne besættes. Jørn Müller tiltrådte først sin stilling, men efter 3 måneder forlod han af personlige grunde den stilling han i årevis havde drømt om, og som alle syntes han var den fødte ansøger til ()

I mellemtiden blev professoratet i Glostrup besat med Henrik B. Mortensen og professoratet i Hvidovre med Birthe Høgh, som blev Danmarks første kvindelige professor i pædiatri. Efterfølgende har Kjeld Schmiegelow og i 2007 Carsten Heilmann fået professorater på Rigshospitalet, så der igen er højt kvalificerede undervisere på alle tre universitetshospitaler i Region Hovedstaden.

Næsten samtidig med ovenstående stillingsbesættelser fik Hans Bisgaard midler til at oprette Dansk Børne Astma Center og et fondsbetalt professorat i børneastma, der efter en del forhandlinger blev placeret på Gentofte Hospital, og i 2007 fik Henrik Verder, Holbæk og Finn Ebbesen, Aalborg begge professorater i neonatologi og i 2008 blev Peter Uldall udnævnt til professor i neuropædiatri

## **Pædiatriske professorer:**

### ***Københavns Universitet:***

C.E. Bloch (1872-1952)

Rigshospitalet, pædiatri

professor 1916-1943.

Københavns Universitets rektor 1931-32  
og igen 1936-42.

Preben Plum (1906-2002)

Rigshospitalet, pædiatri

Professor 1943-1972

Oluf Andersen (1901-69)

Dr. Louises børnehospital, pædiatri

Professor 1961-69.

Jørgen Vesterdal (1916- )

Amtssygehuset i Glostrup, pædiatri

Professor 1975-86

Bent Friis-Hansen (1920-2002)

Rigshospitalet. Neonatalafdeling GN

Professor fra 1970-1990

J.C. Melchior (1923-1995)

Amtssygehuset i Gentofte,

og Rigshospitalet, pædiatri

Professor fra 1971-1993

Henning Andersen (1916-1978)

Børnehospitalet på Fuglebakken

Professor 1971-1976

Bengt Zachau-Christiansen(1923-1997)

Rigshospitalet, pædiatri

professor 1977-1997

Niels Erik Skakkebæk (1936- )

Hvidovre hospital, pædiatri

Professor pædiatri 1982-1990.

Rigshospitalet, vækst og reproduktion,

Professor fra 1990-2006

Peter A. Krasilnikoff (1936-)

Professor 1986-92 pædiatri,

Amtssygehuset i Gentofte.

Professor 1992-1998 pædiatri,

Hvidovre Hospital.

Flemming Skovby (1950 - )

Professor 1995-2001 i pædiatri

Professor fra 2001 i klinisk genetik

Rigshospitalet

Niels Michelsen (1939- )

Institut for socialmedicin

Professor 1991-2007

Gorm Greisen (1951- )

Rigshospitalet, neonatologi

Professor siden 1998

Jørn Müller (1951- )

Rigshospitalet, pædiatri

Professor 2003-2003

Birthe Høgh (1947 - )

Hvidovre Hospital, pædiatri

Professor siden 2003

Henrik B. Mortensen (1947- )

Glostrup Hospital, pædiatri

Professor siden 2003

Kjeld Schmiegelow (1951- )  
Rigshospitalet, pædiatri  
Professor siden 2005

Freddy Karup Pedersen (1943-)  
Rigshospitalet, international pædiatri  
Professor siden 2006

Kim Fleischer Michaelsen (1948- )  
Rigshospitalet, børne ernæring  
Professor siden 1998

Anders Juul (1963- )  
Rigshospitalet, vækst og reproduktion  
Professor siden 2006

Carsten Heilmann (1949- )  
Rigshospitalet, pædiatri  
Professor siden 2007

Henrik Verder (1942 -)  
Holbæk Sygehus, neonatologi  
Professor siden 2007

Hans Bisgaard (1955- )  
Gentofte Hospital,  
pædiatrisk pulmonologi  
Professor siden 2003

Karen Brøndum-Nielsen (1947- )  
J.F.Kennedy Institut  
klinisk genetik.  
Professor siden 1998

Hans Lou (1939- )  
J. F. Kennedy Institut  
udviklingsneurologi  
Professor siden 1993,  
i dag på Århus Universitet

Peter Uldall (1949-)  
Rigshospitalet  
neuropædiatri  
Professor i 2008

### *Syddansk Universitet*

Poul Kildeberg (1930- )  
Odense Universitetshospital  
Professor 1970-1999

Steffen Husby (1953- )  
Odense Universitetshospital  
Professor siden 2000.

Søren Pedersen (1950- )  
Odense Universitetshospital  
Professor siden 1996

### *Århus Universitet*

Bent Nicolai Andersen (1902-75)  
Århus Kommunehospital  
Professor 1940-66

Torben Iversen (1923-88)  
Århus Kommunehospital  
Professor 1967-85

Peter Oluf Schiøtz (1942- )  
Skejby sygehus,  
Professor siden 1987

Troels Herlin (1953- )  
Skejby sygehus  
Pædiatrisk reumatologi  
Professor siden 2006

*Norge-Tromsø universitet:*  
Jørgen Cohn (1937- )  
Professor pædiatri 1983 - 2007

### *Ålborg:*

Finn Ebbesen (1941- )  
professor, neonatologi  
Professor siden 2007

### *Lektorer og censorer*

Som lektorer fungerede en større skare af hospitalspædiatere fra de undervisende sygehusafdelinger, mens gruppen af censorer også talte en del praktiserende og pensionerede speciallæger.

Studenterne blev på de kliniske kurser under Københavns Universitet fordelt på 3 sektioner:

Sektion 3 Staten (Rigshospitalet)

Sektion 4 Københavns kommune ( Hvidovre hospital)

Sektion 5 Københavns amt (Gentofte og Glostrup)

Senere suppleret med Roskilde, Holbæk, Hillerød

## **Preben Plum og det okulte**

Plum var ikke alene en kendt pædiater og videnskabsmand, men også en person, som hele livet igennem interesserede sig for det okulte.

I 1950 afslørede han i sin villa i Vedbæk et kendt navn i dansk spiritisme, nemlig fru Melloni og ånden Lazarus, efter at Københavns Universitets psykologiske laboratorium havde startet en videnskabelig efterforskning med deltagelse af fagpsykologer og professor Plum, åndefotograf Sven Türrch, og læge Aage Marner, formand for Selskabet for Psykisk Forskning.

Seancen hos Preben Plum blev overværet af et eksklusivt selskab, bl.a. kulturminister Bomholt, radioens Carl Bjarnhof og forfatteren Jacob Paludan.

Hvad fru Melloni ikke vidste var, at der også var et skjult kamera, der filmede alt, hvad der foregik under bordet. Filmen viste, ikke noget åndfuldt men noget ganske behændigt. Knockout til Melloni og ånden Lazarus og dårlig reklame for alt hvad der hed psykisk forskning i Danmark.

Historien fik megen medieomtale, filmen blev vist i biograferne og Preben Plum blev angivelig meget ked af den megen presseomtale, hvilket dog ikke svækkede hans interesse for det okulte, hvilket bl.a. kom til udtryk i hans bog ”Mystik, mirakler og videnskab”, der udkom i 1982 og i 2. udgave i 1997 (165).



*Figur 36. Professor Preben Plums afsked i 1976. På billedet ses fra venstre Preben Plum i snak med professor Bengt Zachau-Christian og overlæge Svend Heinild.*

Biskop Jan Lindhardt, journalisten Thomas Breinholdt m.fl. skriver i possession ORDET (180), at Preben Plum interesserede sig for telepati videnskabeligt i en menneskealder og en af hans konklusioner var, at de tilsyneladende mest optræder mellem personer, hvor der er knyttet meget store følelser.

”Der findes nogle få mennesker, der er i stand til at styre de her kræfter – eller de her kvantespring – med deres bevidsthed. De er i stand til at styre deres åndelige kapacitet på en måde, som vi andre ikke kan”.

I Para-nyt, kritisk forum for paranormale fænomener, pseudovidenskab og folketro citeres Preben Plum i kapitlet ”Sandhedens vogter” for at betegne Uri Geller som en af verdens største psykokinetikere, som olieselskaber ad psykisk vej bruger til at finde olie (181).

Markant antipati nærer han derimod ifølge tidsskriftet til ”new age-bevægelsen og alternative helbredere: Mange alternative behandlere lider ligesom mange autoriteter af profetysge. De gør sig ikke en gang umage med at undersøge, om deres behandlinger virker.

Preben Plum er ifølge artiklen ikke i tvivl om, ”at der findes psykiske genier og ægte medier, men der er langt mellem dem, og der er desværre mange falske af slagsen”.

Men så har vi jo heldigvis Uri Geller!? I samme tidsskrift kan man i øvrigt læse Børnelæge Olav Bennedbæk citeret for: ”Tiden er løbet fra den gamle fordumssnak som det etablerede sundhedsvæsen har haft overfor alternative behandlere” i en artikel om forsøg med zoneterapi, der ifølge Information 2-3 januar 1999 ”har hjulpet fortvivlede forældre og deres kolikramte børn” (182).

### **Disputatser og Ph.D afhandlinger.**

De i dag ”ældre” børnelæger skrev disputatser, ofte i bogform omfattende hele det videnskabelige arbejde eller som en kortere oversigt byggende på tidligere publicerede arbejder.

Yngre pædiatere har i de sidste 10-15 år stort set udelukkende skrevet Ph.D. afhandlinger En oversigt over mere end 100 disputatser, skrevet af danske børnelæger findes i bilag

1. Niels Michelsen bærer som den eneste ”ældre” pædiater betegnelsen Lic. med., der var datidens bud på en Ph.D.

Enkelte pædiatere som Anders Juul og Carsten Nysom har både skrevet Ph. D og disputats. Ph.D. ordningen har stimuleret til en strøm af Ph. D afhandlinger, hvor unge forskere ofte har kunne færdiggøre en afhandling indenfor relativ kort tid. Et mindre udvalg af disse afhandlinger er vist i bilag 1.

Alene fra Afdeling for Vækst og Reproduktion og Pædiatrisk Klinik I og II på Rigshospitalet udgik der i 2005 i alt 10 Ph.d.afhandlinger om relevante pædiatriske emner (72).

*En udvalg af disputatser og Ph.D. afhandlinger findes i bilag 1*

## Kapitel 8

# Børn på hospital

### *Historisk udvikling*

Behandling af børn indlagt på sygehusene i Danmark har undergået store forandringer siden pædiatriens start for ca. 150 år siden. Allerede i slutningen af 1800-tallet fandtes børnehospitaler, hvor man varetog behandlinger af børn, men de fleste børn blev dengang og i mange år frem i tiden indlagt på afdelinger for voksne (1).

Indtil det 19. århundrede var det stort set kun fødselslæger, der beskæftigede sig med børn og her var interessen naturligt mest de nyfødte og spædbørnene. Oprettelsen af børnehospitaler i løbet af det 19. århundrede førte til, at pædiatri udviklede sig til og blev anerkendt som et lægeligt speciale.

Det første børnehospital blev oprettet i Paris i 1802 ”Hôpital des Enfants malades”. Det var i mange år centrum for pædiatrien.



I udlandet blev der mange steder oprettet højt specialiserede børnehospitaler som ofte blev placeret i tæt relation til store voksenhospitaler. I løbet af 1830'erne blev der oprettet børnehospitaler i Berlin 1834, Petersborg 1837, Wien 1839, Stockholm 1845 med Karolinska instituts pædiatriske klinik i det gamle Almänna Barnhus, og endelig i 1850 i København det lille private Børnehospitalet i Rigensgade. Det verdensberømte Great Ormond Street Hospital for Sick Children, hvor mange pædiatere har været på kursus blev oprettet i 1852.

*Figur 37. Auditoriet Frederiks Hospital, nu Medicinsk Historisk Museion (tidligere Medicinsk Museum)*

Det offentlige hospitalsvæsen i Danmark udviste i det 19. århundrede kun ringe interesse for behandling og omsorg for børn. Statens hospital, ” Det Kongelige Frederiks Hospital” fra 1757 modtog ikke børn under 7 år, medmindre de skulle opereres.

## **Oprettelse og nedlæggelse af børnehospitaler og børneafdelinger i Danmark 1850-2008**

### *1850-1900*

- 1850 Børnehospitalet i Rigensgade, afløses i 1879 af Dronning Louises børnehospital
- 1875 Kysthospitalet på Refsnæs
- 1879 Dronning Louises Børnehospital, nedlagt 1971, 65 senge overflyttes til Rigshospitalet Tagensvej
- 1899 Odense børnehospital

### *1901-1950*

- 1909 Fru Hermansens klinik, fra 1945 Børnehospitalet på Martinsvej,
- 1911 Rigshospitalets børneafdeling,
- 1917 Børnehospitalet på Fuglebakken, nedlagt 1983
- 1925 Diakonissestiftelsens børneafdeling
- 1940 Århus kommunehospitals børneafdeling,
- 1945 Børnehospitalet på Martinsvej, nedlagt 1955 og flyttet til Blegdamshospitalet.
- 1946 Børneafdelingen KAS Gentofte

### *1951-2000*

- 1955 Børneafdelingen på Blegdamshospitalet,
- 1955 Randers børneafdeling
  - Dianalund børnehospital
- 1957 Nykøbing Falster børneafdeling
- 1962 Ålborg kommunehospital, børneafdelingen
- 1965 Børnehospitalet, Amtssygehuset i Glostrup
  - Næstved børneafdeling
  - Hillerød børneafdeling
- 1966 Børnehospitalet i Vangede
  - Kolding børneafdeling
  - Esbjerg børneafdeling
- 1967 Herning børneafdeling
- 1968 Slagelse, børneafdeling, nedlagt 1984
- 1969 Børneafdelingen, Blegdamshospitalet nedlægges og flyttes til
  - Afd. TG , Rigshospitalet, Tagensvej
- 1970 Holbæk børneafdeling
- 1971 Dr. Louises Børnehospital nedlægges, og områder af undervisnings- eller forskningsmæssig interesse overflyttes til afd. TG. Rigshospitalet.
- 1972 Sønderborg børneafdeling



- Viborg børneafdeling
- 1976 Roskilde børneafdeling
- 1977 Afd.GN; Rigshospitalet flytter fra Tagensvej
- 1980 Hjørring sygehus, i dag Børneafdelingen, Sygehus Vendsyssel
- 1983 Børneafdelingen, Hvidovre hospital
- 1995 Pædiatrisk klinik I+II oprettes ved Juliane Mariecentret, Rigshospitalet
- 1996 Børneafdelingen, Skejby sygehus

2000-

- 2004 Nuuk, Grønland. Første pædiatriske overlægestilling oprettes
- 2008 Børneafdelingen på Amager lukkes og ”fusineres” med Hvidovre Hospital.
- H.C.Andersen børnehospital Odense åbner

*Klassificering:*

Børneafdelingerne blev i det 20. århundrede af sundhedsstyrelsen opdelt i a, b og d afdelinger, senere betegnet

- a-afdelinger med undervisningsstillinger,
- b-afdelinger godkendt til 18 måneders R1 og
- d-afdelinger godkendt til 6 måneders R1 og/eller 6 måneders introduktionsuddannelse

## Overordnede mål for den gode pædiatriske afdeling

*Beskrevet af Arne Høst (184)*

De overordnede mål for den gode børneafdeling er i dag:

- At sætte barnet i centrum, det vil sige, at der skal sættes fokus på det syge barns behov for diagnostik, behandling og pleje, således at behandlere kommer til barnet og familien, og barnet ikke skal cirkulere mellem mange forskellige ambulatorier/behandlingsrum.
- At give barnet den bedste diagnostik, behandling og pleje af specielt uddannet personale. Der skal være mulighed for støtte og hjælp fra tværgående funktioner som f.eks. diætister, fysio- og ergoterapeuter, psykolog, pædagoger, socialrådgivere, talepædagoger, skolelærere og tolkeservice (185).
- At være evidensbaseret på internationalt niveau. Diagnostik, behandling og pleje af det syge barn skal i videst muligt omfang skal være evidensbaseret. Evidensbaserede retningslinier for diagnostik, behandling og pleje skal justeres ved behov og mindst én gang årligt. Såvel fysiske rammer og udstyr som behandleres og plejeres uddannelse skal være afpasset efter de syge børn og deres forældres behov.
- De fysiske rammer skal give barnet og dets familie mulighed for at være sammen i børnevenlige rammer. Langt de fleste børneafdelinger er stadig i 2007 placeret i utidssvarende hospitalsbyggeri i ombyggede voksenafdelinger, hvor der ikke er taget hensyn til syge børn og deres familiers særlige behov (186).
- At forebygge sygdomme og følgetilstande til sygdomme.
- At sikre familiens adgang til entydig og ensartet information gennem hele behandlingsforløbet.
- At fastholde og videreudvikle et inspirerende og stimulerende arbejds-udviklings- og forskningsmiljø.

### *Funktions Bærende Enhed*

Sundhedsstyrelsen har defineret en Funktions Bærende Enhed (FBE) som en organisatorisk model tilrettelagt ud fra lægefaglige hensyn mhp. at varetage alle grundspecialets opgaver på et udvidet basisniveau sv.t skønsmæssigt ca. 90% af sygehusvæsenets opgaver ved et befolkningsgrundlag på ca. 250.000 personer. Denne størrelsesorden er valgt ud fra overvejelser om rationel drift, akutfunktionens organisering og de tværgående specialers døgnfunktion. Inden for pædiatrien har Dansk Pædiatrisk Selskab vurderet at en funktionsbærende enhed bør omfatte 5 basale funktionsområder:

- Almen pædiatri,
- Astma, allergologi og lungelidelser,
- Endokrinologi/diabetologi,
- Neonatologi, samt
- Neuropædiatri og rehabilitering,



*Figur 38. Sengestue fra dengang sygeplejerskerne brugte kapper, ca. 1928.*

### *Akutte indlæggelser*

Hovedparten af indlæggelserne på landets børneafdelinger er akutte og skyldes oftest akutte infektioner. Øvrige indlæggelser skyldes hyppigst problemer hos nyfødte (for tidligt fødte, misdannelser mv.), børn med kroniske eller maligne sygdomme, samt børn med vidtgående fysiske og psykiske handicap, men også børn med sansemæssige og motoriske problemer, indlæringsmæssige problemer, psykosomatiske og adfærdsmæssige reaktioner hører til det pædiatriske arbejdsområde. Børn af indvandrere og flygtninge udgør et særligt problem.

Mange af de børn der tidligere blev indlagt på grund af akutte sygdomme bliver i dag undersøgt, observeret og behandlet nogle få timer i et observationsafsnit på en pædiatrisk afdeling, og herefter udskrevet til efterfølgende behandling og evt. ambulante opfølgning på specialambulatorium, eller hos praktiserende børnelæge eller familiens egen læge. Syge børn bør om muligt behandles i hjemmet eller ambulante hos almen praktiserende læge, praktiserende pædiater eller på hospitalsafdeling/ambulatorium.

De tidligere amtsafdelinger udgør grundstammen i regionernes behandling af akut syge børn henvist fra almen praktiserende læger, vagtlæger, skadestuer og fødegange.

De regionale børneafdelinger består typisk af et antal sengeafsnit, ofte opdelt på et for mindre og et for større børn, et neonatalafsnit, et akut modtageafsnit med observations- og forundersøgelser- og efterbehandlings ambulatorier.

Akutte indlæggelser modtages i dag- og aftentimerne i børneafdelingernes modtage-

afsnit kaldet observationsafsnit eller akut modtageafsnit, som koordinerer indlæggelserne, starter undersøgelse og behandling. Hvis barnet har brug for indlæggelse i et døgnbetjent sengeafsnit overflyttes det til et af de stationære afsnit, men langt hovedparten af de akut indlagte børn kan hjemsendes dagen efter til kontrol hos egen læge, praktiserende børnelæge eller et af børneafdelingens specialambulatorier.

### *Alder*

Afdelingerne behandler børn fra fødslen til barnealderens ophør. Generelt sættes grænsen for akutte sygdomme aldersmæssigt opadtil til højst 14 år. Dette betyder at børnene, når de fylder 15 år, i stedet behandles på de regionale medicinske afdelinger.

For unge med kroniske sygdomme, og unge med betydelige udviklingsmæssige handicap, der allerede er i et forløb på Børneafdelingerne, udskydes overgangen til voksenafdeling til et passende tidspunkt inden 18 års alderen. Der arbejdes i DPS stærkt på at få pædiatri til at omfatte børn og unge op til 18 år.

Børn med kirurgiske sygdomme indlægges i stigende grad på børneafdelingernes sengeafsnit, men udredes og behandles primært af lægerne fra de organkirurgiske eller ortopædkirurgiske afdelinger. De fleste steder indlægges børn med endages indlæggelser med "kirurgiske" øre-, næse, halssygdomme fortsat direkte på ØNH-afdelingerne.

### *Distriktpædiatri*

I nogle områder f. eks. Viborg og Herning er der oprettet mobile enheder til pædiatrisk behandling i hjemmet, (distriktpædiatri) enten i forlængelse af en kortvarig indlæggelse i et observationsafsnit eller i forlængelse af en egentlig indlæggelse i en pædiatrisk afdeling. Hensigten er, at så mange børn som muligt skal behandles i hjemmet i trygge og familievenlige rammer. Ved svær, akut sygdom/kompliceret sygdom herunder sygdomme hos nyfødte og ekstremt for tidligt fødte er hospitalsindlæggelse dog fortsat nødvendig.

Børneafdelingerne har de fleste steder fællesambulatorier med neurologer og på visse afdelinger med neurokirurger og ortopædkirurger ligesom man generelt samarbejder med mange af de øvrige hospitalsafdelinger på sygehuset og i regionen.

I samarbejdet indgår også en tæt kontakt til regionens praktiserende læger, relevante praktiserende speciallæger, Børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger samt kommuner og regionernes forvaltninger.

### *Forundersøgelse*

Børn, der kommer første gang til ambulatoriet efter henvisning fra læger i almen praksis. De fleste steder vurderes henvisningerne i forvejen, og der bestilles tid til f.eks. røntgenundersøgelser, EKG og blodprøver, alt afhængig af henvisningsårsagen. Disse tiltag sparer

såvel sygehus som børnefamilier megen spildtid. I 2005 var ventetiden i Viborg på undersøgelse af nyhenviste børn under 2 måneder uanset sygdomskategori.

### *Besøgstider*

set i Lægeforeningens vejviser 1967 (187):

Børnehospitalet på Fuglebakken, Drosselvej 57, F, tlf (01) 346801.

Sengeantal 160.

Overlæge: Dr.med. Henning Andersen, assisterende overlæge Erik Terslev, 1 1.reservelæge, 1 reservelæge.

Besøgstid onsdag og søndag kl. 12-13 (kun forældre og bedsteforældre).

### *Neonatalafsnit*

Børneafdelingernes neonatalafsnit er en meget specialiseret og personalekrævende funktion, der udelukkende modtager nyfødte børn. Nogle af disse forløb er meget langvarige, typisk hos børn født meget for tidligt, mens andre børn født til tiden kun har brug for få timer til dages observation, pleje og behandling.

Alle afsnittene ledes typisk af en speciallæge (afdelingslæge-overlæge) og en afdelings-sygeplejerske. På de fleste sengeafsnit er der mulighed for at en af forældrene kan være til stede døgnet rundt, men disse tilbyder meget forskellige strækkende sig fra muligheden for overnatning på drømmeseng ved siden af andre sovende børn og forældre uden forplejning til indlæggelse af mor eller far med fuld forplejning.

### *Børneambulatorierne*

Børneambulatorierne løser ofte serviceopgaver f.eks i form af diverse testninger som priktest og lungefunktionsundersøgelser for sengeafdelingerne og afvikler de ambulante besøg i et tæt tværfagligt samarbejde mellem ambulatorielægen og det øvrige personale. Ambulatorierne er typisk åbent hverdage i dagtiden, men flere steder har man indført mere forbrugervenlige åbningstider, hvor der er aftenåbent 1-2 gange om ugen. Ambulatorierne er typisk specialambulatorier indenfor allergologi, neonatologi, neuropædiatri etc. således at de enkelte lægers og sygeplejerskers specialviden udnyttes bedst muligt. Nogle patientgrupper f.eks. astma-, epilepsi- og diabetesbørn instrueres og følges i perioder udelukkende af sygeplejersker i særlige diabetes-, epilepsi- og astmaskoler, ledet af en specialuddannet sygeplejerske. Børn med mistænkt psykosomatisk sygdom vurderes i et ofte længere forløb af børneafdelingens kliniske psykologer.

### *Personale*

Børneafdelingerne er bemanded med en lang række forskellige personalekategorier, idet der udover læger er ansat en stor plejegruppe af sygeplejersker social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere, foruden psykologer og evt. neuropsykologer, sekretærer, pædagoger, fysio- og ergoterapeuter, skolelærere, tolke og enkelte steder også hospitalsklovne. De fleste steder er hjælpepersonale som rengøringsassistenter og portører, ikke ansat direkte på

børneafdelingerne, men mange steder knyttes de tæt til afdelingerne, og føler sig som en naturlig del af børneafdelingen. Lærerne er formelt ansat i den kommune sygehuset er beliggende, men føler sig også typisk som en naturlig del af børneafdelingen. På Amts-sygehuset i Glostrup lykkedes det i 1990'erne, at få socialrådgiverne ansat direkte under



Figur 39. Stuegang

afdelingsledelsen på børneafdelingen, hvor der tidligere havde været en selvstændig afdeling for socialrådgivere.

De fleste personalekategorier på børneafdelingerne er funktionsmæssigt knyttet til de enkelte afsnit, mens de yngre læger typisk i vagterne kommer på alle afdelingens afsnit.

### *Lægerne*

Overlægerne har typisk hver deres faglige hovedansvarsområde, men kan især på de mindre afdelinger dække de øvrige fagområder, hvilket kan være nødvendigt især i vagtsituationerne. Dette gælder også på de afdelinger, hvor overlægerne går lørdagsstuegange.

Afdelingernes aktiviteter har været fortsat stigende gennem en årrække.

Såvel i børneambulatorierne som i sengeafdelingerne møder patienterne både de superviserede yngre læger under uddannelse og de mere erfarne speciallæger.

### *Vagtlag*

Siden 1990'erne har de store universitetsafdelinger haft 3 døgndækkede 2-skiftede vagtlag bestående af en neonatalvagt varetaget af speciallæger med fagområdeuddannelse inden for neonatologi/næsten speciallæger, et forvagtsslag bestående af yngre læger i uddannelsesstilling og et bagvagtsslag bestående af speciallæger (overlæger/1. reservelæger/afdelingslæger) og næsten speciallæger. De mindre afdelinger har typisk haft en forvagt i bunden vagt og en bagvagt i tilkald fra bolig.

## Højt Specialiserede Enheder (lands-landsdelsafdelingerne)

Seks af børneafdelingerne er Højt Specialiserede Enheder (HSE), defineret som fagligt organisatorisk enheder, som med høj professionel standard varetager de opgaver, som samles et eller få steder i landet under hensyn til opgavernes sjældenhed, kompleksitet og/eller særlige ressourcekrav vedr. diagnostik, behandling, pleje og den hertil hørende uddannelse, forskning, udvikling, kvalitetsudvikling og sikring med højt specialiserede funktioner udover basisfunktioner indenfor pædiatri (185)

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at der for den højt specialiserede behandling som omfatter de resterende 10% af sygehusvæsenets opgaver kræves et udvidet befolkningsunderlag på 0,5-5 mio.indbyggere afhængig af specialiseringsgraden.

Sygdommene diagnosticeres ofte lokalt, men viderehenvises til en HSE enhed, tidligere kaldet lands-landsdelsafdelinger

Det drejer sig i hovedsagen om børn med kræft, alvorlige medfødte hjertesygdomme og andre sjældne lidelser og misdannelser.

På nuværende tidspunkt varetager 6 danske børneafdelinger HSE-funktionen i varierende grad med tyngden på universitetshospitalerne i København (Rigshospitalet, Hvidovre Hospital, Glostrup Hospital, Gentofte Hospital), Århus (Skeiby Sygehus) og Odense (Odense Universitetssygehus).

Overlæge, dr. med. Karsten Kaas Ibsen

## Der er brug for at få samlet ekspertisen på et sted

Børneafdelingen på Amtssygehuset i Glostrup med i ønsket om at etablere et rehabiliteringscenter for hjerneskadede børn

»Sundhedsstyrelsen har ønsket en mere målrettet indsats for børn med erhvervede hjerneskader. Et østdansk rehabiliteringscenter bør derfor etableres på børneafdelingen ved Amtssygehuset i Glostrup«. Det siger overlæge, dr. med. Karsten Kaas Ibsen i en kommentar til Sundhedsstyrelsens udspil om at skabe et østdansk og et vestdansk center i en ikke fjern fremtid.

Hvis kvaliteten af behandlingstilbudet i Danmark skal kunne blive tilstrækkelig højt og der skal kunne samles ny viden, som andre også kan have glæde af, så skal der være et patientunderlag på omkring 50 børn med erhvervede hjerneskader om året fra hele Østdanmark. Det er børn i alderen fra 2 til 18 år, der skal genoptrænes efter de har pådraget sig en hjerneskade.

»Når vi finder det hensigtsmæssigt at få det etableret på Glostrup, er det fordi vi allerede i dag har en god tradition for at skabe en helhedsindsats for børnene og deres forældre. Vi kan nemlig følge et barn fra det bliver sygt indtil det er kommet tilbage i samfundet på normal vis - eller så tæt på det normale som muligt. Vi har også i afdelingen og i vort samarbejde med en række institutioner fået skabt et meget veifungerende forløb, hvor vi ikke alene sikrer, at barnet får den rigtige be-



Thor behandles for mediat kraft i den ene arm. Her ses han sammen med fra venstre fysioterapeut Ulfa Lyskjær og afdelingslæge, neuropædiater, dr. med. Liselotte Skov.

Figur 40. Ekspertisen skulle samles, det blev dog på Hvidovre Hospital.

### *Registre*

De danske børneafdelinger bidrager alle med data til

- Dansk Register for Børne- og Ungdomsdiabetes,
- EPI-base vedr. epilepsi,
- Nationalt Cerebral Parese-register,
- NEO-base vedr. syge nyfødte,
- Børnecancerregistret og
- Gastropæd. Database vedr. pædiatrisk gastroenterologi

### *Forløb*

Tidligere var hospitalsindlæggelser af børn ofte forbundet med ubehag og undertiden negative følger i form af regression (småbarnlig adfærd på grund af oplevet angst og utryghed under indlæggelse). Dette kan i høj grad forebygges, hvis børn og forældre under indlæggelse sikres planlagte og sammenhængende patientforløb i kendte og trygge omgivelser med alderssvarende faciliteter og indretning for børn og børnefamilier.

### *Europæisk og international standart*

I henhold til det Europæiske Charter for Children in Hospital (188) og The World Medical Association's Declaration of Ottawa on "The Right of the Child to Health Care" (189) skal børn, når de indlægges på hospital behandles af personale, der er specielt uddannet til at varetage såvel børn med fysiske som psykiske behov, og der bør altid være plads til at mindst en af forældrene kan være medindlagt for at sikre barnet tryghed og omsorg.

Også i FN's Børnekonvention fra 1989 (9), ratificeret af Danmark i 1991, beskrives i artikel 9 at: "deltagerstaterne skal sikre, at barnet ikke adskilles fra sine forældre mod sin vilje", og i artikel 24 at: "deltagerstaterne anerkender barnets ret til den højest opnåelige sundhedstilstand, adgang til at få sygdomsbehandling og genoprettelse af helbredet".

Selvom der er en stigende tendens til, at syge børn i Danmark indlægges på børneafdelinger, er der stadigvæk en vis andel som indlægges på voksenafdelinger.



## Kapitel 9 - Region Hovedstaden I: Staten, Københavns og Frederiksberg kommuner

### Regionerne

Fra 1. januar 2007 er pædiatrien i sundhedsvæsenet udlagt til 5 regioner og alt 20 børneafdelinger:

Region Hovedstaden: omfatter i dag det tidligere HS, Hovedstadens Sygehusfællesskab, (som omfattede Statens hospital Rigshospitalet, samt hospitalerne i Københavns og Frederiksberg kommuner), og sygehuse i de tidligere Københavns, Frederiksberg og Bornholms amter.

Region Sjælland:

Holbæk, Roskilde, Næstved, Nykøbing Falster.

Region Syddanmark:

Odense, Sønderborg, Kolding, Esbjerg.

Region Midtjylland:

Århus-Skejby, Randers, Viborg, Herning.

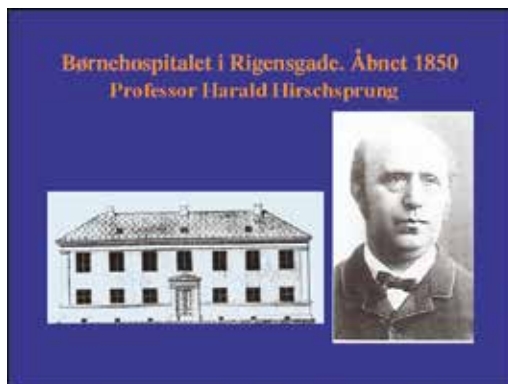
Region Nordjylland:

Ålborg, Hjørring.

I de efterfølgende kapitler omtales afdelinger med henvisning til deres regionale placering

### Børnehospitalet i Rigensgade og Dronning Louise

Åbningen af Danmarks første børnehospital, det private Børnehospital i Rigensgade i 1850 skete på foranledning af Professor, Hofmedicus Joachim Lund Drejer (1792-1853), som var en foretagsom mand, hvilket gav anledning til kritik i Ugeskrift for Læger over ”hans egenmægtige fremgangsmåde og især hans tilbud om at fungere som gratis overlæge”, samtidig var der dog forståelse i samtiden for behovet for at oprette et børnehospital i Hovedstaden. Han arbejdede ihærdigt på at rejse private midler, inddrog fremtrædende samfundsborgere og kongen,



*Figur 41. Børnehospitalet i Rigensgade og professor Hirschsprung som det blev præsenteret ved Henrik Hertz afskedssymposium*

Christian d. Ottende som bidrog praktisk og økonomisk. Harald Hirschsprung blev hospitalets tredje overlæge. Ved Børnehospitalets 25 års jubilæum blev det besluttet at bygge et større og moderne Børnehospital, som blev indviet i 1879 som Dronning Louises børnehospital.

Hospitalet blev tegnet af arkitekten professor L. Fenger (1833-1905) efter inspiration af børnehospitaler i udlandet, og med professor Harald Hirschsprung (1830-1916) som hospitalets overlæge fra 1879-1904. Under hans ledelse udvikledes et mønsterhospital med videnskabeligt miljø, der vandt anseelse overalt i Europa. Han var både videnskabsmand og kliniker, og færdedes dagligt blandt børnene, beskeden, usnobbet og med en stærkt udviklet humoristisk sans. Hospitalets protektrice ønskede, at der skulle males skriftsteder over børnenes senge, men overlægen ville have friser med dyr, der kunne opmuntre børnene. ”Et hospital skal være hjemmet for alle syge - uanset deres religiøse indstilling ” var overlægens svar til Dronningen, og sådan blev det, selv om børnelægen faldt i unåde ved hofbet. Dronning Louises Børnehospital var en selvejende institution med driftsoverenskomst med Københavns kommune. Efter nogle år med voksende driftsunderskud blev hospitalet i 1971 som selvstændig institution efter overenskomst mellem hospitalets bestyrelse, undervisningsministeriet, indenrigsministeriet og Københavns kommunes hospitalsvæsen, og



*Figur 42. Dronning Louises børnehospital*

den del af hospitalets område, 65 af de 150 sengepladser, der især havde undervisnings- eller forskningsmæssig interesse (bl.a. neuropædiatrisk og kardiologisk afsnit) blev overflyttet til Rigshospitalet, Tagensvej under ledelse af Erik Ryssing og administrativt sammenlagt med afd. TG og den i 1971 fra Blegdamsvej overflyttede afdeling for nyfødte børn, med et samlet sengetal på 148 (220-221).

Hirschsprung blev pædiatriens fader og den første, der helt helligede sig pædiatrien. Han startede den egentlige pædiatriske undervisning, og drev systematisk videnskabelig forskning med national og international anerkendelse (7).

Efterfølgeren blev i 1904 Jacob Vilhelm Wichmann (1852-1906) i kort tid indtil sin død af en pneumoni, herefter Svend Monrad (1867-1945), som i 1940 blev afløst af Oluf Andersen (1901-1969)

De tre store personligheder Hirschsprung, Monrad og Oluf Andersen prægede sygehuset og dansk pædiatri i 100 år. Det var Monrad, der i 1908 tog initiativ til stiftelsen af Dansk Pædiatrisk Selskab.

### **Almindeligt hospital**

Almindeligt hospital i Amaliegade blev bygget i 1766 og udviklede sig fra at være en fattigstiftelse til at blive et kommunalt hospital for København. Kun de aller mest fattige blev indlagt der. Der lå 5-600 børn mellem 1 og 14 år på sygestuer mellem voksne. Bygningerne i Amaliegade blev i 1895 erstattet af Almindeligt hospital i Nørre Alle (nuværende de gamle by). Det erstattedes i 1919 af

### **Sct. Johannesstiftelsen i Ryesgade**

hvor der også var en børneoptagelsesafdeling, der modtog syge børn, hvor forældrene ikke af økonomiske eller andre årsager ikke kunne tage sig af dem, samt kronisk syge børn. Børnelægen Benny Meyer (1863-1946) blev fra 1898-1915 ledende læge ved det der blev Kommunehospitalets filial på Sct. Johannesstiftelsen.

### **Kommunehospitalet**

Kommunehospitalet i Øster Farimagsgade var taget i brug i 1863, men uden en speciel børneafdeling, selv om 15% af de indlagte var børn, herunder spædbørn, der blev anbragt i seng mellem de voksne under stærkt kritisable hygiejniske forhold.

Forholdene blev stærkt kritiseret af C.E. Bloch, overlæge og senere professor ved Righospitalets børneafdeling i UFL 1912, men blev repliceret af en professor fra afdeling 2 på kommunehospitalet med argumentet, at indlæggelse af spædbørn mellem voksne patienter var hensigtsmæssigt ud fra en mindre risiko for infektiøse børnesygdomme. Helt op til slutningen af forrige årtusind har man mange steder kunne finde adskildige indlagte børn på øre-næse-halsafdelinger, kirurgiske og sågar medicinske og neurologiske afdelinger, ”for det er nu så hyggeligt med børn”. Hvordan børnene trivedes under disse forhold blandt nyopererede og døende voksne melder historien ikke noget om.

### **Sct Josephs hospital i Griffenfeldtsgade**

Sct Josephs hospital i Griffenfeldtsgade indgik i 1936 en visitationsaftale med Københavns kommune, og i 1941 åbnedes en børneafdeling med 50 pladser under ledelse af Ernst Gjølrup (1893-1960). Afdelingen modtog nyfødte fra fødeafdelingen samt børn med kirurgi-

ske sygdomme. Gjørup gik af i 1962 p.gr.a alder og blev erstattet af Harald Kreutzfeldt (1909-1980) indtil sygehuset lukkede i 1979. Redaktøren var student på fødeafdelingen i 1973, hvor studenterne blev yderst venligt behandlet af ”søstrene”.

Efterhånden som kravene steg til specialiseret behandling og teknisk udstyr, der var særligt velegnet til børn, valgte man at nedlægge de gamle børnehospitaler, der lå isoleret fra specialer som f.eks. røntgen, klinisk kemi, kirurgi og obstetrik.

## Rigshospitalet

Blegdamshospitalet, Rigshospitalet på Tagensvej og på Blegdamsvej, Juliane Mariecentret.

Rigshospitalet, ”Riget” eller bare RH, der afløste Det Kongelige Frederiks Hospital fra 1757 blev indviet i 1910. Der gik mere end 30 år efter indvielsen af Dronning Louises Børnehospital i 1879 før staten oprettede en børneafdeling på Rigshospitalet. Først i 1908, kun 2 år før hospitalet blev indviet, blev det vedtaget i et særligt lovtillæg at indrette en særlig afdeling til børn – en børneafdeling, hvor det indtil da havde været planen at placere et børneafsnit på 32 senge under henholdsvis den medicinske og den kirurgiske afdeling.



Carl Edvard Bloch blev udnævnt til chef for Rigshospitalets børneafdeling i 1910, med 70 sengepladser (åbnet 1.juli 1911) og en poliklinik (åbnet maj 1910), og ved DPS 17. møde den 2. november 1911 blev afdelingen vist frem. (222-223).

*Figur 43. Rigshospitalets hovedindgang, ca 1976, venligst udlånt af Flemming Juul Hansen*

Efter overlæge dr.med. Preben Plum havde vundet professorkonkurrencen i 1943 begyndte en tiltagende subspecialisering indenfor pædiatrien på Rigshospitalet, hvor han ydede en særlig indsats indenfor neuropædiatrien specielt cerebral-parese, men der var også stigende interesse for subspecialisering indenfor børneallergologien og børnecardiologien, som også havde fundet sted på Dronning Louises Børnehospital. ”En væsentlig grund til at de fleste specialer må deles op i et voksenspecial og et børnespecial er, at mange sygdomme begynder i den tidlige barnealder, hvor andre end pædiatere sjældent føler sig på fast grund” skrev Plum i en artikel i 1957 om subspecialisering i pædiatri (225)

Preben Plum havde ”en ønskedrøm om at samle de dengang 1000 børnesenge, der fandtes på de storkøbenhavnske børneafdelinger sammen med børnekirurgisk og børnepsykiatriske afdeling i et stort børnehospital med de fornødne specialafdelinger”.

Københavns kommune havde i 1909 indgået en aftale om indlæggelse af børn på fru Kristine Hermansens private klinik på Vodroffsvej. Først i 1945 overtog kommunen driften, oprettede en neonatalafdeling året efter og videreførte klinikken i 10 år under navnet "Børnehospitalet på Martinsvej" i bygninger på Martinsvej 7 og 9. En del af de nyfødte



kom fra dr.med. Axel Blads fødeklinik på Martinsvej 8. Børnehospitalet på Martinsvej, nedlægges 1955 og flyttes til Blegdamshospitalet, som dette hospitals børneafdeling. Efter overenskomst mellem Københavns kommunes hospitalsvæsen og undervisningsministeriet flyttede afdelingen i 1969 til Rigshospitalet, Tagensvej med 94 sengepladser, un-

*Figur 44. Dåbsfad fra Børnehospitalet på Martinsvej*

der benævnelser Afd. TG. Afd. TG havde fortsat forpligtelser overfor Københavns kommune, der belagde 60 % af afdelingens pladser, mens resten blev belagt med børn fra hele landet. Afdelingen modtog børn med almen pædiatriske sygdomme, samtidig med at der blev en styrket indsats overfor subspecialerne akutte og kroniske respirationsvejslidelser og gastroenterologiske sygdomme især cystisk fibrose under ledelse af overlæge, dr.med. E.W. Flensborg og fra 1984 overlæge, dr.med. Christian Koch.



Subspecialisering og en stor ambulant virksomhed har haft stor betydning for muligheden for pædiatrisk undervisning og forskning indenfor pædiatrien på Rigshospitalet ved oprettelse af specialer for:

- børnekirurgi. I 1949 oprettedes således et børnekirurgisk afsnit og i 1977 etableres en selvstændig børnekirurgisk afdeling med 80 senge

*Figur 45. Overlæge, dr.med. Christian Koch med en lille patient*

- neonatologi: En afdeling for nyfødte børn blev i 1965 oprettet i lokaler på Fødselsstiftelsen med Bent Friis-Hansen som leder og fra 1970 professor i nyfødte børns sygdomme. I 1977 flyttede neonatalafdelingen ind i sydfløjen på et nybyggede Rigshospital på Blegdamsvej.



*Figur 46. Børnekirurgisk afdeling Rigshospitalet mod Blegdamsvej ca. 1969*

- klinisk psykologi: Fra 1949 har en klinisk psykolog været fast tilknyttet børnefunktionerne.
- børneallergologi, ambulant børneallergologisk klinik oprettes 1943
- rehabilitering af børn, især spastisk lammelse og muskelsvind, påbegyndtes 1949,
- cardiologi, knyttet til poliklinikken 1956, 1961 oprettes konsulentstilling i
- neurologi, særligt studier af spastisk lammelse, intelligensdefekt, epilepsi og de fremadskridende sygdomme i nervesystemet
- metaboliske sygdomme ”inborn errors of metabolism”. Metabolisk laboratorium oprettet i 1968.
- social pædiatri: Socialpædiatrisk ambulatorium overflyttes fra Finseninstituttet til Rigshospitalet i 1967.
- I 1979 flyttede børneafdelingen ind i sydfløjen på det nybyggede Rigshospital på Blegdamsvej, mens afsnittet for cystisk fibrose og allergologi forblev på Tagensvej indtil 1984.



*Figur 47. Rigshospitalet afsnit G2B, ca 1976*

75-år, 1985

med tilværelsen af sygdomme i 1910-1915 blev en rigtig sygdom. For alle var det alvorligt i disse år, og det var det, der gjorde, at man begyndte at tænke på det. For det første var det, at man begyndte at tænke på det. For det første var det, at man begyndte at tænke på det. For det første var det, at man begyndte at tænke på det.



1917

Hjælper til at gøre det lettere at forstå det, som er skrevet i de to første kapitler. Det er en meget vigtig del af bogen, og det er derfor vigtigt at læse den grundigt. Det er en meget vigtig del af bogen, og det er derfor vigtigt at læse den grundigt.

1918

Den første del af bogen er en meget vigtig del af bogen, og det er derfor vigtigt at læse den grundigt. Det er en meget vigtig del af bogen, og det er derfor vigtigt at læse den grundigt.



1919

Den anden del af bogen er en meget vigtig del af bogen, og det er derfor vigtigt at læse den grundigt. Det er en meget vigtig del af bogen, og det er derfor vigtigt at læse den grundigt.

Figur 48. Fra "RH 75 år 1985"

*Socialpædiatrisk ambulatorium, Kysthospitalet på Refsnæs*

Kysthospitalet på Refsnæs blev oprettet for private midler i 1872-75, indsamlet med det formål, at opføre et hospital for kirtelsyge børn, en tanke opstået hos overlæge S. Engelsted og hjulpet frem af en komite bestående af etatsråd, højestateradsadvokat, 2 overlæger, en bankkasserer, en lensgreve, en geheimeetatsraad og en præst, kort sagt nogle af samfundets spidser.

I 1875 var Kysthospitalet klar med gode hygiejniske og diætetiske forhold til at modtage 100 patienter efter en investering på 248.000 kr til bygninger og inventar, en formidabel stor udgift i en tid, hvor en overlæges årsløn var 2000,- kr.

Filosofien bag initiativet var: Skrofulese børn havde ikke bare en lokal lidelse, men var alment svækkede på grund af langvarig og uhensigtsmæssig ernæring og ophold i urene og mørke boliger. Også børn med knogle- og organ tuberkulose blev taget i behandling. Senere indlagde man, i takt med at tuberkulosen aftog, også børn med andre former for svagelighed f.eks. børn med anæmi og børn med engelsk syge.

Man mener, at 90% af patienterne de første 25 år havde tuberkulose, men en eksakt diagnose kunne først stilles efter Robert Kochs påvisning af tuberkelbacillen i 1882.

Selv om behandlingsmulighederne efter nutidens opfattelse var meget begrænsede, bestod terapien af klimaterapi, og ernæringsmæssige og hygiejniske foranstaltninger. I kosten indgik udover mælkediæter, agern-cacao, græsk rødvin, og stærk portvin, mens klimaterapi omfattede varme og kolde bade foruden sol og frisk luft. I 1889 besluttede man at forsøge at købe vin på fade leveret fra København og selv aftappe den, idet man i 1888 havde forbrugt 2625 halve flasker bayersk øl, 1610 halve flasker portvin og 340 flasker rødvin og græsk vin.

Sygehusets status som privathospital blev ændret og indlæggelsestallet faldt drastisk før og under 2. verdenskrig. I 1940 var der således kun en tilgang på 111 børn, hvilket påvirkede økonomien. Et stigende antal børn med Calve<sup>2</sup>-Legg-Perthes sygdom blev behandlet i samarbejde med Finseninstituttet.

I 1948 udskiltes en pædiatrisk afdeling for ikke tuberkuløse børn på Kysthospitalet i forbindelse med den pædiatriske modtageafdeling på Finseninstituttet med Professor dr.med. Oluf Andersen som chef og dr.med. Svend Heinild som afdelingslæge (226).

I 1967 blev funktionen knyttet til Rigshospitalet, inklusive den nu benævnte socialpædiatriske afdeling og ambulatorium for ”svagbørn” som afdelingens chef Svend Heinild kaldte dem, defineret som ”børn, hvis legemlige eller sjælelige tilstand er en sådan, at den ikke svarer til normen i det sociale felt: Hjem, institution eller skole, hvor barnet lever”.

Heinilds samfundsengagement og gentagne påpegninger af livsbetingelsernes betydning for forståelse for opståelse af sygdom, dannede fundament for den socialmedicinske indflydelse i pædiatrien.

Ved 100 års jubilæet i 1975 modtog socialpædiatrisk ambulatorium ca. 700 henvisninger årligt, og af disse blev 200-250 indlagt på Kysthospitalet (226).

Bengt Zachau-Christiansen er en af de få læger som efter at have forladt sygehusvæsenet vendte tilbage til dette. Socialpædiatrien havde hans store interesse. Efter en periode at have været kredslæge i Helsingør 1968-73 og med stor interesse for skolelæger og socialpædiatri (dengang kaldet socialmedicin) forlod han Helsingør og flyttede til Gentofte, for at tiltræde en overlægestilling ved Rigshospitalets afdeling for børnesygdomme i 1973. I perioden 1975-77 var han formand for Dansk skolelægeforening indtil han fik professorat i pædiatri i 1977 og overlægestilling også ved Kysthospitalet på Refsnæs 1977-83. (227).

Se i øvrigt afsnit om socialpædiatri side 82

## **Fra ”Metabolisk Laboratorium” til ”Klinisk Genetisk Afdeling”**

*Niels Jacob Brandt & Flemming Skovby*

husker udviklingen således: Ved Niels Jacob Brandt’s ansættelse som kursusreservelæge på børneafdeling G i 1967 forelagde han afdelingens chef professor Preben Plum (1906 – 2002) sit ønske om at oprette et laboratorium, der skulle udarbejde analyser med henblik på at diagnosticere arvelige stofskiftesygdomme, som formentlig blev overset i betydelig grad. Professor Preben Plum, der netop havde måttet afgive sit lille hæmatologiske laboratorium til Centrallaboratoriet, mente det kunne blive svært, men ville forelægge sagen for lægerådet. Her stødte anmodningen som ventet på indædt modstand fra centrallaboratoriets chef professor Poul Astrup (1915 – 2000). Det lykkedes professor Plum at overvinde modstanden og ”Metabolisk Laboratorium” kunne starte sin virksomhed i 1968 med hjemsted i 2 kælderlokaler med mug på væggene i den nu nedrevne bygning, som husede børneafdeling G.

Laboratorieudstyret var sparsomt, billigt, men effektivt. Senere hjalp professor Poul Astrup, med vigtigt og dyrt apparatur, bl.a. en aminosyreanalysator til kvantitativ bestemmelse af aminosyrer i blod og urin. Personalet bestod af 2 halvdagslaboranter, den ene betalt af RH, den anden af Statens lægevidenskabelige Forskningsråd.



NJB(1929-) indledte et strategisk samarbejde med John Philip (1930-) som dengang var l. reservelæge på Gyn.-obst.afd. (senere professor sammesteds) og leder af denne afdelings kromosomlaboratorium og vi henvendte os til daværende medicinaldirektør Esther Ammundsen (1915 – 99), som var begejstret over vores forslag og ville forelægge dem Statens lægevidenskabelige Forskningsråd, hvor hun var medlem og Preben Plum formand.

Resultatet blev forskningsrådets ”teratologiske initiativ” som støttede de spæde aktiviteter som var i gang på Århus Kommunehospital, Kennedy instituttet og RH. Efter lange og besværlige forhandlinger kunne Niels Jacob Brandt først i 1972 tiltræde som overlæge på Børneafdelingen, RH, med klinisk genetik som arbejdsområde.

Mens laboratoriet på RH’s børneafdeling skulle koncentrere sig om sygdomme indenfor aminosyrestofskiftet og kulhydratstofskiftet, blev de organiske syrerers stofskifte varetaget af overlæge Karsten Rasmussen (1936 -), der var ekspert i gas-massespektrometri på Århus Kommunehospitals centrallaboratorium. Da Karsten Rasmussen trak sig ud af projektet blev Metabolisk Laboratorium nødt til at overtage screeningen for organiske acidurier.

Samarbejdet med RH’s kromosomlaboratorium udbyggedes, idet vi her fik dyrket fostervandsceller og fibroblaster. John Philip, som i 1973 var blevet professor i gynækologi og obstetrik, var stærkt engageret i prænatal diagnostik af kromosomsygdomme, men efterhånden blev det nødvendigt for Metabolisk Laboratorium at råde over egne vævsdykningsfaciliteter. Metabolisk Laboratorium blev sluttet sammen med kromosomlaboratoriet under betegnelsen ”Afsnit for Klinisk Genetik”. Pladsproblemerne havde fået en midlertidig løsning da laboratoriet fik tildelt plads i lokaler som havde huset Biokemisk institut B på Rockefeller instituttet.

Pga. områdets rivende udvikling og deraf følgende ønsker om mere personale, mere plads og apparatur og ønsket om at fastholde de mange fondslønnede, gik John Philip og Niels Jacob Brandt igen i tænketank – denne gang dog overhalet af fru Fortuna i skikkelse af en af John Philips jordemødre, som ved en fest svingede sig lystigt i dansen med daværende indenrigsminister Jacob Sørensen (1915-1990). Denne havde netop fået et barnebarn med misdannelser, og vores jordemoder fortalte om vort arbejde og vore trængsler. Allerede næste dag blev vi kaldt til Jacob Sørensens kontor sammen med medicinaldirektør Søren K Sørensen (1918-1994). Mødet endte med at Jacob Sørensen ville nedsætte et udvalg under indenrigsministeriet med repræsentanter fra samtlige interesserede enheder i Århus og København. Udvalgsarbejdet resulterede i en betænkning, som anbefalede bred støtte til hele området. Forskningsmidlerne udløb med december 1978 og endnu i begyndelsen af december 1978 vidste vi ikke hvad regeringen ville. Jeg havde anbefalet alle at søge andet job og havde søvnløse nætter. Jeg hørte en af laboranterne sige til en kollega (de vidste ikke at jeg var til stede): ”Åh, det klarer Brandt sgu’ nok”. Grænseløs tillid ja, men det gjorde mig ikke mindre søvnløs. Ingen havde sagt op!

Endelig d. 19. december kom opringningen fra ministeriet: Bevillingen havde været diskuteret 30 minutter på et regeringsmøde, hvor statsminister Anker Jørgensen afsluttede med ordene ”Lad dem have de penge”.

Tre pionerer indenfor området ydede en uvurderlig indsats: civilingeniør Ernst Christensen (1944 -), ansat i 1973, blev ekspert i metabolit-identifikation og enzymologi, lic. scient. Marianne Schwartz (1944 -), ansat i 1979 (senere adjungeret professor), applicerede den revolutionerende DNA-diagnostik på arvelige sygdomme, og Jens Bang (1963), som i 1979 blev chef for obstetrisk ultralyd på Rigshospitalet, udviklede med særegen teknologisk snilde sikre metoder til bl.a. amniocentese og chorionvillusbiopsi.



Afdelingen har i årenes løb samarbejdet med samtlige landets børne- og fødeafdelinger foruden afdelinger i udlandet, og har bl.a. gennemført en screening for kongenit hypothyreose på alle nyfødte i 1977-78 i samarbejde med Nuklearmedicinsk afd. på Rigshospitalet (overlæge Troels Munkner (1928- ) og civ.ingeniør Lotte Hummer), og Børnehospitalet på Fuglebakken (Bent Brock Jacobsen og Henning Andersen).

*Figur 49. Laboratoriet i kælderen, Rigshospitalets børneafdeling 1976.*

Afsnit for klinisk genetik havde i mange år haft et tæt samarbejde med overlæge Bent Nørgaard Pedersen (1938- ), Klinisk biokemisk afd. på Statens Seruminstitut, hvor Niels Jacob Brandt i 1993 blev ansat som konsulent, hvorefter de sammen besluttede, at søge den nye teknik tandem-masse spektrometri appliceret på neonatal screening. Dette lykkedes, således at alle nyfødte børn screenes for organiske acidurier og betaoxidationsdefekter.

1993-94 gennemførtes en undersøgelse af godt 7000 gravide m.h.p. at finde anlægsbærere for cystisk fibrose og dermed at finde frem til risikofostre. Undersøgelsen viste, at det er muligt på denne måde at forebygge 14 ud af 15 tilfælde årligt.

I 1983 knyttedes Flemming Skovby, (uddannet i USA i pædiatri og medicinsk genetik) til afsnittet, først som 1.reservelæge, senere som afdelingslæge og overlæge og i 1996 – samme år som Niels Jacob Brandt gik på pension - ved en omorganisering hvorved metabolisk laboratorium og kromosomlaboratoriet fusioneredes til en selvstændig ”Klinisk Genetisk Afdeling” med Flemming Skovby som klinik-chef, og i 1995 professor i pædiatri og i 2001 i klinisk genetik ved Københavns Universitet.

Siden 2001 har Klinisk Genetisk Afdeling haft landsfunktion for behandling af børn med arvelige stofskiftesygdomme (228).



Figur 50. Professor Johannes C. Melchior.

## Afdeling G.

Professor, dr. med. Johannes C. Melchior, blandt venner kaldet ”Rylle” blev udnævnt til professor i 1971 ved Københavns Universitet sektion V, og i 1974 ansat i et nyoprettet professorat ved Rigshospitalet. Hans arbejdsområde var neuropædiatrien, især om ætiologi og behandling af cerebral parese samt epilepsi. Han var meget engageret i universitetsarbejde og var i 1975 -1977 dekan for det lægevidenskabelige hovedområde.

Dr. med. B. Zachau-Christiansen blev udnævnt til professor i 1977 og ledede bl.a. det socialpædiatriske ambulatorium, (se omtalen af Z-C i afsnittet om socialpædiatrisk afdeling). Sammen varetog de to professorer ledelsen af børneafdelingen indtil Henrik Hetz i 1988 overtog ledelsen frem til centerdannelsen i 1995.(231).

### *Pædiatrisk klinik I og II*



Figur 51. Klinikchef Karen Vitting Andersen, Rigshospitalet

Ved centerdannelsen blev Juliane Mariecentret oprettet med 2 pædiatriske klinikker. Klinikleder for Pædiatrisk klinik I blev fra 1995 overlæge, dr.med. Karen Vitting Andersen og for klinik II overlæge, dr. med. Freddy Karup Petersen.

Neonatalkliniken, tidligere afd. GN forblev uændret, først med overlæge Steen Petersen som klinikchef, siden overlæge Finn Jonsbo og i dag med Gorm Greisen som klinikchef og professor, og med Finn Jonsbo, Sten Hertel og Susan Bode som overlæger. Henrik Hertz blev specialeansvarlig for de to pædiatriske klinikker, og fra 1998-2002 centerdirektør for Juliane Mariecentret.

De pædiatriske klinikker har i dag erstattet den tidligere afdeling GGK og har til sammen 79 heldøgnsenge, samt 6 deldøgnsenge til ca. 12.500 indlæggelser og ca. 20.000 ambulante besøg.

Pædiatrisk klinik I har lands-landsdelfunktion indenfor neuropædiatri, (omtalt side 69) børnekardiologi, (omtalt side 61), kroniske lungesygdomme inkl. cystisk fibrose, (omtalt side 59) og nefrologi. Klinikken varetager herudover almen pædiatri indenfor RH's optageområde.

*Pædiatrisk klinik II har lands-landsdelsfunktion indenfor semiintensiv terapi, hæmatologi, onkologi, immunologi, knoglemarvstransplantation, hepatologi, reumatologi samt hæmofili, (omtalt side 73-76).*

Klinikkerne satser (230) især på forskning indenfor

- individuel behandlingsstyring og senfølger ved malign og reumatisk sygdom
- u-landspædiatri, hvor Freddy Karup Pedersen er udnævnt til professor i faget.
- neuropædiatri især cerebral parese, epilepsi og neuromuskulære sygdomme
- forebyggelse og behandling af luftvejssygdomme, herunder cystisk fibrose
- reumatologiske sygdomme
- knoglemarvstransplantation



*Figur 52. Juliane Mariecentret, Rigshospitalet*

### **Afdelingen for vækst og reproduktion**

Professor, dr.med. Niels Erik Skakkebak etablerede i 1990 et afsnittet for vækst og reproduktion på Rigshospitalet efter forudgående ansættelse på Hvidovre Hospital. Hans forskning koncentrerende sig om børneendokrinologi og andrologi, hvor han især har hentet international anerkendelse for påvisning af tidlige anlæg til testis cancer, "Carcinoma in situ" senere har afdelingen været i fokus med projekter som omhandlede den faldende sædkvalitet og påpegning af mulige miljøfaktorer. Afdelingen er siden oprettelsen ekspanderet stærkt. Foruden reproduktionsforskning foregår der betydelige kliniske og forskningsmæssige aktiviteter indenfor området vækst og udvikling. Da Skakkebak i 2006 fratradte på grund af alder blev ledelsen overdraget til professor, dr.med. Anders Juul. Skakkebak er efter pensioneringen tildelt et forskningsprofessorat.

Afsnittets ambulatorium modtager ca. 8.500 årlige besøg.( 218)

*Afdelingen for vækst og reproduktion har især forskning indenfor*

- hormonforstyrrende stoffer i naturen
- carcinoma in situ, testikelkræft
- mandlig infertilitet
- vækst og udvikling også intrauterint
- intersex og pubertetsforstyrrelser

*Neonatalafdeling GN er nærmere omtalt under neonatologi, side 65*

især forskning indenfor

- perinatal hjerneskade
- senfølger til for tidlig fødsel
- intrauterin væksthæmning

*Klinisk Genetisk Afdeling er nærmere omtalt under afsnittet: Fra "Metabolisk Laboratorium til "Klinisk Genetisk Afdeling side 126.*

især forskning indenfor

- kraniofasciale misdannelser,
- cytogenetik,
- prænatal diagnostik
- molekylærgenetisk diagnostik og
- forskning i medfødte stofskiftesygdomme og mitokondriesygdomme.

Nuværende professorer og klinikchefer Rigshospitalet:

*Pædiatrisk klinik I:* Klinikchef, dr.med. Karen Vitting Andersen, professor Sven Kreiborg, professor, dr.med. Stefan Lethagen, professor, dr.med. Peter Uldall.

*Pædiatrisk klinik II:* Klinikchef dr.med. Freddy Karup Pedersen, professor, dr.med. Kim Fleicher Michaelsen, professor, dr.med. Kjeld Schmiegelow, professor, dr.med. Carsten Heilmann.

*Klinik for Vækst og Reproduktion. Klinikchef:* Professor dr.med. Anders Juul. professor, dr.med. Niels Erik Skakkebæk.

*Klinisk Genetisk Klinik:* Klinikchef, dr.med Flemming Skovby, dr.med. Allan Lund

*Neonataalklinikken:* Klinikchef professor, dr.med. Gorm Greisen.

## Børnehospitalet på Fuglebakken

Børnehospitalet på Fuglebakken (BpF) blev oprettet 1917 med overlæge, dr.med. Valdemar Poulsen (1879-1952) som chef i de første 33 år (1879-1952). Hans videnskabelige indsats var koncentreret om tuberkulose hos børn. Han indførte ventrikelskyllevand som undersøgelsen til påvisning af tuberkelbaciller, og han ydede en betydelig indsats i Nationalforeningen til Tuberkulosens bekæmpelse, ligesom han var medlem af julemærkekomiteen.

Valdemar Poulsen blev i 1950 efterfulgt af Arne Rothe-Meyer (1903-58), der på Fuglebakken især arbejdede videnskabeligt med præmaturitetsproblemer.



Efter dennes død i 1958 tiltrådte hans elev Folke Tudvad (1914-64), der arbejdede videre i samme spor og skrev disputats om blodsukker og sukkerudskillelse hos præmature.

*Figur 53. Sengestue på Fuglebakken, afd. A, ca. 1940, (venligst udlånt af Medicinsk Museion)*

Henning Andersen (1916-78) tiltrådte i 1964 stillingen som overlæge ved Fuglebakken og blev senere udnævnt til professor ved Københavns Universitets 4. sektion. Han var i mere end 25 år leder af den endokrine poliklinik, som var oprettet på Dronning Louises børnehospital i 1951, og som blev overført til Fuglebakken i 1964. Henning Andersen ydede en betydelig videnskabelig indsats indenfor børneendokrinologien, bistået af bl.a. Erik Thamdrup (1919-) som assisterende overlæge fra 1961-65. Da han blev overlæge i Hillerød blev børnecardiologen Erik Terslev ansat i 1966 som assisterende overlæge og ved Henning Andersens død i 1976 overtog han ledelsen. Samme år udnævntes Birgit Peitersen til overlæge. I 1983 blev Børnehospitalet på Fuglebakken nedlagt og 50 pædiatriske senge og 20 neonatalsenge overflyttet og videreført som Hvidovre hospitals børneafdeling.



I 1983 blev Børnehospitalet på Fuglebakken nedlagt og 50 pædiatriske senge og 20 neonatalsenge overflyttet og videreført som Hvidovre hospitals børneafdeling.

*Figur 54. Professor Henning Andersen*



*Figur 55. afd C for de store børn på Fuglebakken*



*Figur 56. Fuglebakken ca. 1949 (venligst udlånt af Medicinsk Museion)*

*Til Fuglebakken var der knyttet følgende specialambulatorier:*

Allergipoliklinik, konsulent: Robert Wichman

Endokrinologisk poliklinik (E-pol) konsulenter: Erik Thamdrup og Robert Wichmann

#### *Kvindemælkscentralen*

Birgit Peitersen havde udover neonatologien også ansvar for kvindemælkscentralen (KMC) som blev oprettet i 1943 efter udenlandsk forbillede af Københavns Kommunes Hospitalsvæsen, først og fremmest på grund af bekymring over den aftagende ammefrekvens og den høje spædbarnssygelighed, men også som en følge af sundhedsplejerske-ordningens oprettelse i 1937. I Århus blev en kvindemælkscentral oprettet i 1959.

Kvindemælkscentralens opgave var at aftage mælk fra mødre, som havde mere mælk end børnene kunne drikke og at fordele den til andre børn, hvis mødre ikke var i stand til at amme eller kun i utilstrækkelig grad. Levering fra KMC kunne ske til Hospitaler, forskellige institutioner eller til private.

Dels håbede man at kunne spare udgifter til hospitalsindlæggelser, dels skulle KMC stille erfaring til rådighed med henblik på at øge interessen for brysternæring. Hospitalets

overlæge Valdemar Poulsen var meget aktiv i sagen og udsendte sammen med den ledende sygeplejerske W. Nielsen og reservelæge Svend Heinild i 1948 en appel – ” et alvorligt fremstød for denne livsvigtige sag ”, da der på dette tidspunkt forelå statistisk materiale, som viste en fortsat lav ammefrekvens.

J. Kruse Pedersen (58) har givet en udførlig redegørelse for KMC's funktion i årene 1943 til 1977, hvoraf det fremgår, at leverancerne i denne periode lå på ca. 7000 l årligt. Rekord fra en enkelt leverandør var 5000 l over en periode på 9 år. Indikationerne for ernæring med kvindemælk var især præmaturitet, gastrointestinale sygdomme og et nedsat immunforsvar. Efter Børnehospitalets nedlæggelse blev KMC overflyttet til Hvidovre Hospital, hvor rekorden fra en leverandør er 4300 l. Trods udsigten til skattefri indkomst af en betydelig størrelse er leveringerne dog aftaget gennem årene, men er fortsat vigtige.

Der er udført omfattende forskning af ammemælkens ernæringsmæssige og immunologiske værdi i forbindelse med KMC's aktiviteter bl.a. af Birgit Peitersen og Kim Fleischer Michaelsen.

#### *Redaktørens erindringer fra 1975*

Fuglebakken var beliggende på Frederiksberg i ”fuglekvarteret” mellem Drosselvej og Sol-sortevej. Disse veje stødte op til Egernevej i den ene ende, hvor statsminister Jens Otto Krag boede med sin kone skuespilleren Helle Virkner og i den anden ende til Zahrtmanns plads, hvor man ofte mødte Dirch Passer kørende i en stor Volvo, som han lige kunne mase sig ned i, hvis han dukkede nakken lidt.



Fuglebakkens ubestridte leder i 1975 var Professor Henning Andersen, en lille rund mand, og samtidig datidens mest fremtrædende endokrinolog og vækstekspert. Når han en sjælden gang gik stuegang, var der altid behov for, at en eller to læger ”ryddede op” og talte med forvirrede forældre og



*Figur 57. Urintagningskolper til drenge og piger, anvendt på Fuglebakken. Fremvist af ejeren P.A. Krasilnikoff*



sygeplejersker, men han var en dygtig kliniker. Han var også en fremragende underviser, der inspirerede mange læger og studenter. Henning Andersen havde, da jeg startede på Fuglebakken i 1975, samlet hvad der fandtes af Endokrinologisk interesserede børnelæger, dvs. børnelæger, der vidste noget om hormoner. Henning Andersen var verdenskendt, og modtog jævnligt røntgen-, lys- og papirbilleder af ”mærkeligt udseende” børn med dårlig vækst af ukendt årsag eller sjældne knoglesygdomme fra kolleger rundt i verden.

I kælderen fandtes også et ”hormonlaboratorium”, hvor 3 ”hormonpiger” bestemte somatomedin, ved bioassay, ACTH og thyreoideahormoner, samt udførte diverse tests på patienterne.

”Hormondrengene”, som også var tilknyttet den endokrine poliklinik var (i midten af 1970'erne) af Knud W. Kastrup, ekspert i vækst og væksthormon, Knud E. Petersen, kaldet KP, ekspert i binyrebarkhormoner, og en af de få børnelæger, der jævnligt deltog i FAS og Lægeforeningens repræsentantskabsmøder, Bendt Brock Jacobsen, thyreoideae ekspert, Søren Krabbe pubertet og calciumomsætningen. Alle lægerne blev senere overlæger med ansvar indenfor børneendokrinologi

Birgit Peitersen havde det kliniske ansvar for udbygningen af neonatalafsnittet til et intensivt niveau, som blev fundamentet for neonatalafdelingen på Hvidovre Hospital, hvor hun blev leder.

Lægerne på Fuglebakken havde derfor travlt, både med mange akutte dårlige børn og forskning og undervisning af studenterne, og ved sekretærforfald måtte de også selv skrive de nye journaler på skrivemaskine. Mindre spændende opgaver som skrivning af udskrivningskort blev derfor syltet og typisk lagt til nyest ankomne vikar. Da jeg dagen efter ansættelsen som 4 ugers vikar ved den daglige middagskonference fik en skideballe af professoren, fordi der lå flere måneder gamle journaler, der endnu ikke var skrevet epikriser på, tav alle på nær Knud Petersen, der forsvarede mig, idet jeg jo ikke kunne stå til ansvar for tidligere ansattes forsømmelser.

Københavns kommune anvendte i 70'erne 3 børneafdelinger til indlæggelse af syge børn: Rigshospitalet for de sjældne og helt specielle sygdomme (f. eks. cystisk fibrose, og svært hjertesyg børn), mens Børnehospitalet på Fuglebakken og ”Sundby” tog sig af de mere ”almindelige” børnesygdomme. Mens ”Sundbys” chef overlæge Peer Pæregaard, var yderst tilbageholdene og beskeden, ringede Henning Andersen, hver formiddag fra Fuglebakken til ”visitor”, der geografisk var placeret på Kommunehospitalet, og spurgte hvor f... børnene blev af, underforstået: Send nu de akutte børn, der af praktiserende læge eller lægevagten skønnes at skulle indlægges, til Fuglebakken.

Erik Terslev havde skrevet disputats om hjertesyg børn (204). I børnemodtagelsen sad som opslag på akutstuen en 10-punkts liste over, hvordan man behandlede hjerrestop hos børn. Punkt 1 var: ”Bevar ro og orden”. De øvrige punkter handlede om, hvordan man gav hjertemassage, ventilerede med ilt, gav hjertestimulerende medicin, væske i drop etc.



*Figur 58. Grøppebillede af de ansatte, Børnehospitalet på Fuglebakken ca. 1920.*

Første gang jeg skulle behandle et barn med hjertestop, kom overlægen lige forbi, og han påtog sig punkt 1 og bevarede ro og orden, mens jeg fik lov til at udføre de næste 9 punkter.

Fra starten fik jeg tilbudt et vikariat i februar måned. Da denne måned var gået fik jeg ikke at vide af Henning Andersen om jeg kunne fortsætte og hans sekretærer vidste ingenting, men der var flere læger på afdelingen, der mente, der måske også var behov for en vikar i næste måned, uden at de dog kunne tage stilling til det. Da jeg ikke havde andre steder at gå hen mødte jeg op igen den 1. i måneden og fik så den 2. eller 3. at vide, at jeg godt kunne fortsætte en måned mere. Dette gentog sig de næste 3 måneder, så da kirurgisk afdeling på Sundby tilbød et 6 måneders vikariat, slog jeg til, og derved sluttede min første men ikke sidste ansættelse på Fuglebakken.



Grundet sin geografiske beliggenhed havde Fuglebakken et tæt samarbejde med det nærliggende Frederiksberg hospital. Her blev bl.a. alle sygehusets børn med vesiko-ureteral reflux opereret, for postoperativt at blive kørt tilbage til Fuglebakken til videre behandling og fjernelse af diverse dræn. Endvidere blev dårlige nyfødte derfra overflyttet til neonatalafsnittet.

*Figur 59. Alle røntgenbilleder på fuglebakken blev vurderet af overlæge Eiken, ca. 1976*

Fuglebakken brugte i en årrække Overlæge Mogens Eiken fra Gentofte som konsulent til at beskrive røntgenbillederne. Under røntgenkonferencerne fik Eiken ofte lagt billeder til side til kopiering for senere at dukke op i Eikens lærebog i børneradiologi (163). Disse konferencer var det særligt vigtigt at deltage i, for når Eiken var gået var der kun en selv til at vurdere de akutte billeder, der blev taget i vagterne. Kvaliteten var forbavsende god, idet alle billeder blev hevet op af fremkaldervæsken af en af de 3 ”røntgenpiger”, så billederne aldrig var for lyse eller for mørke-

Mere alvorlige sygdomstilfælde blev typisk samlet i ”hovedhuset”, afdeling A og B, hvor jeg husker en stor dreng kom gående til indlæggelsen med mæslinger, og som blev indlagt, da der var tegn på encephalitis og døde få dage efter af morbillencephalitis, en tilstand som jævnlige krævede sine ofre .

Mere muntre oplevelser kunne man få i modtagelsen når festklædte forældre fredag eller lørdag aften erklærede, at nu turde de ikke tage ansvaret mere for deres forkølede barn, som havde hoste og feber, og inden man havde set sig om var de væk. Lidt slukørede og med tydelige tømmermænd kom de så næste dag og hentede deres barn.

I dag er hospitalet for længst nedlagt (1983) og funktionerne overført til Hvidovre Hospitals børneafdeling, hvor føde- og børneafdeling endelig blev forenet. En del af bygningerne er revet ned bl.a. det ”nye” ambulatorium fra 1970erne og pavillonerne bagest i haven, som i mange år var benyttet til indlæggelse og observation af større børn med sukkersyge, enuresis, encoprese og obstipation. Her er nu bygget gårdhavehuse, mens hovedbygningen istandsættes i 2005 og sælges som eksklusive ejerlejligheder.



*Figur 60. Hovedbygningen på det tidligere Børnehospitalet på Fuglebakken, ombygges til ejerlejligheder 2005*

## Hvidovre Hospital, børneafdelingen

Hvidovre Hospitals børneafdeling blev oprettet i december 1983 og taget i brug januar 1984, idet Børnehospitalet på Fuglebakken blev nedlagt og overflyttet samlet til Københavns Kommunes Hospital i Hvidovre (KKHH).



Hvidovre Hospital var færdigbygget knapt 10 år tidligere og skulle i henhold til den oprindelige plan indeholde i alt 5 sengebygninger, hvor den 5. sengebygning skulle rumme pædiatri og psykiatri. Men pga. økonomiske problemer i Kommunen på da-

*Figur 61. Vejen til Hvidovre hospital, børneafdelingen 2008.*

værende tidspunkt 5. sengebygning ikke bygget og børneafdelingen måtte derfor i 1983 "klemme sig" ind i rammer der både var for små og var tiltænkt voksne patienter.

For at skaffe plads medførte Fuglebakkens flytning samtidig en større rokade på Hvidovre som endte med at børneafdelingen fik akutte funktioner i sengebygning 4 mens ambulatoriet blev anbragt i sengebygning 1 og afdelingens psykologer og socialrådgivere blev anbragt i en mere fjerntliggende pavillon. Det medførte en afstand på ca 800 m imellem sengeafdeling/lægekontorer og ambulatorium og ca. 1200 m til afdelingens psykolog-socialrådgiver team.

Først i 1992 i forbindelse med en del omrokeringer og nybygninger blev børneafdelingen samlet i sengebygning 4 og ambulatoriet fik lyse og venlige fysiske rammer. Neonatalafdelingen blev samtidig udvidet og fik både forældrerum, mødrestue og mange andre forbedrede faciliteter til børn og familier.

Det var et kulturchok for både personale og patienter med forældre at komme fra Fuglebakken til Hvidovre Hospital, men også for afdelingerne på Hvidovre Hospital pludselig at få en børneafdeling i hospitalet med en patientgruppe og ikke mindst forældregruppe med helt andre behov og forventninger til systemet og ydelserne end man var vant til fra de voksne patienter. Forældrene var meget opmærksomme på børnenes behov og gav naturligvis udtryk for deres krav og forventninger.

Også på mange andre områder blev starten på Hvidovre for børneafdelingens personale opfattet som "op ad bakke" og modsat syntes Hvidovre Hospitals personale og Administration at børneafdelingen altid var "på tværs og anderledes" og derfor uhyre besværlig.

Den nye børneafdeling på Hvidovre Hospital blev fra starten ledet af professor Niels Erik Skakkebæk med Erik Terslev og Birgit Peitersen som medoverlæger. En konsulentstil-

ling blev konverteret til en overlægestilling til at videreudvikle allergi- og immunologifunktionen. I denne stilling blev Niels Henrik Valerius ansat.

Niels Erik Skakkebæk flyttede i 1991 til Rigshospitalet, hvor han fik etableret sit eget afsnit for vækst og reproduktion. En stor del af de endokrine patienter med vækstforstyrrelser flyttede samtidig med og børneafdelingen måtte se sig om efter nye satsningsområder.

Det blev gastroenterologi, idet den efterfølgende professor Peter Andreas Krasilnikoff som tiltrådte i 1992 havde dette område, som sit særlige ekspertområde. Desuden bevaredes den intensive neonatologi, allergologi og neuropædiatri samt immunologi incl HIV/AIDS hos børn som særlige satsningsområder. Både gastroenterologi og HIV/AIDS samt rehabilitering af børn med erhvervet hjerneskade har siden været afdelingens landsdelsfunktioner og dermed særlige udviklingsområder.

Fastlæggelse af satsningsområder herunder afvikling af andre skete i et tæt samarbejde med de øvrige børneafdelinger i Storkøbenhavnsområdet som et led i et tværamtligt samarbejde (den såkaldte 8-mandsgruppe) og var en vigtig forudsætning for den fortsatte høje faglige udvikling indenfor pædiatrien i Storkøbenhavnsområdet. I dette samarbejde centraliseredes en række mindre sygdomsområder til et eller få hospitaler i hovedstadsområdet. Således blev diabetesbehandlingen blev placeret på amtssygehuset i Glostrup mens HIV/AIDS centraliseredes på Hvidovre Hospital, og børneonkologien centraliseredes på Rigshospitalet.

Den neuropædiatriske funktion på Fuglebakken og siden Hvidovre Hospital, blev i mange år varetaget af ikke neuropædiatriske specialister. I 1986 ansattes neuropædiateren Søren Anker Pedersen som afdelingslæge og fra 1994 som overlæge. Hvidovre Hospital havde allerede på daværende tidspunkt både en neurokirurgisk, en neuromedicinsk og



en neurofysiologisk samt en ortopæd-kirurgisk afdeling. Søren Neuropædiaterne samarbejdede med neuromedicinerne og neurofysiolegerne om udredning af intractable epilepsipatienter som henvi-

*Figur 62. Børnemodtagelsen, Hvidovre hospital, 2008.*



*Figur 63. Børnelæger på Hvidovre hospital. Jens Glazowski, Lamia Hvid og Kasper Lund, 2008.*

stes fra andre hospitaler. Senere indgik Epilepsihospitalet i dette samarbejde og der blev etableret fællesambulatorier og adolescensklínik for unge med svær epilepsi som forberedelse til overgangen til voksen epilepsi-ambulatorium, samt et fællesambulatorium med neurokirurgisk afdeling for børn med f.eks. hydrocephalus og hjernetumorer. Samarbejdet med neurofysiologerne omfattede, udover epilepsi, fra 1997 Botox behandling af børn med Cerebral parese og dystonier.

I 1992 overtog børneafdelingen på Hvidovre Hospital CP-klinikken på Borgervænget fra Rigshospitalet. Et ganglaboratorium blev etableret i 2005 – det første i Danmark til klinisk brug. Samtidig etableredes tilsyn i Københavns Kommunes specialinstitutioner for multihandicappede børn.

I 2000 etableredes efter forhandling med de østdanske amter et center for rehabilitering af patienter med erhvervet hjerneskade på Hvidovre Hospital. Der blev forhandlet ivrigt mellem HS og Københavns amt, idet man fra børneafdelingen i Glostrup henviste, til denne afdelings samarbejde med Center For Handicappede og Geelsgård. Men da der ved forhandlingerne allerede var truffet beslutning om, at voksenfunktionen skulle placeres i Hvidovre, blev også børnefunktionen placeret der med først 6 børnesenge, siden reduceret til 4 med Ian Westphall som ansvarlig overlæge.

I forbindelse med etableringen af Hovedstadens Sygehusfællesskab (HS) i 1995 blev en lang række specialer og ekspertfunktioner overflyttet til Rigshospitalet. Der blev i efterfølgende brugt mange ressourcer på reetablering af spydspidser og specialområde, en situation som også påvirkede børneafdelingen som følte sig naturligt presset og nedprioriteret ligesom mange af de øvrige afdelinger på hospitalet. Samtidig betød dannelsen af HS en årlig besparelse på hospitalsvæsenet på mindst 100 millioner Kr. årligt ovenpå den årlige 2%

besparelse, som alle offentlige institutioner i Københavns Kommune blev pålagt.

Denne situation kulminerede for børneafdelingens vedkommende med at Peter A. Krasilnikoff valgte at opsigte sin stilling i protest i 1997. Han blev erstattet af Birgit Peitersen som ledende overlæge, og Birthe Høgh blev efter en årrække uden professor udnævnt som den første kvindelige professor i pædiatri i Danmark.

De følgende år blev brugt til reorganisering og konsolidering af afdelingen. I den forbindelse lykkedes det at få en positiv dialog med ledelsen lokalt og i HS med en langt mere positiv indgangsvinkel og dette resulterede i tilførsel af især flere lægelige ressourcer. Den positive effekt blev yderligere forstærket af, at den enkelte afdeling i højere grad fra årtusindskiftet kunne disponere over øget indtjening ved behandling af flere patienter end forudsat ved regnskabsårets begyndelse.

I det seneste år har afdelingen endelig arbejdet med LEAN tankegangen indenfor sundhedsområdet. Dette har medført gavnlige organisationsændringer og rettet fokus mod mange organisatoriske vaner, som med fordel og med samtidig reduktion af ressourceforbrug kan anvendes i de organisatoriske processer i sundhedssektoren.

Akkreditering, som HS planlagde, da den samlede hospitalsplan var gennemført, blev første gang foretaget i 2002. Den blev modtaget med megen reservation, men skabte reelt et betydeligt kvalitetsløft. Da børneafdelingen samtidig fik ressourcer både fra sundhedsministeriet og fra HS til at fungere som pilotafdeling for et nyt projekt med elektronisk patientjournal (EPJ), var det begyndelsen til en ny epoke for afdelingen. Det gjorde at personalet vænnede sig til teknologien på et tidspunkt, hvor de fleste andre afdelinger stadig afventer EPJ's komme.

### *Uddannelse*

Da behovet for uddannede speciallæger i pædiatri og almen medicin blev øget betydeligt i disse år, måtte der oprettes flere uddannelsesstillinger, hvilket betød tilførsel af betydelige lægelige ressourcer. Afdelingen har løbende ændret stillingsstrukturen svarende til de ændrede krav således, at der nu er i alt 15 overlæger. De mange uddannelsesstillinger og den nye speciallægeuddannelse startet i 2004 og etablering af sygeplejefaglige ekspertuddannelser har medført at hele afdelingen tværfagligt har fokuseret meget på at yde en så optimal uddannelse og oplæring som muligt under de givne rammer. Afdelingen er gentagne gange af årets studenterhold blevet kåret som "den bedste uddannelsesafdeling". Inspektorrapporterne dokumenterer at afdelingen er et attraktivt uddannelsessted.

### *Forskning*

Afdelingen har igennem mange år og også fortsat en stærk forskningsmæssig tradition, som stadig vedligeholdes og udbygges indenfor afdelingens mange særlige områder. De PhD-studerende vejledes af afdelingens seniore læger og flere finansieres eksternt

Afdelingen står således godt rustet til at indgå i de mange udfordringer og ændringer som de nye Storregioner og de nye samarbejdspartnere medfører i 2007 og årene fremover samt til at indgå som en vigtig partner i udviklingen af Dansk pædiatri i årene fremover (236c).

*Ledende overlæge og afdelingens professor:*

Ledende overlæge, Ph.d. Klaus Børch, professor, dr.med. Birte Høgh (infektionspædiatri).

## **Sundby senere Amager Hospitals børneafdeling**

Sundby hospitals børneafdeling blev oprettet i 1931 med 71 sengepladser og med Carl Friderichsen (1886-1982) som overlæge. Han blev internationalt kendt for sin beskrivelse af binyreapopleksi hos småbørn, der senere fik navnet Waterhouse-Friderichsens syndrom". Han var ikke alene en høj mand, men også en stor personlighed, som ledede børneafdelingen i 25 år og blev æresmedlem af DPS i 1958.

I 1956 blev han efterfulgt af Folke Tudvad, indtil denne rejste til Fuglebakken som overlæge, og herefter erstattet i 1959 af Jørgen Vesterdal, bistået af 1. reservelæge Svein Vestermark, der opbyggede en betydelig erfaring i behandling af sukkersyge og epilepsi. I 1965 flyttede Vesterdal til det nyopførte børnehospital i Glostrup, som han selv havde været rådgiver og konsulent for under hele byggeprocessen, samtidig med sin ansættelse i Sundby. Vestermark fulgte med og blev i 1968 udnævnt til overlæge på Glostrup, hvor de begge fungerede lige til pensionsalderen.

Peer Pærregaard der cyklede på arbejde fra sin bolig i Hellerup, overtog overlægejobbet og var i en lang årrække eneste overlæge på børneafdelingen, et fænomen som ellers kun var kendt i Næstved. Afdelingen blev senere til Amager hospitals børneafdeling.

Da Peer Pærregaard gik på pension, blev han i 1992 erstattet med Birgitte Marner som ledende eneoverlæge og suppleret fra 1994-98 af Peter Howitz og fra 1998 med Lene Lavard som medoverlæge, assisteret af 5 afdelingslæger, der alle var speciallæger. Afdelingen blev i 1986 reduceret til 40 senge og i år 2000 til 23 senge, men til gengæld flot moderniseret både senge- og ambulantsfunktion, hvor ambulantsfunktionen var stærkt voksende i disse år.

Forsøg på at give afdelingen sin egen profil, med særlige tilbud og interesse for socialpædiatri, tilbud til overvægtige og mb. Down børn blev vanskeligt at gennemføre. Patienter med komplicerede lidelser blev i stigende grad indlagt eller overflyttet til Rigshospitalet, Hvidovre eller Glostrup og et forsøg på at samle børnekirurgi på Amager havde kun resulteret i henvisning af et mindre antal børn med ukomplicerede hernier (brok).

Birgitte Marner opsagde i 2000 sin overlægestilling, og overtog Ragnhild Dissings praksis i Helsingør.

Besættelse af den ledende overlægestilling skulle vise sig at være meget vanskelig bl.a. på grund af lokale samarbejdsproblemer.



Et ansættelsesudvalg blev nedsat men måtte efter en runde med ansøgerne konstatere, at der ikke var en egnet ansøger, og stillingen blev genopslået.

I anden omgang var der en enkelt rigtig god ansøger, som alle var enige om, både på papirerne og ved samtalen, var den helt rigtige. En danskfødt børnelæge, aktuelt klinikchef med klinisk og administrativ erfaring fra en større pædiatrisk klinik i Sverige, og yderst velanskrevet, da han havde opbygget en velfungerende afdeling, men som nu gerne ville tilbage til sit fødeland mest på grund af familien.

Få dage efter sin tiltræden kontaktede han sygehusledelsen for at få nogle kompetenceproblemer sat på plads i samarbejdet med den ledende oversygeplejerske. Trods støtte fra afdelingen og flere kolleger, følte han ikke han fik den nødvendige opbakning og rejste derfor tilbage til Sverige. Slutresultatet blev derfor en børneafdeling uden ledende overlæge. I 2002 blev børneafdelingerne i Hvidovre og Glostrup forespurgt, om de ville overtage ledelsen af børneafdelingen på Amager I den mellemliggende periode blev ledelsen af afdelingen varetaget af konstituerede ledelser udsendt fra børneafdelingerne i Glostrup og Hvidovre, bortset fra en 9 måneders periode helt uden ledelse. På trods af dette formåede afdelingens øvrige personale i nogle år at videreføre en velfungerende enhed, der klarede sig fint i patienttilfredshedsundersøgelser og ved akkreditering.

Sygehusudvalget i Københavns amt havde på sin dagsorden i oktober 2003 punktet: Etablering af aftale- og kontraktstyringsmodel for pædiatrisk afdeling ved Amager hospital i forhold til Amtssygehuset i Glostrup, ”som den bedste mulighed for at sikre den fremtidige varetagelse af pædiatrien på Amager”. Modellen indebar, at alt personale på Amager skulle skifte ansættelse til børneafdelingen ved Amtssygehuset i Glostrup (237).

En ny model for drift af børneafdelinger var skabt, og blev en realitet i januar 2005 og afdelingen henhørte i tre år under børneafdelingen i Glostrup med en lokal funktionsledelse bestående af overlæge Nina Saurbrey og afdelingssygeplejerske Karina Thorsteinsson.

Som led i Region Hovedstadens hospitalsplan blev det i august 2007 besluttet at afdelingen i år 2008 skulle fusionere med børneafdelingen på Hvidovre hospital. Da det blev kendt valgte en del af personalet at forlade afdelingen. Nedlukningen af afdelingen kom derfor til at ske noget hovedkulds, og i Hvidovre fik man travlt med at skaffe plads til personale og patienter.

Amager Hospitals børneafdeling blev til 5-døgnsafsnit medio januar 2008, sengeafsnittet lukkede 29. februar 2008, mens ambulatoriet fortsatte et par uger indtil den endelige lukning i marts 2008. (238)

#### *Redaktørens erindringer som reservelæge i 1975 på Sundby*

Det hed dengang Sundby hospital og lå og ligger fortsat på Italiensvej på Amager i et vilkvarter med gamle patricierhuse, og havde som et af de eneste sygehuse egen tennisbane reserveret til sygehusets ansatte.

Vagterne for de yngste læger gik fra kl. 8.00 om moorgen til næste morgen ca. samme tid, hvor man blev afløst og efter 24 timer, i weekenderne dog først efter 48 timer kunne afle-

vere ”hyleren” til den næste vagthavende. Eneste formildende omstændighed var Emma, en ældre dame der sørgede for renholdning af vagtværelserne og som hver morgen sørgede for vi fik morgenmad med frisk morgenbrød. Mens de unge læger indtog morgenmaden skiftede Emma kitlen til en ren, hvor hun omhyggeligt efter at have tømt lommerne anbragte indholdet i den rene kittel, nøjagtigt som det var placeret i den gamle. Lignende service er mig bekendt ikke set hverken før og i hvert fald ikke siden i det danske sundhedsvæsen.

*Ledende overlæger og professorer Amager sygehus:*

Funktionsleder Overlæge Nina Saurbrey, afdelingsledelse fælles med børneafdelingen, Amtssygehuset i Glostrup.

## **Frederiksberg hospital**

Det nuværende Frederiksberg hospital åbnede i 1903, og i 1909 indrettedes en særlig bygning for børn med medicinske og kirurgiske lidelser, men uden tilknyttet pædiater.

I 1921 rettede Dansk Pædiatrisk Selskab og professorerne Bloch og Monrad en henvendelse til kommunalbestyrelsen på Frederiksberg, for at få ansat en pædiater. Svaret var, at ”man ikke for tiden var i stand til at efterkomme dette ønske.

Der blev aldrig oprettet en pædiatrisk afdeling, men i 1906 en børnepoliklinik, der blev ledet af pædiaterne Povl Hertz, Aage Bojesen, Carl Friderichsen og Einer Lenstrup.

Efter oprettelsen af Børnehospitalet på Fuglebakken i 1917 indgik Frederiksberg kommune overensomst om indlæggelse af børn fra kommunen på Fuglebakken og syge nyfødte fra Frederiksberg hospitals fødeafdeling

Dårlige nyfødte børn fra fødeafdelingen blev overflyttet, mens de øvrige nyfødte i en årrække blev tilset om morgenen på fødeafdelingen af Birgit Peitersen, 1. reservelæge på Fuglebakken og leder af neonatalfunktionen der.

## **Børn på Diakonissestiftelsen**

I 1925 oprettedes en medicinsk og en børneafdeling med 20 senge, ledet af Arne Johannesen (1888-1977), der var speciallæge både i intern medicin og i pædiatri. Afdelingen fik et tæt samarbejde med den plastickirurgiske afdeling, hvor læbe-ganespaltekirurgien i 1931 var centraliseret Børn med læbe-ganespalte ikke alene fra Hovedstaden men fra hele landet blev opereret på den meget ansete kirurgiske afdeling på det private hospital Diakonissestiftelsen, ligeledes beliggende på Frederiksberg., og børn og forældre fik en meget fin behandling, både i forbindelse med operationen og ved senere kontroller. Efter i 2 generationer at være behandlet af familien Fogh-Andersen (Vagn Fogh-Andersen 1886-1967 og Poul Fogh-Andersen 1913-) flyttede funktionen til Rigshospitalet.

## **Praktiserende speciallæger i Københavns kommune**

Benny Meyer (1873-1946) fungerede som ledende læge for kommunehospitalets filial på Sct. Johannes stiftelsen og chef for hospitalets poliklinik på Christianshavn. Han blev af børnene kaldt onkel Benny og praktiserede som børnelæge i 50 år i København. Blev æresmedlem af DPS i 1938.

De 8 praktiserende speciallæger i pædiatri i Københavns kommune i 1990'erne havde alle deltidsydernumre, idet vi fra DBO havde argumenteret for, at et så bredt speciale som pædiatri krævede specialister indenfor forskellige subspecialer.

Niels Michelsen med speciale i DAMP var forfatter til licentiatafhandlingen om ”Tumler-fumler børn”, og ham der indførte begrebet i Danmark. Fra sin kælder i kartoffelrækkehuset i Eckersberggade er der udgået mange erklæringer til folkeskoler og kommuner, der har lettet dagligdagen for mange af disse børn. I 1978 blev han socialoverlæge i Københavns kommune og i 1991 blev han professor i klinisk socialmedicin ved Københavns Universitet. Hans praksis blev i 2007 overtaget af Helle Hjalgrim.

Joes Ramsøe Jacobsen, børnekardiolog havde lejet sig ind hos sin bror, der var praktiserende læge, og kunne i løbet af få minutter stille en korrekt diagnose, der kunne berolige forældre, der troede de havde et svært sygt ”hjerterbarn”.

Bente Beck med speciale indenfor metaboliske og sjældne sygdomme som f.eks. Cornelia de Lange havde praksis hjemme. På sygehusene havde professorerne J. C. Melchior (neuropædiatri) og B. Zachau-Christiansen (socialpædiatri), samt overlæge Peer Pærregaard (almen pædiatri på Amager) deres patienter på deres hovedarbejdsplads mod en beskeden betaling til sygehusvæsenet.

Overlæge, dr.med. Henrik Hertz, Rigshospitalet havde sikret sig et ydernummer, inden han tog til Saudi-Arabien, men fik dog aldrig brugt det.

Karsten Kaas Ibsen fik lov til at ”låne” dette ydernummer, indtil han i 1988 købte det eneste ydernummer på Frederiksberg af den gamle børnelæge Svend Erik Nielsen (1915-1990) der i en årrække siden 1953 havde drevet en yderst beskeden praksis, suppleret med indtægter fra børneplejestationer, tilsyn med børnehjem og bedriftslæge ved Det Danske Mælkekompani og A/S Dadeco (10).

Senere startede børneallergologen og astmaeksperten Hans Bisgaard praksis, drevet som anpartsselskab, noget på det tidspunkt helt nyt, som siden har bredt sig.

Birgitte Marner overtog Peer Pærregårds ydernummer omkring årtusindskiftet med øje for socialpædiatrien og Peter Christiansen overtog i 2003 Karsten Kaas Ibsens ydernummer i Dronningegården, og i første omgang bistået af sin kone Annebeth Rosenvinge Skov. Hun overtog senere Ramsøe-Jacobsen's ydernummer i 2006 og de driver i dag Børnelægeklinikken. Da Birgitte Marner flyttede til Helsingør overtog Berit Lukman hendes ydernummer på Amager.

*Allergiklinikken - som jeg husker det:*

I mange år var min lille privatpraksis registreret af Told og Skat under navnet ”Speciallægeselskabet Allergiklinikken Aps”, men det blev senere ændret til Allergiklinikken Aps, kort og godt. Vi lejede os ind hos Kredslæge John Petersen i lokaler, hvor der tidligere havde været skole på hjørnet af Borgergade og Hindegade, hvor han arbejdede som almen praktiserende læge i lokalerne om dagen, og ofte ud på aftenen, undtagen mandag. Vi havde nemlig aftalt, at vi bruge lokalerne en aften om ugen, og det var næsten altid mandag. Efter mange års overvejelser meddelte John en dag i 1999, at vi skulle flytte over i ”Dronningegården” i Dr. Tværgade, lige oven over den restaurant, som Jan Hurtigkarl tidligere havde drevet med stor succes i en årrække.

Klinikadressen blev på brevpapiret ændret til Dr. Tværgade, en forkortelse af Dronningens Tværgade og ikke som nogle af vores patienter troede den hed: Doktor Tværgade. Vi fik nu for første gang mulighed for at disponere over et lokale, hvor vi kunne have vores egne instrumenter og papirer liggende fremme. Konsultationerne startede fortsat tidligst kl. 15.00 og højst én gang om ugen. Med tiden blev konsultationerne ofte flyttet til lørdage, da arbejdsmængden på afdelingen stadig voksede og arbejdsdagene blev længere og længere. Lørdagene var meget populære hos patienterne og deres familie, der ofte kombinerede lægebesøget med en indkøbstur på Strøget for hele familien.

## Kapitel 10 - Region Hovedstaden II: **Københavns, Frederiksborg og Bornholms amt**

### **Provinsen**

Ifølge Foreningen Af Sygehuslæger I Provinsen (FASIP), startede provinsen ved kommunegrænden mellem Københavns og Frederiksberg kommune og Københavns amt.

Oprettelsen af børneafdelinger i provinsen startede først i 1955 i Danmark, mens man i Sverige allerede i 1948 havde 25 børneafdelinger, herunder børnehospitaler og klinikker i de store byer. Oprettelsen af børneafdelingerne skete på de større amtssygehuse/centralsygehuse og børnene blev i stigende grad indlagt på børneafdelingerne, selv om det ofte ved mere specialiseret behandling ofte fortsat var voksenlæger, der forestod behandlingen. Dette har ændret sig radikalt de sidste årtier, hvor såvel børnelæger som sygeplejersker og andre faggrupper er blevet yderligere specialiseret.

### **Københavns amt**

#### **Børneafdelingen, Gentofte Hospital, tidligere Amtssygehuset i Gentofte**

Blev oprettet i 1946, næsten 20 år efter amtssygehuset i Gentofte var åbnet. Dansk Pædiatrisk Selskab opfordrede allerede i 1935 i en skrivelse til Sundhedsstyrelsen til, at der blev oprettet en selvstændig børneafdeling ved sygehuset. Siden har diskussionen i Københavns amt gået på, hvor mange børneafdelinger amtet skulle have. Forslag som en børneafdeling til på Herlev sygehus har været på tapetet, ligesom Gentofte som satelitafdeling under Glostrup har været en del af sygehusplanen i 1990'erne.

Afdelingen åbnede med 85 senge, med en speciel ventileret sygestue til præmature børn, som blev præsenteret for Dansk Pædiatrisk Selskabs medlemmer i 1948. Afdelingen blev ledet i en menneskealder fra 1946 af overlæge, dr.med. Poul W. Bræstrup indtil 1978, hvor professor, dr.med. Peter A. Krasilnikoff ("Kras") overtog ledelsen. Omkring 1980 begyndte subspecialiseringen indenfor dansk pædiatri at tage fart, og "Kras" grundlagde og udviklede specialet pædiatrisk gastroenterologi. Børneafdelingen i Gentofte havde indtil 1992 lands-landsdelsfunktion inden for specialet. Peter A. Krasilnikoff overtog Jørgen Vesterdals professorat, som han tog med, da han i 1992 fandt arbejdsvilkårene for vanskelige i Københavns amt, og flyttede til nye udfordringer på Hvidovre Hospital.

Den allergologisk interesserede overlæge, dr.med. Palle Prahle ledede herefter afdelingen fra 1992 indtil overlæge, dr.med., MPA. Birgitte Weile i 2005 overtog afdelingens ledelse og videreførte den gastroenterologiske forskningstradition.



*Figur 64. Overlæge Palle Prahl (til venstre) tager afsked med Krasilnikoff 1992*

Overlæge dr.med. Ingrid Thorn var en af de første subspecialiserede børnelæger indenfor børneneurologi, som hun tilførte nye aspekter blandt andet i grænseområdet til børnepsykiatri.

Niels Henrik Rasmussen, hendes efterfølger, udviklede dette område til en amtsfunktion indenfor diagnostik og behandling af børn med ADHD. Samarbejdet mellem Niels Henrik Rasmussen og de øvrige børneneurologer i amtet gik gnidningsfrit, ligesom Palle og Niels Henrik arbejdede godt sammen, da Palle først ”havde vænnet sig til at få en jyde i huset”, som han udtrykte det.

Børneafdelingen i Gentofte har haft relativt få ledende overlæger og oversygeplejersker. Fra 1969 og 29 år frem var det således oversygeplejerske Kirsten Bach, der ledede sygeplejegruppen.

Udviklingen af pædiatrisk allergologi og pulmonologi på afdelingen startede med et lille specialambulatorium i 1973. Efterhånden som specialet under ledelse af overlæge, Palle Prahl, udvikledes med tiltagende antal patienter, forbedret diagnostik og behandling, voksede ambulatoriet i størrelse fra 1 ugentlig ambulatoriedag i 1973 til 8 ambulatoriedage pr. uge i slutningen af 1990'erne.

Ved et godt samarbejde med børneafdelingen i Glostrup opbyggedes en amtsfunktion for specialet. Afdelingen etablerede den første subspecialist-uddannelsesstilling for specialet i 1994, og den 4. subspecialist bliver færdig i 2007. Som led i udviklingen af afdelingens allergifunktion suppleredes 2003 med et børneallergologisk forskningscenter med tilhørende professorat, som Hans Bisgård havde søgt fondsmidler til og som efter en del diskussion blev tilknyttet Gentoftes børneafdeling, som en selvstændig enhed. Samarbejdet mellem de to børneallergologer Palle Prahl og Hans Bisgård blev dog ret beskedent.

Afdelingen havde derudover udviklet specialambulatorie for uro-nephrologi, som under ledelse af overlæge Anita Hansen, udvikledes til en ledende position inden for pædiatrisk urologi indtil hun forlod hospitalsvæsenet for at overtage den pædiatriske speciallægepraksis i Køge efter Poul Busch.

Region Hovedstaden har arbejdet med planer om inden for de kommende 5 år at fusionere Glostrup og Gentoftes børneafdelinger i et nybygget Mor-barn-center på Herlev Hospital, men i skrivende stund ser det ud til, at Gentoftes børneafdeling bliver til pædiatrisk klinik III på Rigshospitalet.

*Overlæge Niels Hobolth erindrer om overlæge Poul W. Bræstrup:*

Omkring 1960 var pædiatrien helt dominerende centreret omkring København. Der var en lille afdeling i Odense, en i Århus og oprettedes en i Randers og i Nykøbing Falster. Disse afdelinger var fortrinsvist af klassisk tilsnit. d.v.s. i min terminologi meget introverte og arbejdende med få og små håndgreb overfor de specielle sygdomme som navnlig sås i barnealderen og som klinikerne havde viden om. Så vidt jeg kan bedømme var det samme tilfældet med de toneangivende afdelinger i København: Rigshospitalet, Fuglebakken og Sundby. Senere kom børneafdelingen i Glostrup i gang ledet af Jørgen Vesterdal. Det var i dette klima, at Bræstrup sad i Gentofte og startede det ene tiltag efter det andet, som skulle gøre børneafdelingen dybt integreret i sygehuset og præge indsatsen for de indlagte børn, både på børneafdelingen og de andre afdelinger, hvor børn blev indlagt. Dette blev reglen at den fælles indsats af de forskellige specialer udførtes på selve børneafdelingen. Der var et meget snævert samarbejde med anæstesi-lægerne Sophus Johansen og Grethe Buchmann om den præ- og postoperative behandling på børneafdeling L203. Specielt intensiv terapi herunder væsketerapien var systematiseret og effektiv. Tilsyn på øreafdelingen og de kirurgiske afdelinger var højt prioriteret arbejde for overlægen og bagvagterne.

Nøglen til afdelingens effektivitet og fremdrift er et udpræget teamwork, hvor alle deltagere har en vægtig stemme og en aldrig hvilende undervisning af personalet på alle niveauer. Det skete ved den daglige konference for lægerne, den ugentlige 'psyk'konference og ved de generalprøver forud for afdelingsrepræsentanternes optræden i diverse fora. Det var vel især lægernes optræden ved staff meetings og i Dansk pædiatrisk Selskab. Til generalprøverne var inviteret afdelingens personale og andre samarbejdspartnere. Her blev foredrag holdt med tids- og kvalitetskontrol. Diskussionsemner og disses håndtering blev drøftet.

Når Bræstrup kunne være en rollemodel for os medarbejdere, som kom til de provinspædiatriske afdelinger var det fordi han fortalte de andre afdelinger, hvad pædiateren kunne gøre for at hjælpe dem med at behandle børnene bedst muligt. Han etablerede et nært samarbejde med de andre afdelinger hvor respekt for de andre afdelingers specifikke ekspertise blev prioriteret og sat i relief til den pædiatriske grundpleje. Derfor blev børnene i



*Figur 65. Gentoftte 1978. Der ryges og hygges. På billedet ses bl.a. Christian Koch, Ingrid Thorn, Paul Glenting, og med ryggen til Lars Petersen Bjerregaard og Erik Arthur Andersen.*

vid udstrækning plejet på børneafdelingen og der blev etableret teams til at optimere den specifikke behandling og pleje af børnene, både indenfor afdelingen, men også udadtil med de samarbejdende afdelinger. Derudover varetog Bræstrup en vedvarende aktiv undervisning af alt personale (239).

*Overlæge Erik Arthur Andersen erindringer fra Gentoftte:*

I 1976 fik jeg kursusstilling på Børneafdelingen i Gentoftte og jeg kunne næsten ikke vente med at komme i gang. Også den gang var kursus stillingen det vigtigste for at komme videre i specialet.

Nogle behandlinger var uden tvivl lidt ude af trit med tiden – således blev alle børn med pneumoni behandlet med ”Lederkyn-stød” et langtidsvirkende sulfapræparat. Når vi spurgte Bræstrup om ikke denne behandling var lidt forældet, svarede han med et lunt smil: ”Men det virker da, ikke?” – og så talte vi ikke mere om det.

Børn med RDS blev vurderet med ”Silvermann score” – et kompliceret system med graduering af indtrækninger, respirationsfrekvens m.m.

Syre-base blev målt på et såkaldt ”Van Slyke apparatur” – der lignede en af Storm P.’s tegninger. Resultaterne var aldeles upålidelige indtil det lykkedes at få et nyt fra Radiometer.

Som noget nyt var en af lægerne (Edgar Dahlin) begyndt at interessere sig for astma behandling og jeg oplevede for første gang det utrolige at se et barn blive rask på minutter



efter en Ventoline® inhalation. Det var næsten et mirakel!

En dag ved middagskonferencen drøftede vi et nyfødt barn, hvor der var mistanke om ileus. Jeg husker det var Christian Koch der fremlagde sygehistorien.

Pludselig skærer Bræstrup igennem samtale og siger: ”Nu vil jeg gerne vide, hvad mikroskopi af meconium har vist!” – ”Undskyld” svarer Christian – ”hvorledes?” – alle ser forbløffet på overlæge Bræstrup – hvad mener han dog?

Jo – forklarer Bræstrup: Et normalt barn drikker som bekendt intrauterint og derfor sluger barnet også de lanugohår der findes i amnionvæsken. Derfor er der normalt lanugohår i meconium når man mikroskoperer det.

Hvis barnet derimod har en atresi i mavetarmkanalen passerer der ikke lanugohår med ud i den meconium barnet kvitterer!

Vi prøvede det – og sandt er det, at det normale barn har masser af lanugohår i sin meconium. Hvor stor specificiteten og sensitiviteten er ved atresi er dog næppe valideret.

*Ledende overlæger og professorer Gentofte Hospital:*

Ledende overlæge, dr.med. Birgitte Weile (efterfulgte overlæge, dr.med. Palle Prahl og professor, dr.med. Peter A. Krasilnikoff), professor, dr.med. Hans Bisgaard()

**Børneafdelingen i Glostrup**



*Figur 66. Børneafdelingen i Glostrups logo*

## **Børneafdelingen, Glostrup Hospital, tidligere Amtssygehuset i Glostrup**

Som en af de eneste i landet ligger børneafdelingen placeret i et børnehospital, planlagt og opført under kyndig pædiatrisk konsulentvirksomhed med det ene formål, at give børn det bedst mulige hospitalsophold.

Amtssygehuset i Glostrup (KAS Glostrup) blev indviet i 1958, mens børnehospitalet først stod færdigt i 1965. Amtssygehuset er universitetshospital under Københavns Universitet og har såvel professorer som lektorer ansat. Afdelingen er uddannelsessted for læger på alle niveauer inkl. ekspertuddannelserne.

Børneafdelingen i Glostrup har i dag lands-landsdelsfunktion indenfor neuropædiatri og diabetes. Voksenhospitalet har efter 40 års brug gennemgået en større renovering for et trecifret millionbeløb, en oplevelse børnehospitalet endnu har til gode. Afdelingen fremtræder i dag noget nedslidt efter flittig brug gennem mere end 40 år.



*Figur 67. Professor Jørgen Vesterdal ved børneafdelingen i Glostrups jubilæum 1990.*



*Figur 68. Overlæge Svein Vestermark i hvid smoking*



*Figur 69. To "rigtige" bakkesangerinder samt børneafdelingens administrerende overlæge optrådte. Børneafdelingen i Glostrups jubilæum 1990.*

### *Vesterdal og Vestermark drog vestpå*

Børnehospitalet i Glostrup er fra grunden planlagt til udelukkende at rumme børn. Selve planlægningen var sket i en arbejdsgruppe, hvor afdelingens senere chef professor Jørgen Vesterdal deltog. Han var på det tidspunkt ansat som overlæge på Sundby hospitals børneafdeling, og fungerede samtidig som deltidskonsulent ved planlægningen og opførelsen af det nye børnehospital. Da børnehospitalet var færdigbygget blev han sammen med Svein Vestermark ansat som overlæge og Jørgen Vesterdal blev det, der i dag svarer til ledende overlæge, mens Vestermark blev assisterende overlæge. Om det var placeringen på Vestegnen der er forklaringen på, at det var Vesterdal og Vestermark der blev afdelingens første overlæger skal være usagt.



*Figur 70. Indgang til Børnehospitalet i Glostrup*

Samtidig med ansættelsen af de to overlæger blev der som oversygeplejerske ansat en helt ung sygeplejerske fra medicinsk afdeling Bente Christiansen, senere gift Lindskov, der kom til at fungere i over 40 år i denne stilling, og senere administrerende og ledende oversygeplejerske, hun satte helt naturligt sit præg på afdelingen. De to overlæger blev hurtigt sat i gang med at skrive instrukser, hvoraf mange af dem fik en lang, i nogle tilfælde endog meget lang levetid.

Vesterdal havde lige fra de første spæde forsøg med planlægning og indretning af børnehospitalet været meget visionær. Afdelingen blev således den første i landet med fri besøgstid, hvilket gav forældrene mulighed for at være ved deres syge barn så meget som muligt. Vesterdal's interesse for tidlig opdagelse af misbrugte og voldsudsatte børn lagde grunden til den senere så berømte og velfungerende "koordinationsgruppe for voldsramte børn i Københavns amt".



*Figur 71. Årets julemand hed P.A. Krasilnikoff ind-sæt.*

Vestermark var en utrolig dygtig kliniker, der kun tog de absolut mest nødvendige prøver, og med en enorm viden om bl.a. epilepsi og sukkersyge, der lagde grunden til mange af de spændende initiativer, der senere prægede afdelingen. Disse initiativer blev med årene overtaget, udvidet og forfinet af yngre kræfter med nye ideer.

I årene omkring årtusindeskiftet skete der betydelige ændringer i afdelingen, hvor kreativiteten var stor.

I 1998 lykkedes det således at få sygehusledelsen til at fremsende 6 forskellige budgetudvidelsesforslag til politikerne omfattende behandlingstilbud til gravide narkomaner og deres børn, styrkelse af neonatalfunktionen med intensiv behandling og pleje af syge nyfødte, hjemtagning af børn med sukkersyge fra HS, etablere observationsafsnit, og permanent mor-barn afsnit under børneafdelingen, samt styrke børneafdelingens øvrige områder bl.a. på grund af det stigende børnetal, i alt ansøgninger for 19,3 mio.kr. Det lykkedes at få 2 mio.kr. til styrkelse af børneområdet generelt, hvoraf Gentofte fik 1/3. Der blev bevilget penge til gravide narkomaner og deres børn, og penge til drift af Dansk Register for Børne- og Ungediabetes.

Efterfølgende blev der efter en forsøgsperiode etableret et observationsafsnit til aflastning af døgnbetjente sengeafdelinger., og der blev etableret et permanent mor-barn afsnit, alt i alt en væsentlig bedre service og en væsentlig bedre udnyttelse af afdelingens resurser. Det lykkedes dog aldrig helt, at opfylde neonatalafsnittets behov for personaleresurser.

Center for handicappede CFH, Vangedehuse blev i år 2000 en integreret del af børneafdelingen og socialrådgiverne på sygehuset blev ansat under børneafdelingen (240-241).

Til at betjene de 6000 børn, der årligt blev henvist til indlæggelse og efterfølgende 10.000 ambulante kontroller havde børneafdelingen i år 2000 ansat over 195 venlige, dygtige, konstruktive, veluddannede og engagerede medarbejdere hvoraf 34,2 var læger, 120 sygeplejersker, SOSU og sygehjælpere, 23 sekretærer, 4 psykologer, 3 socialrådgivere, lærere, laboranter, diætister, praksiskonsulent og tolk, foruden den hjælp der kom fra andre afdelinger i form af fysioterapeuter, ergoterapeuter, portører, rengøringsfolk, elever mv.

Antallet af sengepladser var i 1985 82, i 1994 var tallet steget til 97 + 15 senge på sygehusafdelingen på Vangedehuse, der i det følgende årti blev reduceret til næsten det halve (60 senge i 2007).

Siden afdelingens start i 1965 med 2 fastansatte speciallæger og 2 yngre læger, steg lægestaben i 1985 til 17, heraf 4 som fastansatte overlæger, i 1994 til 31 læger, heraf 14 fastansatte speciallæger, og i 2000 34,2 læger, hvoraf de 16,5 var fastansatte speciallæger

Dygtige og initiativrige efterkommere formåede i et tværfagligt samarbejde at styrke den faglige position, især på områder som: Diabetes (professor Henrik B. Mortensen og overlæge Birthe Olsen), neuropædiatri som hovedpine hos børn, feberkrampe, Tourette syndrom, sjældnere syndromer og multihandicaptilstande (Finn Ursin Knudsen, Liselotte Skov, Bente Beck, Peter Bækgaard, Vibeke Faurholt Petersen, Helle Hjalgrim og mange flere), hvor afdelingen på disse specielle områder er den førende i landet.

Overlæge Stig Herman, der var neurolog af uddannelse, fungerede efter en årrække som overlæge og centerleder ved Center For Handicappede (CFH) på Vangedehuse, som børneneurolog ved børneafdelingen i Glostrup efter CFH i år 2000 var overflyttet til børneafdelingen i Glostrup.

Afdelingens neonatalafsnit dækkede (og dækker stadig) neonatologien i hele Københavns amt, dvs. at afdelingen modtog nyfødte børn fra fødeafdelingerne og fødeklinikkerne i Gentofte, Herlev og Glostrup. Det drejer sig om ca. 10 % af de ca. 8000 nyfødte børn, der årligt bliver født i Københavns amt.

Børneafdelingen har i mange år haft dagligt fremmøde på Herlev, dels til at vurdere de nyfødte, dels til akut tilkald ved risikofødsler. Vagtfunktionen bliver dækket af et vagtkorps administreret af børneafdelingen i Glostrup.

Efter i nogle år at have haft et midlertidigt mor-barn afsnit placeret i et samarbejde med Obstetrisk afdeling blev dette endeligt permanent i år 2000. Det nyetablerede mor-barn afsnit gav mulighed for, at mødre kunne overnatte sammen med deres syge nyfødte barn. Neonatalafsnittet var gennem 1990'erne blevet fagligt styrket betydeligt ved ansættelsen af Jens Hertel som overlæge for neonatalfunktionen, udvidelse af antallet af sengepladser,



indkøb af nyt overvågningsudstyr og indkøb af de første åbne kuvøser i Danmark. Jens Hertel der gennem hele sin ansættelse opretholdt en meget tæt kontakt med kollegerne på afd. GN, der bl.a. bevirkede, at afd. GN overtog respiratorbehandlingen af de relativt få nyfødte, hvor nasalCPAP ikke var tilstrækkelig. I 2005 efterfulgtes han af overlæge Erik Arthur Andersen.

*Figur 72. Moderne vugge*



Figur 73.  
Børneafdelingen, Glostrup. Festlig og farverig indkaldelse, tegnet af kunstneren John Andersen.

Behandling af børn med endokrinologiske lidelser, herunder vækstforstyrrelser, væksthormonmangel og væksthormon- behandling lå i mange år i hænderne på overlæge Knud W. Kastrup, som var pioner på dette område. Han havde i mange år ansvaret for indkøb og administration af det ret kostbare væksthormon. Kastrup blev ved sin pensionering i 2006 efterfulgt i en kortere periode af overlæge Peter Christiansen som i 2007 tiltrådte en overlægestilling på afsnittet for Vækst og Reproduktion på Rigshospitalet.

Ved benhårde forhandlinger, som led i de såkaldte ”6-mands bande” forhandlinger mellem Rigshospitalet, Københavns og Frederiksberg kommune, samt Københavns Amt, var det lykkedes for afdelingen at få lands-landsdelsstatus indenfor behandlingen af diabetes hos børn, godkendt af Sundhedsstyrelsen og efterhånden accepteret af børneafdelingerne i Gentofte, Hvidovre, Sundby og Rigshospitalet.

Steno Diabetes Center, privathospitalet ejet af Novofonden og med driftsoverenskomst med Københavns amt havde i årevis ydet en stor indsats indenfor behandlingen af børn, men var ved at blive overhalet indenom af teamet på Glostrup, hvor en stab af specialuddannede læger, sygeplejersker, psykologer, diætister, socialrådgivere, laboranter, øjnlæger, fodterapeuter, speciallærere (til uddannelse af personale og patienter) og forskere udelukkende beskæftigede sig med børn med sukkersyge, efterhånden mere end 300 børn fra det meste af Sjælland.

Jeg havde på det tidspunkt en patient gående i min konsultation, oprindeligt henvist for astma som i forløbet også udviklede behandlingskrævende epilepsi. Hun var i medicinsk behandling for begge sygdomme, men ethvert forsøg på henvisning til en børneafdeling var glippet. Forældrene ville udelukkende fortsætte kontrollen i speciallægepraksis.

Da hun efter nogle år også fik diabetes var der ingen vej udenom og hun blev med det samme henvist til Børneafdelingen i Glostrup, hvor hun kunne få alle 3 sygdomme behandlet samtidig på den samme afdeling, idet børneafdelingen havde ekspertise indenfor alle de tre områder.

Historien om at et barn med diabetes også kunne have andre behandlingskrævende sygdomme, der kunne kræve indlæggelse, overbeviste politikere og embedsmænd i Københavns amt, og da Steno hverken kunne indlægge børn akut eller behandle deres eventuelle andre sygdomme, blev denne patients historie medvirkende til at sukkersygebørnene fra Steno blev flyttet til Glostrup. Da hun var udvokset måtte også Børneafdelingen tage afsked med hende. Der skulle 3 forskellige sygehusafdelinger til for at få kontrolleret de 3 sygdomme, uforståeligt for både forældre og patient.

## Gilles de la Tourette syndrom

I 1982 skrev jeg som konsulent i Undervisningsministeriet sammen med talepædagogen Inga Nilsson den første vejledning om Gilles de la Tourette syndrom på dansk (212). Over en årrække opbyggede Finn Ursin Knudsen og i starten også jeg en betydelig erfaring i udredning og behandling af børn med "tourette syndrom" en tilstand med receptormangel i hjernen, der kan udløse de mest bizarre symptomer i form af ufrivillige bevægelser, og frække ord. Mange forældre har med taknemmelighed fået en diagnose på deres i skolens øjne "uartige barn, p.gr.a. manglende opdragelse".

En enkelt gang holdt jeg foredrag i Dansk Tourette forening, en speciel oplevelse på grund af mange verbale og motoriske aktiviteter hos tilhørerne. Touretteklinikken opnåede, støttet af patientforeningen lands-landsdelsfunktion for behandling af Tourette syndrom i barnealderen, dvs. kunne

modtage børn fra hele landet, i alt mere end 300 børn hvert år.

På baggrund af afdelingens neuropædiatriske aktiviteter blev den første ekspertuddannelsesstilling i neuropædiatri i Danmark oprettet i Glostrup, en treårig stilling besat i første periode af Liselotte Skov.



Figur 74. Første beskrivelse på dansk af Gilles de la Tourettes syndrom

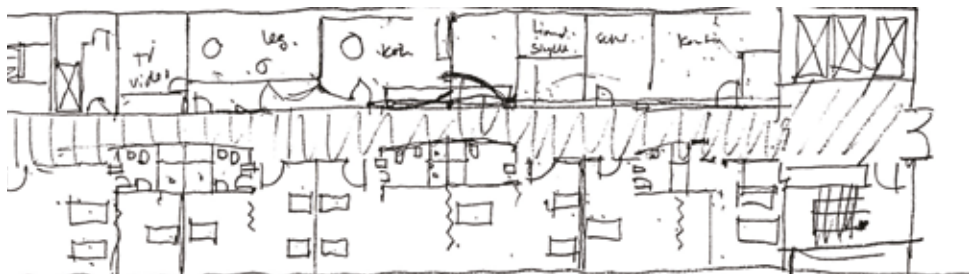
### *Det lykkedes: Servicemål*

På trods af travlhed medvirkede en god korpsånd til at opfylde amtets servicemål ganske godt. Servicemål som besked om indkaldelse til undersøgelse og behandling indenfor 7 dage, samt et skærpet servicemål om kortere ventetid ved alvorlige sygdomme opfyldtes 100 %. Ventetid i ambulatorierne højst 30 minutter i 95 % af tilfældene og udskrivningskort fremme hos familielægen inden 5 dage efter udskrivning 90 %. Tallene er fra 1998 og skal ses på baggrund af 2079 forbrugte sengedage, 10080 ambulante besøg og 5588 afsluttede patienter. diabetesteamet havde på det tidspunkt 193 patienter, i dag er tallet over 300 (213).

### *Personalepolitik og personalepleje*

Mens man på nogle sygehuse fyrede sygehjælpere eller fik dem forflyttet til andre afdelinger, efteruddannede man dem i stedet på Børneafdelingen i Glostrup og gav dem ansvar. De dygtige og engagerede socialrådgivere, som nogle steder var ugleset og ofte genstand for besparelser på sygehusafdelingerne, blev en fast del af børnehospitalets personale, ligesom lærerne, der i princippet var ansat og aflønnet af Glostrup kommune, gled ind i projekter og udviklingsopgaver i afdelingen på lige fod med andre uundværlige samarbejdspartnere som fysio- og ergoterapeuter, psykologer, diætister, laboranter, tale-høre-pædagoger, sygehjælpere og sygeplejersker.

En lille anerkendelse for den kæmpe indsats som disse medarbejdere ydede kunne være rødvin til jul, et aldeles ukendt fænomen på de fleste sygehusafdelinger, men for os en besked, men naturlig del af personaleplejen, også til de der kom dagligt i afdelingen og gjorde rent, var portører, eller fysio- og ergoterapeuterne, der behandlede børn. Rengøringspersonalet, den faste portør og terapeuterne var ansat på andre afdelinger, følte sig som en del af børneafdelingen, og fik selvfølgelig ligesom vores eget personale is på årets varmeste dag, en tradition jeg indførte ved at tage en køletaske fyldt med forskellige ispinde, indkøbt i "hele colli" i det lokale supermarked for egen regning og fordelt rundt på etagerne.



*Figur 75. Skitsetegning til modernisering af Børnehospitalet i Glostrup udført af arkitekt MAA Claus Francke i forbindelse med ansøgning om modernisering. Ca. år 2000.*



### *Amtsborgmesteren var medindlagt*

Magten og styringen af sundhedsvæsenet i Københavns amt havde efter Amtsborgmester Stockholm, i årevis frem til 1990, ligget i hænderne på den socialdemokratiske amtsborgmester Per Kålund. Kålund var lægesøn fra Hjørring og en dygtig politiker, der krævede meget af sine folk, men som også opnåede gode resultater og på mange måder bidrog til en positiv udvikling i en periode med stor stigning i befolkningens forventninger til hospitalsvæsenet.

Per Kålund var en amtsborgmester, der kendte sine lus på gangen. Myreflittigt fulgte han med i sygehusenes drift, og han kunne navnene på alle København amts overlæger, i hvert fald dem, der betød noget. Var der noget der ikke fungerede hev han fat i folk, her og nu, og af samme grund nægtede Glostrups inspektør i en årrække, at få installeret en fax på sit kontor, så Amtsborgmesteren altid kunne få fat i ham (214).

Per Kålund var gift og havde flere børn, der blev indlagt på børneafdelingen i Glostrup. Tilbudet til forældrene på den tid, hvis de ville overnatte hos deres syge barn om natten, var en drømmeseng indkøbt i Daells bolighus for private midler, og slået op om natten ved siden af barnets seng, hvis der ikke var så megen overbelægning, at dette var umuligt. Når en af Kålund's børn var indlagt, overnattede amtsborgmesteren derfor på en drømmeseng ved siden af sit syge barn, og ”fik nøjagtig den samme behandling, som enhver anden amtsborgmester ville have fået!!”.



*Figur 76. Amtsborgmester Per Kålund på besøg på Glostrup. Til højre børneafdelingens administrerende overlæge Karsten Kaas Ibsen*

Knapt så heldige var vi en vinter med stærk overbelægning. Først på natten blev et tyrkisk barn indlagt og moderen ønskede at overnatte hos sit syge barn. Da der senere på natten ikke var flere ledige stuer, blev et nyindlagt dansk barn med de samme symptomer, som det tyrkiske anbragt på samme stue. I dette tilfælde var det faderen, der ønskede at overnatte hos sit syge barn. Han blev derfor installeret på en anden drømmeseng ved siden af den nu trygt sovende tyrkiske mor. Da det tyrkiske barns far tidligt næste morgen kom

for at se til sit syge barn, fandt han sin kone sovende på en drømmeseng ved siden af en fremmed mand på en anden drømmeseng. Der gik lidt tid med at forklare den tyrkiske far det hensigtsmæssige i dette arrangement!!.

## **Her er vi dus.**

*Overlæge Erik Arthur Andersen husker om sin første ansættelse i Glostrup, marts 1973:*

Jeg begyndte som vikar for reservelæge på Børneafdelingen i Glostrup. Det var mit første rigtige lægejob efter eksamen, og jeg var både glad og spændt, da jeg begyndte. Børneafdelingen var næsten ny (på det tidspunkt kun 8 år gammel) og stemningen var meget positiv.

Som nu, var det også dengang en travl afdeling, men der var klare instrukser for langt de fleste almindelige sygdomme.

Sygdomsmønsteret var en del anderledes end i dag – og det var behandlingen også.

Der kom rigtigt mange børn med alverdens forgiftninger. De skulle primært have kobbersulfat, som var nydeligt indpakket i små breve. Hvis børnene ikke kastede op (og det gjorde de ofte ikke), skulle der gives en antidot, som jeg ikke husker hvad var, og hvis dette så heller ikke fungerede skulle børnene ventrikelaspireres.

Svært dårlige børn med gastroenteritis sås hyppigt og selvfølgelig fyldte de almindelige børnesygdomme, især mæslinger og parotitis, meget.

Serøs meningitis var ligeledes en hyppig diagnose – så hyppig, at der var helt almindeligt at lumbalpunktere flere børn i hver vagt. Når blot der var lymfocytær overvægt konkluderede man det drejede sig om ”serøs eller lymfocytær meningitis”, og så var der ikke andet at gøre end at vente.

En del af disse børn har utvivlsomt haft parotit-meningitis, for senere kom der et markant fald i antallet efter MFR vaccinationen blev indført.

At der også har været en del Borrelia infektioner er der næppe tvivl om, men denne infektion var slet ikke erkendt i 1973.

Jeg husker også tydeligt en 3-årig dreng, der også havde fået konstateret lymfocytær meningitis. Han kom sig ikke rigtigt og efter nogle dage fik han kramper. Overlæge Vestermark gennemgik journalen og bemærkede et spinalglukose på 0! Jo – drengen havde desværre tuberkuløs meningitis.

Neonatologien var præget af dårlige RDS børn, hvoraf mange havde helt hvide lunger – slet ikke som vi ser det i dag. De blev allerede dengang behandlet med Nasal-CPAP, og fik lagt navlevene- og navlearteriekatheter, med en nedre grænse ved 1000 g.

Tonen på afdelingen var åben og det var ved dekret blevet bestemt, at fra og med nytår 1973 skulle alle være dus. Dog gjaldt dette selvfølgelig ikke overfor forældrene!

At skulle sig ”du” til en overlæge var grænseoverskridende! Det var både svært og pinligt – og virkede helt unaturligt. Ved en morgen konference skulle jeg fortælle om et barn

der var henvist fra Overlæge Vesterdals privatpraksis på afdelingen. Jeg vendte og vendte formuleringen i hovedet for at se, om jeg kunne finde en udvej, hvor jeg hverken sagde ”De” eller ”du”, men det lykkedes ikke, så jeg sagde: ”Og så kom der en patient fra Deres privatklinik” – hvorpå Vesterdal venligt, men fast så på mig og sagde: ”Her på afdelingen er vi DUS !”.

Så var det slået fast, og efterhånden blev det også lettere, at sige det (215).



*Figur 77. Børnehospitalet i Vangede blev åbnet i 1966*

### **Børnehospitalet i Vangede**

Statens Åndssvageforsorg indviede i 1966 en ny centralinstitution Børnehospitalet i Vangede, som var den første nybyggede institution for udviklingshæmmede børn her i landet. Målet var ”med den rette

menneskelige holdning at give de svageste børn i samfundet den bedst mulige hjælp. Børnehospitalet var for børn, der var handicappede af åndssvaghed eller andre særlige vanskeligheder med hensyn til begavelse eller tilpasning.”(216-18)

Vangede var mere end et hospital, idet det også skulle fungere som skole, med undervisnings- og oplæringsfunktion. I lange perioder skulle Vangede fungere som et hjem for børnene, hvorfor området også blev kaldt for ”børneby”. Som noget dengang helt nyt blev der i planlægningsfasen allerede fra den første løse skitse knyttet en tæt forbindelse mellem byggeledelsen og børneafdelingens 4 ledere, ligesom der blev afholdt medarbejdermøder, så erfaringer fra den daglige omsorg med denne type børn, kunne komme planlægningen til gode.

Institutionen med sit 16.000 m<sup>2</sup> store etageareal havde fra starten plads til 325 børn med et pleje- og behandlingspersonale på 267 foruden servicepersonale på 28 personer og 80 omsorgselever. Til funktionen var der knyttet en ”afdeling for akut sygdom”, ved hospi-



*Figur 78. Børnebyen, børnehospitalet i Vangede*

talsmæssige plejebenhov, som komplicerede infektioner, svær lungebetændelse eller indlæggelse til specialundersøgelser.

Institutionen blev fra starten ledet af en direktion på 4 personer inspektør (økonomisk administrator), Jørgen Lenstrup som overlæge (medicinsk direktør), en socialleder (chefsocialrådgiver) og en undervisningsleder (uddannelsesdirektør). De i parentes anførte titler er de i indvielsekriftet anførte, direkte oversat fra engelsk.

Lægeafdelingen bestod af hospitalsmæssige faciliteter med 15 senge, ambulatorium med skadestue, operationsstue, røntgenapparatur, EEG rum og laboratorium, foruden øjenklinik, øreklubnik. Ud over de faste læger var der knyttet en stab af konsulenter.

Lægestaben ydede udadgående virksomhed til institutioner i Storkøbenhavn og på Bornholm til såvel specialskoler som specialbørnehaver. Vangede blev bygget på et tidspunkt, hvor der var stor tiltro til store institutioner i gode omgivelser.

Der var i alt 21 huse til beboelse for børn, men allerede efter få år måtte man i 1969 konstatere, at børnehospitalet var ved at sande til med voksne patienter. Det var meningen, at børnene, når de blev voksne (15-21 år), skulle videre til en vokseninstitution, men dette viste sig at være umuliggjort på grund af manglende pladser.

Fra 1980 overgik institutionen, ved ophævelsen af Statens Åndssvageforsorg, til Amterne, og institutionen skiftede navn til "Vangedehuse", Lægeafdelingen blev omdøbt til "Sygehusafdelingen for multihandicappede" og blev administrativt underlagt Amtssygehuset i Gentofte. I 1987 overførtes psykolog-, tandlæge- og sygeplejefunktionen samt laboratoriet til social- og sundhedsforvaltningen, mens lægerne nogle år senere blev knyttet til "stamafdelingerne" (213-214).

## Center for handicappede, øjenklinikken, og Statens Øjenklinik

I det nordlige København lå med få kilometers mellemrum 2 af Danmarks bedste børneøjneklinikker, specielt indrettet til børn og begge ledet af dygtige og engagerede øjenlæger, der vidste noget om og interesserede sig for børn.

### *Statens Øjenklinik*

var beliggende på Rygårdsalle i Hellerup, en statsinstitution for blinde og svagtseende, ledet af overlæge Thomas Rosenberg.

### *Øjenklinikken på Center For Handicappede (CFH), Vangedehuse,*

var beliggende i Vangede i den anden ende af Gentofte kommune, drevet af Københavns amt, og ledet af overlæge dr.med. Mette Warburg. Hun henvendte sig specielt til børn og voksne med generelle indlæringsproblemer f.eks. på grund af kromosomdefekter. Udover børn og unge fra Københavns Amt betjente klinikken borgere fra Københavns og Frederiksberg kommuner, ligesom der jævnlig var tilsyn til patienter på Bornholm og konsulentbesøg i andre amter.

Fra min ansættelse som institutionslæge ved Refsnæsskolen kendte jeg Thomas Rosenberg. Han kaldte sig selv ”opkomlingen fra Svendborg” idet han først var gået ud i praksis, for senere at vende tilbage til det offentlige, og glide ind i stillingen som chef for Statens Øjenklinik i Hellerup.

Statens Øjenklinik var ligesom Kennedy Centeret i Glostrup underlagt Socialministeriet og ikke Indenrigs- og sundhedsministeriet, som det øvrige sundhedsvæsen. Ved udlægningen af særforsoget til amterne, havde disse to institutioner ”klaret frisag”, og var forblevet i statsligt regi.

Begge klinikchefer var fremragende klinikere og undervisere.

Mette Warburg var ambitiøs på fagets vegne, videnskabelig skolet og myreflittig. Hun havde påtaget sig den svære opgave, at tale nogle af de svages sag, de svagsynede, der samtidig er svagtbegavede. Sammen med et par psykiatere, børnelæger, en neurolog og en lille stab af yngre læger sørgede de for lægebetjeningen af specialbørnehaver, specialskoler og andre institutioner knyttet til Børnehospitalet i Vangede. Øjenklinikken for handicappede flyttede senere også til Amtssygehuset i Glostrup, med delvist fælles lokaler med den lokale øjenklinik der i 2006 blev suppleret med hele øjenafdelingen fra Amtssygehuset i Herlev, mens Statens Øjenklinik næsten samtidig blev fusioneret med Kennedyinstituttet, og med Amtssygehuset i Glostrup som nærmeste nabo.

Til Vangedehuse var udover boinstitutionerne knyttet en lille sengeafdeling, hvor lægerne var ansat under sygehusdirektoratet en funktion oprindeligt uddelegeret til inspektøren for Amtssygehuset i Gentofte, mens plejepersonalet var ansat under Social- og sundhedsforvaltningen, begge i Københavns amt.

Intentionerne for sygehusafdelingen var gode, men med tiden havde meget ændret sig: Børn blev ikke længere anbragt på døgninstitutioner som små, men blev typisk boende i hjemmet til de blev voksne med forskellige former for støtte. Sygehussengebehovet var stærkt dalende, ligesom ”de rigtigt syge børn” med alvorlige infektioner, behov for f.eks CT og MR scanning eller operation blev indlagt på sygehusenes børneafdelinger, hvor alle de relevante tilbud var tilstede. Sengene blev i stadig højere grad brugt som aflastningspladser - en funktion, der fratog primærkommunerne deres ansvar for i lange perioder at finde det rigtige tilbud.

En forælder sagde en gang til mig, at det man manglede, som forældre til et handicappet barn ikke var de alt for mange fagpersoner med alt for lidt viden om de specielle behov, det pågældende barn havde, men en koordinator. Det forældrene havde brug for var nogle få fagpersoner med den rigtige ekspertviden koordineret af en enkelt person, der kendte området godt. Dette behov imødekom center for handicappede.

Center for handicappede blev senere flyttet til Amtssygehuset i Glostrup, efter at det lægelige ansvar for funktionen først i nogle år, havde været placeret på ”stamafdelingerne” i psykiatri, børnepsykiatri og pædiatri på Glostrup og for øjenfunktionen i Herlev. Med i overflytningen fulgte børneoverlægerne og specialuddannede eksperter, Bente Beck og Peter Bækgård som tidligere havde været ansat på børneafdelingerne i Næstved og Ålborg.

Overlæge Stig Herman var uddannet neurolog, og havde altid beskæftiget sig næsten udelukkende med børn. Efter nogen tovtrækkeri og efter selv at have ombestemt sig nogle gange, blev han efter eget ønske ansat i en neurologisk overlægestilling på børneafdelingen i Glostrup, vist nok første gang at en neurolog har haft en pædiatrisk overlægestilling.

Ledende overlæge dr.med. Karsten Hjelt fortæller, at børneafdelingen ud over nuværende hovedområder almen pædiatri: neuropædiatri, diabetes/endokrinologiske sygdomme, socialpædiatri og neonatologi, stiler mod at udbygge på regionsniveau stiler mod opbygning af et Child Protection Center, sætte fokus på indvandrere, der udgør en forholdsmæssig stor del af patienterne, samt sætte yderligere fokus på medicinsk kommunikation, undervisning og videreuddannelse.

Karsten Hjelt har været Ledende overlæge for Glostrup børneafd. i 5 år inklusiv Amager børneafdeling i 2 år, Medstifter og udvikler (formand i flere år) af interesseorganisationen Adoption og Samfund, herunder bidraget til ændringer i adoptionslovgivningen. Merkonom i ledelse og organisation.

Ledende overlæger og professorer efter Jørgen Vesterdal:

Ledende overlæge, dr.med. Karsten Hjelt efterfulgte 2003 ledende og administrerende overlæge fra 1988: Dr.med. Karsten Kaas Ibsen. Overlæge dr.med. Henrik Bindsbøl Mortensen professor siden 2003.

## **John F. Kennedy Institutet**

En vigtig samarbejdspartner for en del føde- og børneafdelinger var John F. Kennedy Institutet, ledet af professor, dr. med. Margaretha Mikkelsen og fra 1993 af professor, dr.med. Karen Brøndum Nielsen, et sektorforskningsinstitut under socialministeriet. Institutet blev oprettet for at opbygge erfaring om forebyggelse og behandling af kromosomale og metaboliske sygdomme, bl.a. phenylketonuri (PKU-test) med mulighed for at indlægge børn (og forældre) til diætinstruks og observation fra hele landet. Institutet havde en betydelig indtægtsdækket virksomhed. Institutet har været genstand for flere forsøg på fusion med den tilsvarende funktion på Rigshospitalet. Gennem en årrække har der været et tæt samarbejde mellem børnehospitalet i Glostrup og John F. Kennedy Institutet.

Ved DPS 427. møde i november 1968 var selskabet med bustransport taget til provinsen, nærmere bestemt Glostrup, hvor Kennedy Institutet blev præsenteret, bl.a. deres erfaringer med diætbehandling ved phenylketonuri.

Institutet blev oprettet efter mindeindsamlingen for USA's myrdede præsident John F. Kennedy, i 1964 og instituttet blev bygget på en af Statens Åndssvageforsorgs i 1961 erhvervede grunde nær Statshospitalet i Glostrup (det senere Nordvang) og Børnehospitalet, Amtssygehuset i Glostrup.

Institutet fusionerede i 2003 med Statens Øjenklinik under navnet Kennedy Institutet – Statens Øjenklinik (KISØ), nu kaldet Kennedy Centeret, et sektorforskningsinstitut under Ministeriet for Sundhed og Forskning.

## **Praktiserende børnelæge i Gentofte Helle Rotne erindr:**

Jeg havde aldrig troet, at jeg skulle blive praktiserende børnelæge, men de faste speciallægestillinger på sygehusene lod vente på sig i 1980'erne og pludselig fik jeg mulighed for at overtage Christian Uldall's børnelægepraksis i Hellerup. Jeg var i tvivl om, hvorvidt det var noget for mig, så vi fik etableret en generationsskifteordning, hvor jeg på Hvidovre Børneafdeling fik lov til at holde fri hver onsdag, i stedet for en rulleuge med 5 ugers mellemrum.

De følgende 2 år var jeg i praksis hver onsdag og der gik ikke lang tid, før jeg var klar over, at det var en måde at arbejde på, som jeg godt kunne lide. Jeg har aldrig været en ørn til forskningsarbejde og artikelskriveri, men til gengæld har jeg altid syntes, at det kliniske arbejde er spændende og udfordrende.

Efter 2 år sammen med Chr. Uldall åbnede jeg i 1989 min egen speciallæge praksis i en nedlagt købmandshandel. På det tidspunkt havde jeg været ansat på forskellige børneafdelinger igennem 15 år, og jeg havde derfor en god ballast til at stå på egne ben.

Jeg havde i tidernes morgen valgt at arbejde med børneastma og børneallergologi, og det er jo meget praksisrelevant. Alligevel turde jeg ikke tro på, at der ville være nok arbejde til at udfylde et fuldtidsjob. Den frygt blev hurtigt gjort til skamme. I løbet af et par år havde jeg rigeligt at se til.

Jeg var fra begyndelsen klar over, at det var nødvendigt at være fagligt a jour, men også at være udadvendt og aktiv og derfor sagde jeg ja til at være med i DBO's bestyrelse, hvilket medførte nogle oplevelser af politisk art, som jeg aldrig havde haft kendskab til tidligere.

Karsten Kaas Ibsen og jeg sad til overenskomstforhandlinger og var en smule benovede, men jeg husker, at vi fik gennemført nogle forbedringer i overenskomsten.

En god måde til at holde sig fagligt ajour er ved at undervise andre. Jeg har gennem årene holdt utallige foredrag i vuggestuer, børnehaver og i 12-mandsforeninger, og jeg underviser stadig i Lægeforeningens regi og på sundhedsplejerskeuddannelsen.

Da jeg ikke på tilfredsstillende måde har kunnet følge med i den faglige udvikling inden for alle områder af pædiatrien har jeg i årenes løb måttet lægge noget pædiatri fra mig, f.eks. epilepsibehandling.

Godt 70% af mine patienter henvises på grund af astma, høfeber, eczem og med mistanke om allergi og i den sammenhæng kan jeg godt følge med, så det holder jeg meget af.

De resterende ca. 30 % af patienterne kommer med alt muligt andet og netop det varierede klientel gør arbejdet spændende.

Når et nyt barn ankommer, så har jeg kun et stikord om, hvad sagen drejer sig om. Det stikord har forældrene selv sagt ved tidsbestillingen og det morsomme er, at det jævnligt slet ikke er det, som står på henvisningen fra egen læge men derimod, hvad forældrene selv er bekymrede for.

Sådan tror jeg, at alt børnelægearbejde er, men jeg har bestemt, at der skal være god tid til konsultationen, og så er det lettere at få ryddet misforståelser og bekymringer af vejen. Heldigvis fejler de fleste børn jo ikke ret meget, når det kommer til stykket.

Jeg har valgt at arbejde i konsultationen 4 dage ugentligt med i alt 33 konfrontationstimer. Jeg synes, at jeg er træt i hovedet, når dagen er omme. Jeg holder fri om onsdagen og det nyder jeg, fordi jeg så også kan nå at følge med i det kulturelle liv i byen. Jeg tror faktisk, at det også er til gavn for patientkontakten, at man kan tale med om lidt af hvert i samfundet.



Der er ikke endnu krav om, at vordende børnelæger skal ud i speciallægepraksis i løbet af speciallægeuddannelsen, men jeg synes selv, at det vil være naturligt, fordi arbejdet i speciallægepraksis er meget anderledes end hospitalsarbejdet.

*Figur 79. Allergologi har givet god omsætning i de fleste børnelægers speciallægepraksis*



Jeg har jævnligt besøg af praksisreservelæger, stud.med.er og såmænd også børnelæger. Ofte er de kun på besøg et par dage ad gangen, men jeg tror, at de synes om det. Jeg er glad for, at et par stykker siden har valgt at blive børnelæge.

Det er kun ganske få af de børn, som vi ser i speciallægepraksis, der skal viderehenvises til hospital, så det var jo morsomt, da en børnelæge gerne ville på besøg i klinikken for, som hun sagde, ”at se hvad der skete med børnene inden de kom på hospital”.

I løbet af de år, hvor jeg har arbejdet i speciallægepraksis, er børnelægepraksis i Danmark blevet befolket med yngre årgange, og jeg synes, at gruppen arbejder kompetent og vidende og jeg synes, at vi udgør en god sparringspartner til sygehusvæsenets børnelæger (219).

### **Praktiserende speciallæger i Københavns Amt i samme tidsperiode:**

Overlæge Jørgen Bent Andersen, Kgs.Lyngby:

efterfulgt af speciallæge Anne Bertelsen Secher, Kgs. Lyngby, begge: børneallergologi som interesseområde

speciallæge Helle Rotne overtog Christian Uldalls blandede pædiatriske praksis

overlæge Werner Pedersen, Hellerup: Børneallergologi

speciallæge Kirsten Inger Mygin Holtzer, Værløse: Børneneurologi

speciallæge Erling Lykkegård, Tåstrup: Fødevareallergi og DAMP

speciallæge Ulla Hesselbjerg, Rødovre centret: Almen pædiatri

afløste speciallæge Klaus Vollmond

speciallæge Marie Schultz børneneurolog efterfulgt af speciallæge Kern Olofsson, Hellerup

Herudover er der nyligt i Københavnsområdet startet en privat børnelægeklinik uden overenskomst med sygesikringen (speciallæge Inge Auk) og en børnelæge-lægevagt (bl.a. speciallæge Lone Lindholm), der kan tilkaldes akut, ligeledes uden overenskomst med sygesikringen.

### **Frederiksborg amt**

#### **Nordsjællands Hospital, Hillerød, Pædiatrisk Enhed**

*Tidligere Børneafdelingen, Hillerød sygehus*

Overlæge, dr.med. Erik Thamdrup (1919- ) var afdelingens første administrerende overlæge fra 1965 efter han i nogle år havde været assisterende overlæge på Fuglebakken. Han fortsatte dog som konsulent på den børne-endokrinologiske klinik på Fuglebakken og senere Hvidovre hospital helt frem til 1989, hvor han også forlod Hillerød, efterfulgt af sin medoverlæge siden 1973 overlæge, dr.med. Else Andersen (1934-), der har stået fadder til de vækstkurver, der anvendes de fleste steder. I disse år tog overlæge, dr.med. Jørgen Bent Andersen sig af allergologien i Hillerød, mens børneneurologien fra 1992 blev varetaget af overlæge, dr.med. Kirsten Lee (1941- ), efter hun i perioden 1987-1990 havde været medlem af folketinget. Hun blev senere leder af afdelingen. (administrerende overlæge ved børneafdelingen i Hil-

lerød 1990 - ). Det lykkedes hende at få Veluxfonden til at sponsere en betydelig del af omkostningerne til en gennemgribende og meget nødvendig modernisering. Ombygningen blev ledet af arkitekt Åse Eriksen, der tidligere havde arbejdet med børnevenlig indretning af institutioner. Åse begyndte med at lave en undersøgelse blandt patienter, deres familier og personalet for at finde ud af, hvordan afdelingen bedst skulle indrettes.

Inden ombygningen var færdig, rejste Kirsten Lee til en stilling på Rigshospitalet, og er i dag leder af Projekt Sund By i Københavns kommune. Kirsten Lee var i 2006-07 meget aktiv i kampen med tidligere amtsborgmester Vibeke Storm Rasmussen om formandskabet for Hovedstadsregionen og blev medlem af det første regionsråd i regionen. Selv om hun ikke blev formand har hun præget den sidste udvikling i områdets sundhedsplanlægning.

Det blev Kirsten Lee's efterfølger som ledende overlæge, dr.med. Ole Andersen (1946- ), der kom til at stå til ansvar for nogle budgetoverskridelser, der bevirkede, at både fondens og amtets pengekasser var smækket i, da afdelingen skulle købe gardiner. Afdelingen fremstod derfor i længere tid som en yderst moderne og visionært ombygget afdeling, men i starten uden gardiner.

Ombygningen af afdelingen stod på i fire år og kostede godt 36 mio.kr. Afdelingen råder i dag over 4000 kvadratmeter efter en udvidelse på næsten 1500 kvadratmeter til de 6000 akutte børn, der henvises til akut indlæggelse årligt. Ca. halvdelen af børnene sendes hjem igen uden indlæggelse, mens resten får mulighed for at opleve kunst på loftet til de sengeliggende børn, enestuer til små børn og deres familier, en cykelbane til trehjulede cykler, og dagligstuemøbler på sygestuer, i personalerum og fællesrum.

Som et kæmpe fremskridt er der plads til alle indlagte børn, også de nyfødte, nu kan have en forælder medindlagt, som i øvrigt har mulighed for at tilberede mad, kaffe og te på afdelingen. Hele ombygningsprocessen blev planlagt efter gode råd fra både børn, forældre og personale.

Næsten alle indlæggelser af børn i det tidligere Frederiksborg Amt foregår nu på børneafdelingen og ikke spredt på voksenafdelinger som tidligere.

Den nyrenoverede afdeling blev åbnet under stor bevågenhed af Dronning Ingrid, der under krigen havde åbnet det da nybyggede Hillerød Sygehus, og af den daværende amtsborgmester Lars Løkke Rasmussen, der senere blev indenrigs- og sundhedsminister, og kom til at stå for de store forandringer, der blev indvarslet med strukturreformens nedlæggelse af amterne og oprettelsen af de 5 regioner.

Ved oprettelse af funktionsbærende enheder skete der store omlæggelser af sundhedsvæsenet i amtet, men forandringerne var forholdsvis beskedne for børneafdelingen, der var den eneste i Nordsjælland. Opbygningen af tværfaglige teams har styrket det i forvejen gode tværfaglige samarbejde, og afdelingen har arbejdet meget med børn med psykosomatiske problemer, stress samt forsøg med at passe indlagte børn i deres eget hjem med tæt kontakt til erfarne børnesygeplejersker

### *Ledende overlæger:*

Dr.med. Ole Andersen lægechef frem til 2007, efterfulgte dr.med. Kirsten Lee, dr.med. Else Andersen og før dem dr.med. Erik Thamdrup. Jesper Andersen er i dag (2008) lægechef (221,222).

### *Praktiserende speciallæger i Frederiksborg amt*

To praktiserende speciallæger med fuldtidsydernumre blev placeret i Frederiksborg amt, i 1978 i Helsingør, med den flygelspillende musikalske Ragnhild Dissing og en hel del år senere i Frederikssund med den sejlbadsglade Jan Ulrik Secher, mens 2 mindre deltidspkaksis blev drevet af overlæge, dr.med. Erik Thamdrup på sygehuset i Hillerød og overlæge Kastrup i sit parcelhus i Birkerød. Thamdrup havde flere gange tilbudt Ragnhild Dissing, at han ville opgive sit ydernummer, hvis det påvirkede hendes muligheder for at leve af sin praksis. Ragnhild havde et stort hjerte for socialpædiatriske problemer og deltog ofte i uho-norerede møder på skoler og i kommunerne, et tidskrævende men meget tilfredsstillende arbejdsområde, som efterfølgeren Birgitte Marner fortsatte efter at have forladt stillingen som ledende overlæge på Amagers børneafdeling.

Kastrup havde et mindre antal fortrinsvis væksthæmmede børn, der havde behov for væksthormonbehandling. 10 år før han gik på pension fra sin overlægestilling, stoppede han med sin praksis, og følte det som lidt af en lettelse, ikke mindst på grund af det stigende arbejdspress på de specialeansvarlige overlæger på sygehusene. Han viste flere gange et udklip frem fra avisen (om lufthavnen), hvor der som overskrift stod, at ”Kastrup var overbelastet”, så det prøvede man så, at tage hensyn til i planlægningen af børneafdelingens daglige arbejde. Sin praksis overdrogede han til Anne Bertelsen Secher og opnåede senere fuldtidsydernr.

## **Bornholms amt**

Bornholms amt blev også en del af Region Hovedstaden. Det var landets mindste amt og det eneste uden en børneafdeling indenfor amtets grænser, men bestemt ikke uden speciallægetilbud. Den lokale pædiater Jens Løchte var ikke bare praktiserende speciallæge, men også konsulent for sygehusets administration, og indlagte børn inklusive fødefunktionen, og en overgang tillige skole- og kommunallæge for amtets kommuner. De alvorligst syge børn (f.eks. for tidlig fødte, alvorlige misdannelser, hjertesygdomme, kræftsygdomme) blev hurtigst muligt transporteret til Rigshospitalet i København, hvor den ambulante opfølgning også fandt sted, mens børn med nyopdaget diabetes blev behandlet og kontrolleret på Børnehospitalet i Glostrup.

Fra gammel tid havde bornholmerne haft en særordning for deres kronisk syge børn: Mange kom til ambulante undersøgelser på Rigshospitalet, og Bornholms amt betalte rejse for barn og forældre, og om regel blev der også tid til en shoppingtur i København inden turen atter gik hjem med færgen.

Center for Handicappede-Vangedehuse præsterede udgående service, hvor børnelæger, neurolog og øjenlægen Mette Warburg besøgte øen typisk 4 gange om året. Mette havde en sammenklappelig Øjenklinik, der kunne være i en kuffert, så selv ret avancerede undersøgelser kunne foretages på øen. Børneneurologen Stig Hermann havde af samme grund købt et sommerhus på øen. Da Bornholm i en årrække havde fået en overordentlig god og billig service fra Københavns amt, lykkedes det os ved forhandlinger på amtsgården i Rønne at rette lidt op på regnskabet.

Praktiserende speciallæge Jens Løchte var i en menneskealder eneste børnelæge på Bornholm, og blev omkring årtusindskiftet afløst af Jürgen Maurice Schwarzenburg.

# Kapitel 11

## Region Sjælland

*Omfatter det tidligere Roskilde, Vestsjællands og Storstrøms Amt*

### **Roskilde Amt**

#### **Roskilde Amtssygehus, børneafdelingen**

Overlæge Henrik Sardemann (1937- ) spillede klarinet og ledede som eneoverlæge fra 1976 den i starten ret lille afdeling, der voksede støt til 45 senge i takt med udbygningen af boligområderne i amtet. Det lykkedes endelig i 1985, at få en medoverlæge, Birgitte Friis (1938-). Efter en årrække som administrerende overlæge overdrog han hvervet til sin næsten jævnaldrende medoverlæge, mens han fortsatte som overlæge på afdelingen, en på det tidspunkt (og vel stadig) ret utraditionel handling. Stillingen er senere overtaget af Inger Bendtson Falch. Udbygningen af afdelingen betød ansættelse af flere (vagtbærende) overlæger, bl.a. Birgitte Scherling, en sand kunstner med en skitseblok i hånden.

Lægerne betjente udover fødefunktionen i Roskilde også fødeafdelingen på RASK (Roskilde Amts Sygehus Køge)

Redaktøren Karsten Kaas Ibsen husker fra sin ansættelse i Roskilde:

Da jeg i 1982 kom til børneafdelingen i Roskilde, et af landets mindre amter med 1 børneafdeling, fandtes der ikke noget formelt samarbejde mellem sygehusafdelingen på amtssygehuset, og de amtslige forvaltninger socialforvaltningen og kulturel forvaltning, den sidste ansvarlig for bl.a. skoletilbud.

Man skrev til hinanden, på trods af, at sygehuset lå på den ene side af vejen og Amtsgården med forvaltningerne lige ovre på den anden side af samme vej. En dag gik jeg over på den anden side af vejen, og dette blev første skridt til etableringen af amtets tværfaglige handicapteam med én koordinator (223).

Hver faggruppe socialrådgivere, såvel kommunal som amtskommunal, fysio- og ergoterapeuter, psykologer, børnelæger, såvel praktiserende som ekspertuddannede sygehuslæger, familiens egen læge, diætister, tale-hørepedagog, speciallærer og sundhedsplejerske, kunne alle bidrage med hjælp og støtte indenfor hver sit felt, men forældrene kunne slet ikke styre de mange informationer og gode ideer, specielt ikke hvis der var en lille smule forskel på, hvordan og på hvilken måde viden blev kanaliseret på til forældrene. Derfor var en koordinator, som forældrene havde tillid til så vigtig.

Da Nicolai's far Poul Ellerbæk havde været til kontrol med den dengang 1-2 årige handicappede Nicolai, og minutiøst skrevet alle de informationer ned, han havde fået fra forskellige fagfolk, blev vi enige om, en gang om måneden at mødes i hans køkken og skrive bogen "Nicolai - hvad nu?", om en "handicappet families" oplevelser (169).

## **Praktiserende børnelæger i Roskilde amt**

I en relativ ung alder etablerede den rideglade Erik Lykkegård (1941-) i 1978 praksis i Roskilde, i starten suppleret med indtægter som speciallægekonsulent ved skolen i Dr. Louisegården, en specialskole indrettet i det gamle børnehospital, mens hans storebror Erling Lykkegård (1938-) først i 1986 startede sin praksis nogle få kilometer væk i Tåstrup (Københavns amt). Begge havde særlig interesse i fødevareallergi og vurdering af DAMPbørn.

Erik mødte troligt op jævnligt på børneafdelingen og deltog i fredagskonferencen ofte medbringende papirerne på en spændende patient, han havde set i sin praksis.

Køgeområdet i den sydlige del af amtet blev dækket af den allergiinteresserede Poul Busch. Hans praksis blev senere overtaget af den børneurologisk interesserede Anita Hansen.

Det 3. ydernummer i amtet tilhørte i 1980'erne H. Kejser-Nielsen, men dette blev meget sjældent brugt. Den ældre herre ønskede at bevare sit ydernummer, på trods af flere yngre kollegers forsøg på overtagelse. Ydernummeret blev senere inddraget af amtet, da der i årevis ikke havde været nogen omsætning af betydning.

## **Vestsjællands amt**

Børneafdelingen Region Sjælland, Sygehus Vest, tidl. Holbæk Centralsygehus

Centralsygehuset i Holbæk husede amtets børneafdeling, fra 1992- 2003 ledet af overlæge, dr.med. Karsten Hjelt (1947- ), søn af generaldirektør for DSB Poul Hjelt, så det var en familie, der kunne sætte tingene på skinner. Efter at have kørt fra hjemmet i Birkerød til Holbæk dagligt i en årrække, søgte han i 2003 nye og større udfordringer i Glostrup.

### *Ledende overlæge og professor*

Ledende overlæge 1970-74 Kristine Hauge Kristensen, fra 1974-1994 Timo Klinge, fra 1997 Karsten Hjelt og fra 2003 Jan Færk (1959- ). Professor, dr. med. Henrik Verder.

## **Slagelse sygehus, børneafdelingen**

Vestsjællands amt havde i 1968 åbnet en mindre børneafdeling i Slagelse, med Else Mortensen som overlæge. Afdelingen blev nedlagt i 1984 og erstattet af et børneafsnit på Slagelse sygehus.

## **Kysthospitalet på Refsnæs**

Kysthospitalet på Refsnæs, drevet af Rigshospitalet, socialpædiatrisk ambulatorium med overlæge Svend Heinild som daglig leder, afløst af Bent Zachau-Christiansen, se under Rigshospitalet.

## **Refsnæsskolen**

Refsnæsskolen-”Institut for Blinde og Svagtseende Børn og Unge i Danmark ” med amtsborgmestersonnen Keld Stockholm som leder og en fremragende koordinator af de forskellige fagfolk. Øjenlægefunktionen blev varetaget af den daværende chef for Statens Øjenklinik overlæge, dr. med. Thomas Rosenberg og med børnelæge dr. med. Karsten Kaas Ibsen som Institutionslæge, fra 1985-88 afløst af overlæge Søren Anker Petersen, Hvidovre.

Den sydlige del af amtet ligger nærmere Næstved end Holbæk, hvorfor en del børnefamilier foretrak Næstved efter der sidst i århundredet var etableret frit sygehusvalg.

## **Storstrøms amt:**

Et arealmæssigt meget udstrakt amt med en relativ lav befolkningstæthed. På trods af dette har der siden pædiatriens barndom været 2 børneafdelinger, et fænomen der ellers kun forekom i de store sygehusvæsenere med universitetsfunktion.

I årevis diskuteredes hvilket af sygehusene, der var hovedsygehuset: Næstved eller Nykøbing Falster sygehus. Næstved Sygehus havde den åbenlys fordel, at man kunne bo i Storkøbenhavn og arbejde i Næstved, da såvel togforbindelserne som vejnettet var velfungerende.

## **Sygehus Syd Næstved, Børneafdelingen,**

*Tidligere børneafdelingen, Centralsygehuset i Næstved.*

Dr.med. Olaf Steinicke var fra 1967 til 1990 ene overlæge, men med god hjælp fra nogle meget selvstændige 1. reservelæger. Foruden sin overlægestilling var han visitator for Julemærkefonden, og startede bilen op én gang om ugen, for at visitere børnene på kontoret i Brolæggerstræde indtil han i 1990 trak sig tilbage og overlod funktionen til Karsten Kaas Ibsen, Glostrup.

Efter Steinicke har overlæge, dr.med Ole Andersen og overlæge, dr.med. Søren Krabbe i en årrække taget turen daglig til Næstved.

Overlæge Carsten Vrangs erindringer fra sin første ansættelse i 1976:

Carsten Vrang havde lige fået sin B - autorisation efter rotationsstilling på Ringsted og Dianalund Sygehuse, da han som nyansat 27-årig vikar for reservelæge blev passioneret børnelæge gennem sit møde med pædiatrien på Næstved Sygehus i 1976, hvor han tabte mit hjerte til Børneafdelingen. I 2007 har han været Lægelig chef for Børneafdelingen Storstrømmens Sygehus i 3 år og er på vej ind i Region Sjælland Sygehus Syd.

Morgenkonference hos overlæge Steinicke. Afdelingens læger mødtes på kontoret. Der var tæt af tobaksrøg og havde man ikke selv en cigaret tilbød overlægen en Kings. Kontoret havde plads til en sofa, hvor staben samles. Om onsdagen lå overlægens puddelhund i sofaen. Overlægekontoret var med garderobe, toilet og dør til afdelingens ene undersøgelsesrum.

Det anvendtes om formiddagen til ambulatorium om eftermiddagen mulighed for privat praksis. Der var ansat én 1. reservelæge der sammen med den oprykkede reservelæge gik i to-skiftet tilkaldevagt, tre reservelæger gik i bunden vagt. Ville man være børnelæge blev man typisk rykket op som bagvagt efter 6 måneder.

Overlægen læste alle journaler op og satte røde streger og gav feed-back, indimellem temmelig kontant til de få kvindelige kolleger der var ansat.

To 1. reservelæger slog sig ned som praktiserende børnelæger i Næstved de efterfølgende år.

Børn var ofte indlagt i op til flere uger. Der var 54 sengepladser og forældrene var ikke medindlagt – børnene skulle være raske, og de nyfødte veje over 2500 gram inden de blev udskrevet.

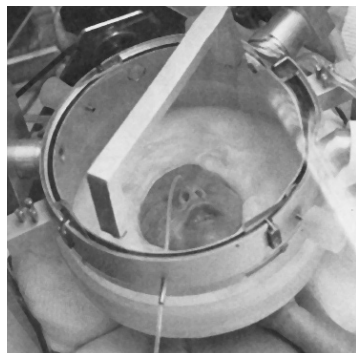
Af særlige kendetegn i min optik for Næstved Børneafdeling dengang vil jeg kort omtale nogle få særlige kendetegn ved afdelingen.

Overlægen havde skrevet disputats om og pylorusstenose, og behandlingen af denne tilstand var helt opdateret. De klassiske symptomer blev her suppleret med røntgen kontrast undersøgelse, som var udviklet til perfektionisme. Røntgenkolleger havde forstået den rette kontrast konsistens og volumen – de rette vinkler – vending af barn så den typiske knækkede haveparasol lod sig fremstille. Vi justerede væsketilførsel med drop og den følgende dag kunne den kirurgiske Overlæge Egon Larsen operere ”pyllen” med sit ”gyldne snit” han havde lært på Rigshospitalet. Muskelknuden der føltes som en daddel skulle gennemskæres på langs så slimhinden kvælede op. Efter at have fået væske efter specielt pylleskema de næste par dage var barnet helbredt – et mirakel for forældrene.

Middagskonferencen blev holdt på afdelingen, hvor der i rummet var en moderne telefon. Overlægen ringede op til sine Københavnske kolleger for at drøfte en patient og drejede røret 90 gr. hvorved der kom medhør. Nu kunne vi unge høre eksperterne konferere – meget lærerigt.

#### *Ny teknologi: Respiratorisk distress hos nyfødte*

Børneafdelingen havde et eksemplarisk samarbejde med anæstesiaafdelingen, som var helt med fremme i implementering af vejrtrækningsunderstøttende behandling af nyfødte.



I begyndelse af halvfjerdserne var en anæstesilæge på Lund for at lære at behandle med ansigtskammer. Som det fremgår af illustrationen skulle barnet ligge meget fikseret, og have ansigtskammeret – en slags dykker-

*Figur 80. Ansigtskammer anvendt som CPAP behandling, Næstved 1976.*



klokke – anbragt og fikseret i en ring af Krøyerkugler til ansigtet. Overtryk i kammeret virkede på samme måde som nutidens Continuous Positive Air Pressure (CPAP). Pasning var umådelig vanskelig og ethvert gylp førte til åbning af glaslågen.

Ben-Venistes ventil blev opfundet af narkoselægen Daniel Benveniste på Nykøbing Falster sygehus (225) og indført derfra og med anæstesioverlægerne Anne Holten Jensen og Jørgen Bay udvikledes nye og meget bedre måder at give CPAP på.

Et choledocusdræn kunne klippes op og påsættes BV – ventilen, hvorved der skabtes et bi-nasalkateter. Enkeltløbet afskåret tube blev også anvendt som mononasalkateter tilbage i 1973.



En anden lokal opfindelse var trykstyret respirator via BV-ventilen. Et Y-rør før BV-ventilen blev forsynet dels fra mixet luft fra flowmeter dels fra volumenstyret respirator. Noget specielt

*Figur 81. Næstveds specielle BV-ventil*

i Næstved var at den del af BV ventilen der sad på tuben eller nasalkateter var påsat et lille rør der ved påsat sugekateter førte til manometer. Således havde man hele tiden check på trykket, hvad enten det var CPAP eller respirator med PEEP (her lig CPAP)

Efter overlæge, dr.med. Oluf Steinicke fulgte som ledende overlæger i Næstved dr.med. Søren Krabbe, Anna Mourier Berg og i dag Carsten Vrang.

### **Storstrøm sygehus, Nykøbing F. Børneafdelingen**

Storstrøms amts anden børneafdeling finder man i Nykøbing på Falster.

Erik Arthur Andersen havde hele familien med, da han efter flere perioder i Saudiarabien i 1993 tiltrådte stillingen som ledende overlæge i Nykøbing, samtidig med, at ægtefællen startede i almen praksis. I en periode fra 2003 til 2004 var han lægechef for begge børneafdelinger i amtet. Efter en kortere ansættelse i Norge og et par måneders efteruddannelse på afd. GN tiltrådte han stillingen som overlæge med ansvar for neonatologien i Glostrup i 2007.



*Figur 82. Jørgen Kringelbach var overlæge i Nykøbing Falster 1957-1980*

#### *Meningitis i Nykøbing Falster:*

Når et barn var mistænkt for meningitis, så ringede man fra sygehuset til jernbanestationen og meddelte, at en prøve var på vej. Så holdt togføreren toget tilbage indtil en medarbejder på cykel fik afleveret den nys tagne lumbalpunktur. I København blev prøven bragt til Serum-instituttet (som var blevet adviseret pr telefon), og når prøven var mikroskopert blev svaret ringet til børneafdelingen i Nykøbing F.

Overlæge Erik Arthur Andersen planlagde at overtage neonatologien i Københavns Amt på Glostrup, og tog derfor nogle måneders efteruddannelse i 2006 på afd. GN, Rigshospitalet. Lise Bjerglund er i dag ledende overlæge i Nykøbing (224,225).

#### **Speciallægepraksis Storstrøms amt**

Flemming Holck havde en meget stor heltidspraksis, mens Kirsten Stelling en overgang supplerede indtægterne fra sin praksis i Næstved med en ansættelse som skolelæge. Flemming var en af de få børnelæger, som havde en godkendt aftale med sygesikringen om også at få betaling for at udrede og behandle voksne patienter. Flemming prøvede bevidst at begrænse de voksne patienter til ca. 20% af sin aktivitet. Muligheden for egentlig familieudredning synes oplagt. I den nordlige del af amtet blev allergologi så til gengæld i mange år udøvet på både børn og voksne af en intern mediciner i Faxe. Flemming praksis videreføres af speciallæge Birgitte Frederiksen, Videbæk.

## Kolonien Filadelfia, Epilepsisygehuset og børnehospitalet Dianalund

Filadelfia er et privatejet specialsygehus for observation og behandling af epilepsi, blev indviet i 1955 som specialbørnehospital til observation og behandling af børn med epilepsi, men også ”et hjem, hvor børnene skulle kunne få et roligt regelmæssigt liv og føle sig trygge og glade mellem venlige mennesker” (226).



Figur 83. Børnehospitalet Filadelfia, Dianalund

Børnehospitalet indgår i kolonien Filadelfia. Opførelsen var tegn på, at vigtigheden af et tidligt indgreb nu var erkendt. ”For overlæge H.P.Stubbe-Teglbjærg var børnehospitalet en hjertesag. Han elskede børnene. Når han gik stuegang flokkedes børnene om ham, og han tog sig tid til at snakke med hver enkelt,” skriver Bjørn Hamre i Filadelfias 100 års jubilæumsskrift i 1997. Ved Stubbe-Teglbjærgs død i 1959, blev hans efterfølgere neurologerne Jørgen Danielsen, Ingrid Bruun og senere i 1988 Jørgen Alving. Først i 1990 blev Peter Uldall ansat som den første pædiatriske overlæge, senere Jette Buchholt, begge som ene overlæger.



I en årrække blev funktionen mest brugt af pædiatere til langtids-EEG-undersøgelser. Pædiatere ansat som overlæger i 2007 er Helene Hjalgrim, Karen Dannemann og Susanne Holst Ravn.

Figur 84. Børnehospitalet på Filadelfia. Fra indvielsen i 1955, til venstre Dronning Ingrid, til højre overlæge Stubbe-Teglbjærg



## Kapitel 12

# Region Syddanmark

*Omfatter de tidligere Fyn, Sønderjylland og Ribe amter.*

### **Fyns amt**

### **Børneafdeling H, Odense Universitetshospital**

Den 30. juni 1899 åbnedes Odense Børnehospital, det første børnehospital uden for København. I 1951 blev Børnehospitalet inddraget i Odense Amts og Bys Sygehus administrative regi og i 1967 blev Børneafdelingen flyttet til sygehusterrænet på Sdr. Boulevard beliggende midt i Universitetshospitalet.

Den 30. juni 1999 kunne afdelingen således fejre 100 års jubilæum, hvor der blev afholdt en reception i et telt, som i dagens anledning var rejst i en af Børneafdelingens dejlige gårdhaver mellem to af børneafsnittene. Ved den lejlighed blev der holdt taler af blandt andet amtsborgmesteren, og specialeansvarlig overlæge for børneendokrinologi dr. med. Bendt Brock Jacobsen holdt et spændende indlæg om Børnehospitalets 100-årige historie (227).

Fra slutningen af 1960'erne har Børneafdelingen været en universitetsafdeling, og i 1970 blev dr. med. Poul Kildeberg ansat som overlæge og professor og senere også administrerende overlæge. Da der i det fynske sygehusvæsen i slutning af 1980'erne indførtes fælles afdelingsledelser bestående af en oversygeplejerske og en administrerende overlæge udgjorde Poul Kildeberg sammen med oversygeplejerske Margit Gam afdelingsledelsen for børneafdelingen. Senere blev oversygeplejerske Margit Gam afløst af oversygeplejerske Britta Skov Jensen i 1991 og fra 1993 har afdelingsledelsen for Børneafdelingen bestået af oversygeplejerske Britta Skov Jensen og overlæge dr. med. Arne Høst, som fra 1988-1993 havde været overlæge ved Børneafdelingen i Sønderborg. Professor Poul Kildeberg fratrådte i 1999, og i 2000 blev overlæge dr. med. Steffen Husby udnævnt til professor.

### *Udvikling*

Børneafdelingen består i dag af 7 børneafsnit, heraf 3 neonatalafsnit (hvoraf 1 er neonatal intensivafsnit), 1 børnehæmatologisk /onkologisk afsnit, 1 afsnit for akutte pædiatriske lidelser, 1 afsnit for kroniske lidelser, 1 børnekirurgisk afsnit samt en børnemodtagelse og en hertil knyttet børnehjemmeplejeordning, hvor pædiatriske specialsygeplejersker tilser og behandler patienter i hjemmene. I børneambulatoriet varetages almen pædiatriske opgaver og en lang række pædiatriske subspecialer.

Nøgletal vedr. 2006 viser ca. 10.000 indlæggelser, 15.000 ambulante besøg, heraf 5.000 nyhenviste, ca. 30.000 senge dage.

Der er over en 14-årig periode sket nærmest en fordobling af lægestaben og en 4-5-dobling af speciallægestaben. I samme periode er der sket en fordobling af aktiviteten både hvad angår indlæggelser og ambulante forløb og udredninger. Denne udvikling afspejler dels en stigning i børnetallet i Danmark og ikke mindst udviklingen inden for en lang række pædiatriske ekspertområder/fagområder, hvor den faglige udvikling har medført forbedret behandling af flere sygdomme hos børn, længere behandlingsforløb og en bedre overlevelse. Samtidigt med denne udvikling i de vestlige industrialiserede lande, er der sket en kraftig stigning i livstilsbetingede/livstilsrelaterede sygdomme, som f.eks. overvægt og til dels astma og allergi, hvilket også har medført et kraftigt øget behandlingsbehov.

Fagområder/ekspertområder og samarbejdsrelationer

Afdelingen dækker på overlægeniveau følgende fagområder (tidligere ekspertområder):

Endokrinologi/Diabetes

Gastroenterologi/Hepatologi/Ernæring

Børnekardiologi

Nefrologi

Neonatologi

Børneneurologi

Onkologi/hæmatologi

Allergologi/Pulmonologi

Immundefektsygdomme/Infektionsmedicin

Social pædiatri

Børnereumatologi

Inden for alle de nævnte fagområder er der oprettet tværfaglige teams bestående af overlæge/speciallæge/ynge læge/sygeplejersker/medlem af anden faggruppe og tilsvarende specialambulatorier. I samarbejde med de øvrige børneafdelinger i Region Syddanmark er der oprettet et regionalt pædiatriudvalg og fælles fagudvalg inden for alle de pædiatriske fagområder med deltagelse af repræsentanter fra alle børneafdelingerne i Regionen. De fælles fagudvalg har udviklet retningslinier for visitation og opgavedeling samt samarbejdet omkring forskning og uddannelse.

Vedr. fagområdeuddannelse af yngre læger samarbejdes med såvel Århus Universitets-sygehus som Københavns Universitets afdelinger. Endvidere er der med Århus Universitets-sygehus og Ålborg Sygehus indgået en vstdansk pædiatriaftale omkring samarbejdet inden for børnekardiologi, børnekirurgi, børneonkologi/hæmatologi og børneneurologi/nyretransplantationer.

### *Forskning og udvikling*

Den pædiatriske forskningsenhed ledes af forskningsleder professor Steffen Husby og forskningsudvalget består af 6 kliniske lektorer og 2 forskningslektorer.

Forskningsenheden har i dag 5 Ph.d.-studerende heraf 2 i samarbejde med Allergicentret.

De forskningsmæssige hovedområder er:

Livsstilssygdomme hos børn som overvægt/fedme og betydning af fysisk aktivitet.

Allergiske sygdomme og astma

Sygdomme hos nyfødte

Medfødte og neonatale forstyrrelser i sukkerstofskiftet

Medfødte malformationer/misdannelser

Endokrinologi/Diabetes

Sygdomme i mave- og tarmkanal (cøliaki, tarmsvigt, afføringsforstyrrelser)

Adfærds- og koncentrationsproblemer hos børn

Der er iværksat forskningsprojekter inden for en række indbyrdes forbundne felter, og flere af disse projekter foregår i et tæt samarbejde i regional og national regi.



*Figur 85. Steffen Husbys første konference i Odense i 2000 som professor. Arne Høst sidder og leder, Steffen og Jens Kamper for bordenden. Bent Brock Jacobsen og Hans Ole Christensen på langsiden. I vindueskarmen til venstre overlæge Niels Carlsen.*

### *Uddannelse af lægestuderende*

Afdelingen er pædiatrisk undervisningsklinik ved Syddansk Universitet, hvor der årligt uddannes ca. 150 lægestuderende. Endvidere bidrager afdelingen til postgraduat undervisning i eget og andre specialer med stillinger i alle niveauer i henhold til videreuddannelsesreformen.

### *H. C. Andersen Børnehospital*

I 2003 startede planlægningen af det nye H. C. Andersen Børnehospital, som er en geografisk og funktionel samling af de funktioner, der vedrører diagnostik, behandling og pleje af syge børn. Børnehospitalet etableres som en selvstændig enhed, der er integreret i det store Universitetshospital i tæt samarbejde med de parakliniske enheder og relevante voksenspecialer.

Udover en nybygning og en nyindretning af en stor Børnemodtagelse bliver der også foretaget en omfattende reovering af de eksisterende børneafsnit. Desuden får Børnehospitalet sin egen indgang, hvorfra en Eventyrgang med H. C. Andersen motiver bliver forbindelsesaare mellem de forskellige afsnit, som ligger i stueplan med gårdhaver mellem afsnittene. Hensigten er at skabe et stimulerende miljø, hvor børn og forældre kan være sammen i familievenlige omgivelser.

Derfor bliver størstedelen af sengestuerne indrettet som enestuer, hvor en af forældrene kan overnatte sammen med barnet. Endvidere bliver der til forældre til meget syge børn skabt særlige faciliteter, så forældre og søskende kan flytte ind og være i nærheden af barnet.

Der bliver endvidere på alle stuer oprettet trådløs IT, så forældre kan etablere en slags hjemmearbejdsplads og ligeledes via Internettet kan børnene besøge dyrene i Odense ZOO og Zoologisk Museum (Naturama i Svendborg), som H. C. Andersen Børnehospitalet samarbejder med.

Ved den geografiske sammenlægning af funktioner tilgodeses tværfaglighed, forskning, udvikling, samarbejde, kommunikation, funktionalitet og overskuelighed for både børn, pårørende og personale. (227,228)

Ledende overlæge dr.med. Arne Høst. Professorer: Dr.med. Steffen Husby og dr.med. Søren Petersen.

## **Sønderjyllands amt**

### *Børneafdelingen, Sønderborg sygehus*

Der blev først oprettet børneafdelinger ved hovedsygehusene, men efterhånden også ved mindre sygehuse, og i 1972 kom også Viborg og Sønderjyllands amt med som de sidste i Jylland.

Afdelingen i Sønderborg blev startet med ansættelsen af overlæge Karl Anders Hove 1. februar 1972, men først i 1975 blev en selvstændig børneafdeling indrettet, idet de medicinske senge og sengene på Kongevejs Hospital blev tilbageleveret efter i nogle år at have



tjent som børnesenge. Afdelingen bestod i starten af et sengeafsnit afd. 41 med plads til 18 børn, foruden et præmaturafsnit. De første 6 år var Hove eneste speciallæge, suppleret af en 1. reservelæge og 2 reservelæger, der havde fællesvagt med neurologisk afdeling.

Efter i nogle år at have fungeret under meget snævre rammer, fik afdelingen i 1985 oprettet noget ganske enestående for den tid, et mor-barn afsnit med 8 mødre senge og 14 kuvøse-vuggepladser. I 1987 blev afdelingen for de større børn flyttet og udvidet med et 5 døgn afsnit med plads til 10 senge, fortrinsvis til indkaldte børn. Herudover rådede afdelingen over et akut modtageafsnit med 14 pladser foruden de 5 isolationsstuer. Indlæggelse tallet midt i 1990'erne lå ret konstant omkring 2200 indlagte børn pr. år, foruden næsten lige så mange forældre.

I 1981 blev Niels Christian Christensen ansat som overlæge, efter en solid uddannelse bl.a. på afd. GN og overtog og oprustede naturligt neonatologien, mens Arne Høst erstattede Hove i 1987. Arne udviklede med stor energi og dygtighed allergologien, og arbejdet blev lige så energisk videreført fra 1993 af Susanne Halken, da Arne Høst rejste til Odense. I 1989 blev Bente Hamburg-Petersen ansat til at varetage børneneurologien og handicapområdet. Afdelingens overlægestab blev i 1994 udvidet med 2 vagtbærende overlæger.

Børneafdelingen i Sønderborg har specielt markeret sig forskningsmæssigt indenfor allergologi, børnediabetes og neonatologi. Ledende overlæge er i dag Bente Hamburg-Petersen.

Erindringer fra midten af 1990'erne,

hvor redaktøren besøgte afdelingen i Sønderborg en varm sommerdag:

Jeg var den sommer i Sønderjylland i forbindelse med nogle forsøg vi kørte med korterevarende sommerophold på julemærkehjemmet i Kollund.

Lederen af børneafdelingen var på det tidspunkt Niels Christian Christensen, som jeg kendte fra hans tid som formand for DPS, hvor jeg i nogle år havde deltaget i bestyrelsesarbejdet i min egenskab af formand for DBO, Danske Børnelægers Organisation. På trods af stor geografisk afstand mødte han altid op til møderne, der altid blev holdt på Rigshospitalet i god tid, pinligt velforberedt på trods af en kæmpe stak af bilag til de ofte mere end 20 punkter på dagsordenen.

Ved mit besøg i Sønderborg blev jeg ved deres konference præsenteret for "sommerbemandingen", der udover overlægerne bestod af et par tysktalende læger fra Tyskland og Polen, en skandinavisk talende nordmand og så var der vist også en enkelt jysktalende jyde fra Jylland. Det var dengang ualmindeligt med udenlandske læger på afdelingerne i Københavnsområdet, men da der var stigende problemer med lægemangel især i det sønderjyske område, havde afdelingen suppleret med de vikarer der kunne skaffes.

Blandt overlægerne kendte jeg Arne Høst og senere Susanne Halken fra de utallige undersøgelser af astmabørn, der hvert år blev fremlagt på "Koldingmødet". På trods af mere end fuldtidsjob og mand og små børn, lykkedes det Susanne at skrive en spændende disputats på baggrund af en stribe artikler, blandt andet produceret efter middagen i Susannes hjem, dengang i Kolding, som jeg flere gange deltog i.

På turen tilbage fra Sønderborg til Kollund nåede vi lige et smut ind på Gråsten slot, hvor vi så dronningens smukke rosensamling og meget menneskeligt Dronning Ingrid's rollator, der stod pænt parkeret bag de dobbelte glasdøre. I dag ville man måske kunne se oldebørnenes legetøj.

Desværre er der aldrig blevet etableret noget formelt samarbejde mellem børneafdelingen i Sønderborg og Julemærkehjemmet i Kollund, men det kan måske nås endnu.

Praktiserende børnelæge Inger Pelck, Haderslev

## Ribe amt

*Esbjerg Sydvestjysk Sygehus, Børneafdelingen  
Pædiatrisk afdeling, Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg*

*Ledende overlæge Margrethe Muff skriver (redigeret):*

I 1937 på Centralsygehuset i Esbjerg var der én overlæge til at klare det hele, overkirurg Olaf Svenningsen og børnene lå, hvor de kunne. Der var mange fattige og forsømte børn. Der blev ikke givet dropbehandling, intensivbehandling eller andet.

I 1943 samlede man børnene på et børneafsnit .Afdelingen havde 28 pladser og det var blandede medicinsk og kirurgiske børn, med alt fra nefrose til børnesår,. Der var afdelings-sygeplejersken en 1. assistent og 2 sygeplejersker og nogle elever i alt 7 på arbejde, men om natten var der kun 1 nattevagt.

Når luftalarmen lød (og det skete temmelig ofte i Esbjerg) var der mødepligt for personalet. Alle børnene blev samlet og man gik i kældrene og sad der til luftalarmen var ovre. Hver eftermiddag, inden sygeplejepersonalet gik hjem, lagde man børnenes tøj parat på stolene neden for sengen, så det var let at komme i næste morgen eller når alarmen lød.

En journal på den tid fyldte max 2 sider i alt og ordinationerne bestod i urin undersøgelse for sukker, en blodprocent og ordinationen var: Rp. rigeligt at drikke, når barnet var dehydreret- og få dage efter stod der udskrevet eller måske mors.

I 1961 fik vi kuvøser til børnene. Samtidig blev fødslerne centraliseret for hele distriktet på Sct. Joseph Hospital, hvilket gjorde, at de syge børn skulle overflyttes fra det ene sygehus til det andet – en forbedring og en forringelse for afdelingen næsten samtidigt.

I 1966 rejste den medicinske overlæge Niels Tolstrup og borgmester Henning Rasmussen med fly til København for at tale med overlæge Knud Aagaard og lovede ham ”guld og grønne skove” og den 1.november 1966 kom den første pædiater til Esbjerg, i lang tid som ”eneoverlæge”. Desværre fik børneafdelingen i Herning alle de ting, man havde lovet, at man ville indføre i Esbjerg, så somme tider var det lidt svært. Der kom mange flere syge børn - og mange flere diagnoser blev en del af afdelingens hverdag. Han havde intet kontor; men oversygeplejerske Maren Nordmark gav ham sit – og børnene legede inde på hans kontor nede i barakkerne.

Han gik ned på Sct. Joseph Hospital dagligt og så til de nyfødte. Der var reservelæger fra medicinsk afdeling, og dagene blev lange.

Besøgstiden blev ændret fra onsdag og søndag fra kl. 15-16 til daglig besøgstid fra kl. 14- 16.stadig kun for forældre.

Børneafdelingen kom ind i hovedbygningen og blev opdelt i afsnit for de 0- 3 årige og 3- 14 årige

Der var gode 1. reservelæger, og der var meget stabile bagvagter. Plejepersonalet var stabilt og drev afdelingen godt. Man blev længe på børneafdelingen. der blev indkøbt CPAP

udstyr og kunne pludselig gøre meget mere for de nyfødte.

I december 83 kom Birgitte Djernes til afdelingen, der kom respiratorer og intensivlægerne havde børneerfaring.

Der var grøde i sygehusvæsenet- og som resten af sygehuset fik børneafdelingen ansat en række læger og overlæger med et stigende antal indlæggelser og ambulante besøg

### *Aldrig mere drømmesenge*

En ny afdeling skulle bygges. Børn og forældre skulle være sammen og rammerne ændres svarende hertil.

Fødslerne blev flyttet ind til Sydvestjysk Sygehus og nye lokaler med moderne faciliteter blev en mulighed. Forældreafsnittet var strøget og måtte generobres og der måtte bygges om og føjes til; men der var meget dejligt personale og mange gode faglige tiltag. Peter Daugbjerg overtog 1. juli 2001 og fortsatte sammen med personalet med indvielse af nyt kuvøseafsnit ved fødegang, nye ambulatoriefaciliteter med moderne udstyr og nye muligheder; der var lagt mange tanker og ideer i den nye afdeling; selv om byggeriet blev lidt for knebent når det gjaldt pladsen på sengestuerne.

Omlægninger er blevet en del af vor tilværelse, men har også betydet nye spændende tiltag: Et moderne ambulatorium, observationsteam, udsigt til nyt mor-far og barn afsnit, hvor fædrene kan være med og spændende udvikling på CNS sektoren gør, at vi ser fremad med fortrøstning.

Vi deltager i Region Syddanmark med studenterundervisning, uddannelse af pædiatere og praktiserende læger, sygeplejersker, jordemødre- og er lige blevet akkrediteret for amning af præmature børn. Afdelingen har nu et nyt modtageafsnit foruden 24 senge til de store 14 kuvøsepladser og et stort ambulatorium.

Peter Howitz overtog afdelingen som ledende overlæge efterfulgt af Birgitte Djernes  
Ledende overlæge i dag Margrethe Muff (229)

## **Vejle amt**

### *Børneafdelingen, Sct. Hedvigs Klinik, Kolding*

Pædiateren, dr.med Kaj Baagøe (1888-1982) havde fra 1930 speciallægepraksis i Kolding, og var desuden klinikchef ved Sct. Hedvigs Klinik med 20 sengepladser for børn. Han var især kendt for sine pioner arbejder indenfor allergologien, så traditionen med allergiforskning i Kolding er lang (1).

## **Kolding sygehus, Børneafdelingen**

*Ledende overlæge Poul-Erik Kofoed skriver*

Børneafdelingen, Kolding Sygehus har i løbet af de godt 40 år, den har eksisteret, gennemløbet en stor udvikling. For 20 år siden flyttede den fra det gamle Kolding Sygehus op til det nuværende byggeri, der på det tidspunkt var helt nyt. Typisk for planlæggere, der sidder langt fra "det virkelige liv", blev den fløj, børneafdelingen skulle ligge i, bygget som en mini-udgave af de andre fløje på sygehuset. Børn er jo mindre end voksne, og der blev ikke planlagt med, at forældre kunne være indlagt sammen med deres børn. Imidlertid er afdelingen for større børn blevet renoveret. Igen kunne det ses, at det var en børneafdeling. En dag vi inspicerede arbejdet opdagede vi, at alle brusere var sat i en højde af ca. 120 cm. Så kunne børnene jo nå op. Denne disposition var taget af entreprenøren uden at han havde forhørt sig hos personalet om det fornuftige heri – vi havde nær aldrig fået det lavet om og måtte leve i flere år med huller i væggen. På trods af de mange byggesager, der ikke blev til noget, har vi dog gennem de seneste 10 år fået en godt indrettet afdeling, senest er neonatal afdelingen gennemrenoveret og Akut Modtageafsnit, i daglig tale kaldet AMA, er stort og velfungerende

Det stærkt øgede antal indlæggelser sætter ikke alene vores fysiske rammer under pres, men kræver også mere af personalet. I 1995 havde afdelingen 24 læger, dette er kun steget til 30 læger nu i 2007. For plejepersonalet og sekretærer er forholdet det samme. For de andre vigtige faggrupper i en børneafdeling, psykologer, pædagoger, lærer, socialrådgiver er der endda reduceret i antallet af timer. Den øgede arbejdsmængde har krævet stor villighed fra de ansatte til konstant omstilling, til at være innovative og engagerede i afdelingen.

Arbejdstilrettelæggelsen og arbejds gange ændrer sig konstant. Hvor det tidligere var klart, hvem der lavede hvad, er faggrænserne nu flyttet og med stor overlapning i opgaverne. Denne dynamiske organisering og forventningerne til, at man engagerer sig, afspejler sig i de personer, der tiltrækkes af afdelingen. Det giver et spændende og godt arbejdsmiljø, som har muliggjort, at afdelingen kunne indføre den elektroniske patientjournal næsten uden problemer, har startet en såkaldt enstrengt journal, hvor alle faggrupper dokumenterer samme sted, er ved at indføre talegenkendelse ved diktering, samt har været foregangsafdeling for mange andre spændende initiativer.

Afdelingen har traditionelt satset på opdeling i fagområder, især i ambulatoriet. Med de øgede faglige krav er dette blevet styrket, således at både læger og sygeplejersker bliver mere og mere specialiserede, hvilket sætter sit præg primært på den ambulante behandling, men også på de stationære forløb. For at sikre en høj faglighed har børneafdelingerne i den nuværende Region Syddanmark igennem en årrække haft fagspecifikke udvalg, der har som opgave at sikre en samordning og løbende opdatering af faglige vejledninger og instrukser, at hjælpe fælles forskningsprojekter på vej og at give faglig sparring lægerne imellem. Efter oprettelsen af regionerne vil dette arbejde blive endnu mere betydningsfuldt og skal være

med til at sikre fagligheden ikke alene i Kolding men også på de andre deltagende afdelinger.

Patientens møde med sundhedsvæsenet er kommet i fokus gennem de senere år, fx med patientforeningers og sygehusejeres udarbejdelse af ”de 20 anbefalinger”. Det mærker vi også hvad angår forventningerne fra forældrene til information og medbestemmelse. Afdelingen har derfor gennem de seneste 8 år arbejdet med disse områder, bl.a. ved at opstille kvalitetsmål ved modtagelsen af det akut indlagte barn. Afdelingen har en meget lang tradition for at prioritere kvalitetsudvikling og forskning højt. Med udgangspunkt i afdelingen oprettedes i 1996 et forskningsprofessorat indenfor astma og allergi på Kolding Sygehus. De nuværende forskningsområder på børneafdelingen er især indenfor sundhedstjenesteforskning, misdannelser, neonatologi, ulandspædiatri samt diabetes. I fremtiden vil en del af denne forskning ske i samarbejde med det nyetablerede ”Forskningsinitiativ for Sundhedstjenesteforskning” på Kolding Sygehus, som vil blive tilknyttet Syddansk Universitet.

Afdelingen deltager i uddannelsen af speciallæger til almen medicin samt til pædiatri og børnepsykiatri. Afdelingens uddannelsesudvalg håndterer på forbilledlig vis de store krav, der stilles til afdelingens organisation, bl.a. er der oprettet specielle uddannelsesambulatorier for blok læger og for introduktionslæger. Imidlertid tilfører lægerne under uddannelse også ny inspiration til afdelingen, hvilket er med til at give en god dynamik og giver inspiration til forbedringer i afdelingen (230).

Efter Niels Hobolth fulgte som ledende overlæge Poul-Erik L. Kofoed.

## **Allergimøderne i Kolding**

Overlæge, dr.med. Søren Pedersen organiserede og rejste i 1980-90.erne verden rundt med foredrag om inhalationssteroider, ofte sammen med kollegaen, overlæge, dr.med. Hans Bisgård, begge senere professorer i henholdsvis Kolding-Odense og Gentofte.

Ved det årlige indenlandske pædiatermøde i Kolding kunne man møde stortset alle allergiinteresserede børnelæger fra hele landet. Koldingmøderne var i mange år et to-dages møde arrangeret af Søren Pedersen, Kolding suppleret af et par andre aktive pædiatere, der vekslede lidt fra år til år. Søren sørgede altid for, at der var repræsentanter fra både øst og vest og fra store og små afdelinger og så selvfølgelig speciallægepraksis.

På trods af en travl hverdag med mange patienter var entusiasmen hos de deltagende børnelæger altid stor, og fremmødet massivt både fra sygehusene og praksis. Møderne var altid veltilrettelagte, ofte også med udenlandske ”ping”er som foredragsholdere, og maden og værelserne på Scandicon gode.

Det var i de år specielt de vstdanske afdelinger, der markerede sig ved Koldingmøderne, der trak både praktiserende speciallæger og hospitalslæger fra hele landet. Nyt fra allergolo194 gerne i Kolding (Søren Pedersen,), Odense (Arne Høst), Sønderborg (Susanne Halken) og Viborg (Ole Østerballe) var altid spændende.

Møderne gav grobund for yderligere undersøgelser også på tværs af bæltet med bl.a. deltagelse af børnelæger fra Københavns amt (Hans Bisgaard, Niels Bach Mortensen, Palle Prahll og Karsten Kaas Ibsen).

Møderne blev sponsoreret af medicinalfirmaet Astra, i dag Astra-Zenica. Efter nogle år blev der indstiftet rejselegater til yngre forskere, og det første legat blev tildelt Niels Bach Mortensen, Glostrup og overrakt til redaktøren for forskergruppens bog om referenceværdier for lungefunktionsundersøgelser på børn (115)

Før det 10. årlige møde var hver mødedeltager blevet kontaktet, idet planlæggerne af mødet ønskede oplyst hvor høj man var, abdominalomfang, skostørrelse mv. De fleste havde svaret og holdt sig til sandheden, men enkelte havde tænkt ”hvad kommer det dog dem ved” og havde opgivet nogle lidt fantasifulde og forældede mål.

Oplysninger, hvilket klart fremgik af deres påklædning resten af aftenen, hvor der var festmiddag på Koldinghus - en blanding mellem et museum, et slot, en ruin og et spisested, og hvor det var tanken, at alle festdeltagerne skulle iføre sig den gamle dragt, som var lejet til formålet i den af deltageren oplyste størrelse. Det blev en rigtig festlig aften, hvor dansk pædiatri virkelig havde klædt sig om til festmiddagen.

## **Børnetuberkulosehospitalet Koldingfjord**

Hotel Koldingfjord drives i dag som kursus- og kongrescenter, og ejes af Dansk Sygeplejeråd. Koldingfjord blev opført som sanatorium for midler fra julemærkesalget og færdigbygget i 1911 som rekreationshjem for tuberkulosesyge børn. En smuk storslået bygning, der også blev afbildet på årets julemærket i 1916. Byggeriet var flot og dyrt, så flot, at ”man” mente det var for flot til børn!! !Julemærkekomiteens medlemmer var uenige indbyrdes, men det



*Figur 86. 10 års astmamødejubilæum krævede en særlig påklædning og middagen var på Koldinghus*

blev en artikel i Ugeskrift for Læger, der for alvor satte skred i sagen. Distriktslæge Frederik Lund i Silkeborg var oprørt over, at byggeriet, der oprindeligt var beregnet til kr. 250.000,- ifølge pressen var nået op på kr. 800.000,-, svarende til 100 sengepladser a kr. 8000,- pr. seng. ”vistnok det værste der endnu er fremkommet her i Landet af Overskridelser, nogen mere meningsløs Ødslen af Staten og Borgernes penge”.

”Problemet var, at der skønnedes at være 5000 tuberkuløse børn med behov for behandling, og at man for de samme penge kunne have opført 10-12 små sanatorier med plads til 250-300 børn.”

En enkelt læge fra Randers dr.med. Fr. Pontoppidan gik mod kritikken og opfordrede komiteen til at sørge for, ”at dette første Børnetuberkulosehospital, der er bygget for hele Nationens Gavnildhed, bliver til noget fuldkomment, som alle kan se beundrende paa, og som kan staa som et vældigt (værdigt?) og straalende Monument om det Danske Folks høje Kultur” (231)

Læge R. Kjer-Petersen beregnede, at der for tuberkuløse børn i 1908 fandtes ca. 380 sengepladser på sanatorier og kysthospitaller og at prisen for disse havde været ca. kr. 650.000,-.



*Figur 87. Koldingfjord i dag velfungerende hotel og kongrescenter, bygget som julemærkehjem, fungerede i mange år som behandlingssted for tuberkulose*

En kommissionsundersøgelse fandt, at byggeriet havde kostet over 1 mio.kr eller kr. 8000 pr. seng, mens komiteen fastholdt en pris på kr. 6850, en ikke helt urimelig pris sammenlignet med en pris på Rigshospitalet på kr. 8950,- og kr. 7500,- pr seng på Bispebjerg hospital.

Resultatet blev, at julemærkekomiteen valgte at gå af, ”af hensyn til fremtidige Julemærkeindsamlinger”.

På Koldingfjord blev der i det følgende halve århundrede behandlet mere end 15.000 tuberkuløse børn med en helbredelsesprocent på omkring 85. Det var resultatet, da tuberkulosen omkring 1960 stort set var udryddet i Danmark og bygningerne overdraget fra Tuberkuloseforeningen til Statens Åndssvageforsorg.

I dag næsten 100 år efter Koldingfjord stod færdigt, afholdes mange lægemøder og konferencer på Hotel Koldingfjord, hvor også danske pædiatere og andre gæster kan nyde den friske luft og smukke udsigt i mødepauseerne hvis de da ikke besøger det lille sygeplejemuseum, der findes på ejendommen.

Et af nutidens store helbredstruende sundhedsproblemer er stadig fejlnærede børn, men nu er de overvægtige og mobbes og trives dårligt i skole og hjem. De behandles på julemærkefondens 4 julemærkehjem (Hobro, Kollund, Ølsted og Skælskør). Siden problemerne i 1911 med det for flotte byggeri til børn, har mere end 65.000 børn været på Julemærkehjem, stadig finansieret fra salget af julemærker mv. og 700 børn taber hvert år til sammen mere end 5 tons under de 10 uger lange ophold (231).



*Figur 88. Søjlegangene på Koldingfjord*



## Kapitel 13

# Region Midtjylland

*Omfatter de tidligere Århus, Ringkøbing og Viborg amter*

### Århus amt

#### **Børneafdelingen Århus kommunehospital, senere Skejby sygehus**

Børneafdelingen på Århus Kommunehospital var beliggende i en bygning opført i 1893.



*Figur 89. Århus kommunehospital. Børneafdelingen*

Der blev senere bygget en pavillon med auditorium og forskningslaboratorium på plænen ved den fjerneste ende af bygningen (232)

Få måneder før besættelsen under 2. verdenskrig åbnede pædiatrisk afdeling i Århus Kommunehospital's ældste bygning, der havde vognport, beregnet på, at hestevogne kunne køre ind med de syge. Tyskerne beslaglagde senere bygningen, så børneafdelingen blev genhuset i andre bygninger fra 1943-47.



*Figur 90. Pavillon, Århus kommunehospital*

Afdelingens første overlæge var Bent N. Andersen, der senere også blev professor i faget. Hans interesseområde var psykosomatik, hvilket – uretfærdigvis – kom til i mange år at præge det århusianske hospitalsvæsens opfattelse af, hvad pædiatri var.

På trods af oprettelsen af en ny børneafdeling i Randers blev afdelingen i Århus i starten af 1960'erne udvidet fra 50 til 84 senge.

Først i marts 1987 blev der oprettet et neonatalafsnit på Fødselsstiftelsen, der lå på den anden side af gaden, så de tilkaldte børnelæger måtte krydse Randersvej i alt slags vejr, mens de nyfødte måtte flyttes i ambulance hvis de skulle respiratorbehandles, idet respiratorbehandling af de nyfødte fortsatte (dog) på sygehusets intensivafdeling.

I starten af 1980 var afdelingens udenamts aktivitet især koncentreret om kardiologi og i mindre grad leukæmi. En del indenamts børn blev fortsat behandlet på medicinsk afdeling på Århus Amtssygehus.

Mange børn med akutte eller kroniske pædiatriske sygdomme blev indlagt på amtets øvrige sygehuse i starten af 1980'erne.

Erling Nathan blev ansat som overlæge januar 1984 for at styrke den pædiatriske udvikling, men Ole Mortensen som havde været ansat siden 1947 gik på pension i 1985, samtidig med at Torben Iversen var langtidssygemeldt, og gik på pension samme år. Der blev ansat overlægevikarer bl.a. Niels Clausen, men Nathan var i en periode den eneste fastansatte overlæge.

I 1985 var indlæggelsespresset stærkt stigende, idet ”børnene vendte hjem” til pædiatrien i så stor udtrækning, at det gav store kapacitetsproblemer.



*Figur 91. Indlagte børn, Århus Kommunehospital*

	1971	1982	1985
Indlæggelser	1.612	2.132	4.518
Sengedage	25.753	14.117	19.578
Gennemsnitlig liggetid (dage)	14,4	6,6	4,3
Ambulante konsultationer	2.301	3.642	8.806
Antal overlæger	2	2	12*
Antal yngre læger	8	12	20*

Figur 92. Tabellen viser udviklingen i Århus i indlæggelsestal, sengedage, liggetid, ambulante konsultationer og lægestab over tre årtier (233).

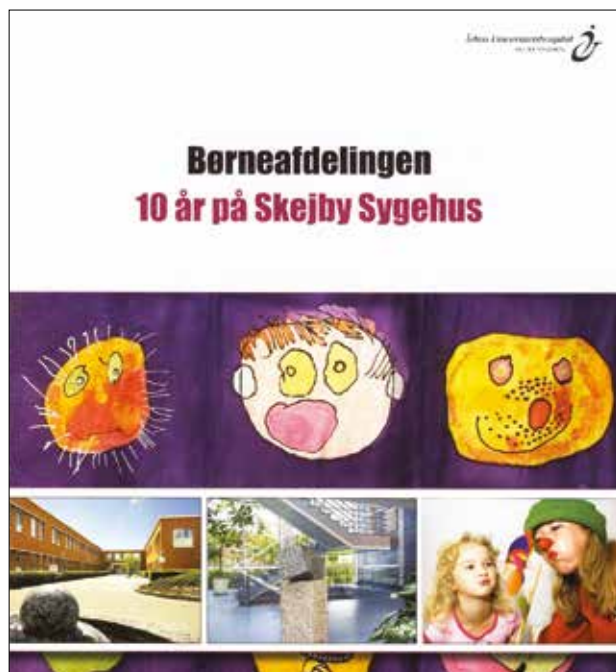
I 1986 var sparekravene og besparelserne på sygehuset stadig stigende og nåede en højde, der var uforeneligt med det ændrede indlæggelsesmønster i pædiatrien. Resultatet var kapacitetsmangel, stigende ventelister, og et behov for omvisitering af en del børn.

Det lykkedes i 1987 at få Niels Clausen ansat som overlæge til styrkelse af det onkologiske område, Trods svære personalemæssige og bygningsmæssige problemer fik han gang i de autologe knoglemarvstransplantationer.

Behovet for øgede ressourcer var ikke noget ukendt fænomen, men kollegerne på de øvrige afdelinger på sygehuset havde meget ringe forståelse for dette. Måske mente nogen stadig, at pædiatriens hovedopgave var psykosomatikken.

I 1986 kom der rigtig mediefocus på forholdene på børneafdelingen, og et stigende antal klagebreve fra utilfredse forældre.

Erling Nathan udtaler: ” De klagede ikke over læger og sygeplejersker, tværtimod roste de os for vores indsats under de vilkår vi måtte arbejde under, og det var det som fik kolleger og administration til at tro, at vi brugte forældrene som middel til at skaffe os fordele frem for de øvrige afdelinger” Det styrkede ikke ligefrem de hårdtarbejdende medarbejdere.



I 1986/87 blev der udfærdiget ikke mindre end 3 rapporter om børneafdelingen. Embedslægerne gik ind i sagen og de konkluderede sammen med sundhedsstyrelsen, at de bygningsmæssige forhold var under al kritik, og der var et behov for en hurtig forbedring af forholdene for de onkologiske børn.

Figur 93. Børneafdelingen fejrede de første 10 år på Skejby sygehus

En uvildig konsulentrapport konkluderede, at afdelingens krav om mere personale var fuldt berettiget, i kontrast til sygehusforvaltningens beregninger, der fandt på baggrund af befolkningsprognoser, at der ikke var behov for yderligere senge i pædiatri. Tilsvarende konklusioner er også set andre steder i sygehusvæsenet f. eks. i Københavns amt.

I 1987 udnævntes endelig dr.med. Olaf Schiøtz til professor, samtidig med, at han blev ansat som overlæge. Det betød en tiltrængt opblomstring af forskningen på afdelingen, samtidig med, at han oprettede og drev det vstdanske Cystisk Fibrosecenter.

I 1987/88 i forbindelse med særforsogets udlægning fik afdelingen også ansvaret for den lægelige betjening af amtets institutioner for udviklingshæmmede og handicappede børn Skejby sygehus åbnede i 1990 et børnehjerteafsnit på 8 senge, som en del af pædiatrisk afdeling og varetaget af Gunner Nielsen som pædiatrisk overlæge med ekspertise i børnecardiologi.

Næsten samtidig skete der en udbygning af børneafdelingen idet bl.a. et plastikkirurgisk sengeafsnit var blevet ledigt i forbindelse med udflytningen af andre afdelinger til Skejby.

Det var dog klart, at der var behov for at samle børneafdelingen i nye bygninger i Skejby til erstatning for de historiske bygninger på kommunehospital, og i 1996 flyttede hele afdelingen til Skejby Sygehus til luksuriøse lokaler, sammenlignet med det man flyttede fra.

På Skejby var både sygehusledelse og sygehusets øvrige afdelinger positive over en udbygning af pædiatrien og specielt neonatologien.

Fra en meget langsom og sej start har pædiatrien i Århus udviklet sig til en blomstrende lands-landsdels afdeling med ekspertviden indenfor mange væsentlige områder af pædiatrien og et budget der fra 1991 til 2006 steg fra 49 mio kr. til 155 mio kr, hvoraf løn udgjorde



41 henholdsvis 133 mio.kr. På børneafdelingen blomstrer forskningen især indenfor betændelsestilstande i lungerne, herunder astma og cystisk fibrose forankret i afdelingens forskningslaboratorium og Dansk Børne Astma Center, der blev oprettet i 2002, som et samarbejde mellem universiteterne i Århus, København og Odense.

*Figur 94. Det ny Skejby sygehus*

Indenfor reumatologien er forskningen centreret omkring børneledegigt (juvenil idiopatisk arthrititis) med bl.a. metodeudvikling af ultralydsundersøgelser, undersøgelser af kæbled og hvordan gigtmerterne belaster børnenes hverdag.

Den børneonkologiske forskning er centreret omkring de 3 kliniske databaser.

Herudover er væsentlige forskningsområder:

Endokrine problemer ved behandling af børnecancer

Nefro-urologisk forskning indenfor enuresis problematikken

Perinatal epidemiologisk forskningsenhed

Sygeplejeforskning

Ledende overlæge er i dag Sten Petersen, mens dr.med. Peter Oluf Schiøtz er professor.



*Figur 95. Overlæge Erling Nathan med en lille patient*

### **Regionshospitalet Randers, Børneafdelingen.**

I Århus amt ligger også Randers sygehus, børneafdelingen med 33 senge.

Afdelingen blev udskilt som en selvstændig børneafdeling fra den medicinske afdeling i 1955. Afdelingens første overlæge blev Jakob Øster (1915-77), der er blevet omtalt som pioneren for pædiaterne i Åndssvageforsorgen. Han var ansat på Østifternes Åndssvageanstalt inden han i 1955 blev overlæge i Randers. Interessen for ”de åndssvage” fortsatte livet igennem og han skrev flere bøger og artikler om emnet.

Ledende overlæge Rune Weiss Næraa.



*Figur 96. To praktiserende børnelæger Marie Schultz og John Heine Jensen*

### **Praktiserende speciallæger i Århus Amt:**

Jørgen Dinesen, Egå

Kirsten M. Storm Nielsen Århus,

Dr. Med. Ole Wolters, Børneklivnikken Randers

John Heine Jensen var tidligere børnelæge ved Taleinstituttet, skolelæge og havde også en mindre praksis i Århus.

Dr.med.sci Harald R. Lie, arbejder som kommunallæge i Børn og Unge Lægeordningen.

### **Viborg amt**

*Viborg sygehus, børneafdelingen*

Børneafdelingen Viborg- Kjellerup Sygehus

Nedenfor gives en generel beskrivelse af de mindre provinsafdelinger (de tidligere B afdelinger) med udgangspunkt i beskrivelsen af Viborgs børneafdeling. (fra regionshospitalet Viborgs hjemmeside, modtaget fra overlæge Jens Peter Nielsen og redigeret af Karsten Kaas Ibsen)



*Figur 97. Viborg børneafdelings logo*

praktiserende læger, vagtlæger, skadestuer og fødegange.

Afdelingerne behandler børn fra fødslen til barnealderens ophør. Normalt sættes grænsen aldersmæssigt opadtil til højst 14 år. Dette betyder at børnene, når de fylder 15 år, i stedet behandles på de regionale medicinske afdelinger.

For unge med kroniske sygdomme, og unge med betydelige udviklingsmæssige handi-



*Figur 98. Børneafdelingen i Viborg staben 1997.*

cap, der allerede er i et forløb på Børneafdelingerne, udskydes overgangen til voksenafdeling til et passende tidspunkt inden 18 års alderen.

Børn med kirurgiske sygdomme indlægges i stigende grad på børneafdelingernes sengeafsnit, men udredes og behandles primært af lægerne fra de organkirurgiske eller ortopædkirurgiske afdelinger. De fleste steder indlægges børn med en-dages indlæggelser med "kirurgiske" øre, næse, og halssygdomme direkte på ØNH-afdelingerne.

Børneafdelingerne samarbejder med de øvrige hospitalsafdelinger i regionen ligesom der er en tæt kontakt til regionens praktiserende læger, relevante praktiserende speciallæger, Børne- og ungdomspsykiatrisk afdelinger samt kommuner og regionernes forvaltninger.

Det medicinske børneområde er således meget bredt og dækker alt fra meget for tidligt fødte børn til børn med infektionssygdomme og akutte og kroniske sygdomme af enhver art.

Visse sygdomme undersøges primært lokalt men viderehenvises til en af landets landsdelsafdelinger i Århus, Ålborg, Odense eller København. Det drejer sig i hovedsagen om børn med kræft- og hjertesygdomme samt enkelte børn med sjældne medfødte lidelser og misdannelser.

Børneafdelingen i Viborg er en typisk regional børneafdeling, opdelt i et antal sengeafsnit, et neonatalafsnit, et akut modtageafsnit med observationssenge og forundersøgelser- og efterbehandlings ambulatorier.

- Akutte indlæggelser modtages i dag- og aftentimerne ofte i Børneafdelingernes egne modtageafsnit kaldet observationsafsnit (Obs) eller akut modtage afsnit (AMA), der typisk lukker kl. 23. Senere aften- og natindlæggelser foregår ofte gennem sygehusenes centrale modtagelser.

Hvis barnet har brug for indlæggelse i et døgnbetjent sengeafsnit flyttes det efterfølgende til et af de stationære afsnit.



Figur 99. Børneafdelingen i Viborg 25 år i 1997. Afdelingens grundlægger overlæge Jørgen Haahr skrev jubileumsbogen (234).

Det akutte modtageafsnit koordinerer indlæggelserne, starter undersøgelse og behandling og kan for en stor del selv afslutte disse forløb, idet mellem 40 og 50% af børn henvist akut til børneafdelingerne udskrives direkte fra AMA. Afsnittet har i Viborg 4 senge.

#### *Afsnittene i Viborg er fordelt på*

- et afsnit med 16 senge, der fortrinsvis behandler lidt større børn med ikke-infektionssygdomme, ligesom hovedparten af de kirurgiske børn behandles her.
- et afsnit med 15 senge der mest benyttes til mindre børn oftest med infektionssygdomme af enhver art. I perioder med ekstra stor aktivitet typisk årets 4 første måneder er det nødvendigt at indlægge også mindre børn med infektionssygdomme på afdelingen primært beregnet til de lidt større børn.
- neonatalafsnittet for nyfødte. Dette afsnit har i Viborg 14 sengepladser. Det er en meget specialiseret og personalekrævende funktion, der udelukkende modtager nyfødte børn. Nogle af disse forløb er meget langvarige, typisk hos børn født meget for tidligt, mens andre børn født til tiden kun har brug for få timer til dages observation, pleje og behandling.



Alle afsnittene ledes af en afdelingssygeplejerske og en speciallæge (afdelingslæge-overlæge).

På de fleste sengeafsnit er der mulighed for at en af forældrene kan være til stede døgnet rundt.

Der kunne beskrivelsen af en børneafdeling i provinsen godt være sluttet, men nu kommer alt det spændende, der gør den lille forskel, de lokale initiativer fra dygtige veluddannede og engagerede medarbejdere:

Ved perspektivkonferencen 98 om den elektroniske patientjournal (EPJ) præsenterede børneafdelingen i Viborg den første brugbare EPJ. Konferencen var arrangeret af Sundhedsministeriet, Amdsrådsforeningen og Viborg amt og blev noget af et tilløbsstykke 400 tilmeldinger til 250 pladser. Konferencen blev derfor gentaget året efter (1999).

Børneafdelingens ledelse Overlæge Ole Østerballe og oversygeplejerske Jo Klan redegjorde for en proces, der var startet i 1994, og overlæge Jens P. Nielsen demonstrerede sin bærbare "palm-top", der kunne indeholde alle data om de indlagte børn. Den tykke papirjournal blev en saga blott og EPJ gled stille og roligt ind i hverdagen i Viborg og gjorde først børneafdelingen og senere andre afdelinger i amtet papirløse.

Børneafdelingens medarbejdere indgik i Dansk Sygehusinstituts Observatorium for EPJ, Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe og mange andre sammenhænge. I slutningen af 1999 blev 1.2% af landets sygehøjournalskrivet elektronisk. I 1999 blev der åbnet for internettet fra mange arbejdsstationer i børneafdelingen. (235)

Indenfor neonatologien spændte man i 1990'erne fra det meget højteknologiske med moderne kuvøser, nasal-cpap, respiratorbehandling og intensiv overvågning til mere og mere at interessere sig for det miljø det dårlige nyfødte barn ligger i i de første leveuger.

I 1999 bevilges også penge til Astmaskolen med aflæggere i flere jyske byer bl.a. Skive og Thisted efter "Viborg" modellen, med et øget samarbejde imellem børneafdeling og almen praksis, hvor en betydelig del af diagnostik og behandling startes ( kaldet "shared care" på nydansk).

Det blev også i 1999 besluttet politisk, at et behandlingscenter for Vestdanmark for erhvervet hjerneskade skulle etableres ved børneafdelingen i Viborg.

Studenterundervisningen udgør en stadig større del af afdelingernes undervisningsbyrde i provinsen, men også en udfordring for afdelingerne, idet afdelingerne fokuserer mere på uddannelse af alle personalegrupper.

Og så var 1999 året, hvor Børneafdelingens administrerende overlæge Ole Østerballe blev i 1999 udnævnt til cheflæge for hele Viborg sygehus og overlæge Karen Taudorf blev formand for DPS.

Ole Østerballe en af de første pædiatere, der fik en stilling i de nye udvidede hospitalsledelser, ligesom Knud E. Petersen i Kolding. Med i deres kontrakt var en bestemmelse om, at der stillingen var tidsbegrænset skulle der være en passende stilling at komme tilbage til.

Herudover fik de når de fratrådte stillingen fået bevilget en ”genoptræningsperiode” inden de vendte tilbage til det kliniske arbejde igen.

I 2004 begyndte et nyt fænomen at brede sig på danske børneafdelinger: Hospitalsklovne.

Nogle vil måske mene, at man altid har haft hospitalsklovne i pædiatrien, men nu var emnet omfattet af en egentlig hospitalsklovneuddannelse.

Viborg havde i 2004 tre klovneelever i praktik med stor succes (236).

Ledende overlæge Thomas Thelle afløste afdelingens første overlæge Jørgen Haahr.

Cheflæge på Viborg sygehus, børneafdelingens tidligere ledende overlæge, dr.med. Ole Østerballe.

Ledende overlæge i dag Lars G. Hansen.

## **Jyske pædiatere og den jyske pædiatri:**

*Niels Hobolth og Mogens Fjord Christensen erindrer*

Der foreligger i ubearbejdet form et større materiale om pædiatrien i Jylland, først samlet af Jakob Øster, siden af Mogens Fjord Christensen. Det følgende er udpluk foretaget af Mogens Fjord Christensen fra disse papirer, kombineret med erindringer fra Niels Hobolth.

Hvis vi sammenligner os med vore nabolande har pædiatrien traditionelt haft trange kår i Danmark specielt i Jylland. Pædiatrien var længe stort set kun et københavner speciale, men Odense, Århus og Randers fulgte pænt med. Pædiatrien nåede sent til Jylland, og starten var beskednen. I 1928 slog Georg Rottbøl Ulrich sig ned som praktiserende børnelæge i Århus, og i 1930 fik Kolding sin praktiserende børnelæge, Kaj Baagøe.

Den første børneafdeling i Jylland blev åbnet så sent som den 1. maj 1940 på Århus Kommunehospital. Afdelingens første og mangeårige chef var professor dr. med. Bent Andersen, som prægede en generation af jyske medicinstuderende med sin kombination af naturvidenskabelig kompetence og humanisme. Også hans forelæsninger lørdag formiddag var særdeles velbesøgte. Han kunne finde på at krydre sin faglige formidling med for eksempel oplæsning af en beskrivelse af børn af Johs. V. Jensen. På det psykosomatiske felt må han betragtes som foregangsmand.

I 1955 åbnede den næste jyske børneafdeling i Randers med Jakob Øster ved roret.

Først i 1960'erne og 1970'erne blev der oprettet børneafdelinger i alle jyske amter.

I 1962 kunne Christian Hansted åbne afdelingen i Ålborg. Herefter kom der skred i udviklingen, og den sidste jyske børneafdeling, i Hjørring, åbnedes i 1980. Nu var der 10 jyske afdelinger, hvis man medregnede det pædiatriske afsnit i Frederikshavn ledet af Otto Steffensen.

I 1970 var der 8 pædiatriske overlæger i Jylland, fordelt på 7 afdelinger. Da næsten alle var eneoverlæger, opstod der et naturligt behov for kontakt med henblik på, som Jakob

Øster formulerer det: at udveksle erfaringer, at inspirere til og koordinere videnskabelige

arbejder, at varetage landsdelens pædiatriske interesser, at diskutere praktisk diagnostik og terapi, at informere hinanden om nyheder af pædiatrisk interesse, at støtte og medvirke til at fremme DPS's formål, at arrangere DPS-møder i Jylland. Heraf opstod ”Jyske pædiatere”.

Jyske pædiatere kompenserede i nogen grad for mangel på medoverlæger og dette forum var uden tvivl stærkt medvirkende til, at pædiatrien, som kom sent til det jyske, så hurtigt fandt fodfæste.

Det blev til en lille faglig og social sammenslutning skriver Jørgen Haahr i ”Børneafdelingen 25 år – fortalt af afdelingens grundlægger”, udgivet af Viborg sygehus 1997.

Det er dog tankevækkende, at der helt op til 1980'erne (og 1990'erne) var dobbelt så mange kuvøsepladser i Østdanmark som i Vestdanmark.

Første møde i Jyske pædiatere fandt sted i 1968. Til at begynde med var møderne ret uformelle, men det fremgår af referaterne, at der altid var faglige indlæg, diskussioner af administrative forhold og socialt samvær.

Efterhånden som kredsen voksede, blev møderækken mere formaliseret. I 1983 var der ansat 20 overlæger ved de jyske børneafdelinger, i 1988 25. Der blev som regel holdt 3 årlige møder på skift mellem afdelingerne, det ene møde var med ledsagere. Det blev for dette mødes vedkommende en tradition at slutte af med socialt samvær, oftest på en af de Jyllandsnære øer med gode kulinariske værksteder.

Der er ingen tvivl om, at disse møder var med til at støtte og inspirere de jyske pædiatere og til at formidle samarbejdet mellem dem. I 1985 skriver Mogens Fjord Christensen: Vel har møderne i nogen grad ændret karakter fra at være de jyske pionerers uforpligtende faglige og sociale kontaktflade til at være de mange næstgenerations pædiateres faglige og sociale kontaktflade, men berettigelsen af møderne var lige stor.

I 1993 var der ansat 44 overlæger og 5 afdelingslæger ved de jyske børneafdelinger. Der var på dette tidspunkt et aftagende behov for den kontaktflade ”Jyske pædiatere” havde udgjort, p.gr.a. det stigende antal faste speciallæger og i 1994 nedlagde foreningen sig selv efter en høringsrunde (237).

Foreningen havde haft sin berettigelse, men nu var pædiatrien i Jylland også blevet voksen.

## **Ringkøbing Amt**

### *Regionshospitalet Herning: Børneafdelingen*

Børneafdelingen i Herning kom til verden som den 6. jyske afdeling for pædiatri i 1967. Indtil da havde de medicinske afdelinger i Holstebro og Herning haft nogle ”børnestuer”, men nu blev der i en baraklignende bygning etableret en selvstændig afdeling med en neonatalstue, hvor det mest avancerede udstyr var kuvøser, stuer for større børn, ambu208 latorierum, sekretariat, lægekantor og samlingsrum/konferencerum. Første overlæge var Olaf Steinicke på en kort visit fra maj 1967 til september 1967, hvor han blev overlæge i Næstved.

Efter et interregnum blev Vagn Holm ansat som eneoverlæge 1. marts 1969. Med både indsigt og udsyn og fornemmelse for de politiske beslutningers krogede veje arbejdede han engageret for børneafdelingen, som snart fik ry for at være et godt sted at være ansat. Han var tolerant, faggrænser var ikke så betydningsfulde, afdelingen var et team. Fagligt stod socialpædiatrien ham nær, men pædiatrien blev dækket i sin fulde bredde – bortset fra de lidelser der hørte hjemme på universitetsafdelingerne – af Vagn Holm, en første reservelæge og en reservelæge med hjælp til vagterne fra de medicinske reservelæger.

I 1974 blev staben udvidet idet Mogens Fjord Christensen blev ansat som overlæge, og et frugtbart makkerskab blev etableret og holdt frem til Vagn Holms afgang i 1997. Vagn Holm var den udadvendte med stor interesse for fagets mere politiske aspekter, hvilket førte til en del tillidshverv, blandt andet et formandskab i DPS. Mogens Fjord Christensen var først og fremmest kliniker. Afdelingen begyndte nu at vokse, i sengetal, bemanning og undersøgelses- og behandlingsmuligheder. Tidligt blev der åbnet for klinisk ophold for studenter fra Århus Universitet, og afdelingen fik hurtigt ry for at være et godt uddannelsessted.

En del af de reservelæger, som passerede afdelingen, udtrykte interesse for at fortsætte af det pædiatriske spor. De blev på forskellig vis støttet og vejledt, blandt andet med at forsøge at skrive en artikel. Det lykkedes enkelte at producere en større opgørelse, men oftest blev det blot til en kasuistik, tit under svære fødselsveer. Afdelingen har været involveret i 2 ph.d. afhandlinger, og Mogens Fjord Christensen har forsket og opbygget en stor viden om recidiverende mavesmerter hos børn.

Gennem årene er der blevet arbejdet med altid ajourførte arbejdsinstrukser, dækkende faget bredt.

I firserne viste en kritisk gennemgang af afdelingens resultater på det neonatale område, at afdelingen ikke ganske levede op til det forventede. Der blev følgelig fokuseret stærkt på dette område gennem vidensopbygning, tidssvarende apparatur og delvis subspecialisering med klar forbedring af resultaterne til følge.

I 1981 blev staben igen udvidet med overlæge Inger Leer Pedersen, og afdelingen kom ind i en yderligere vækstfase. Stort set alle syge børn i amtet blev nu visiteret til børneafdelingen i Herning, suppleret med et lille børneafsnit i Holstebro som blev betjent af Vagn Holm og Mogens Fjord Christensen som konsulenter.

Vagn Holms ideer om distrikspædiatri blev i en periode afprøvet med hjemmebesøg af læge og sygeplejerske til udvalgte patientkategorier. Der var ingen tvivl om værdien af en sådan indsats, men den var for ressourcekrævende, hvorfor hjemmebesøg i dag foretages næsten udelukkende af sygeplejersker, som regel som led i efterbehandlingen.

I 1997 blev Mogens Fjord Christensen administrerende overlæge. Afdelingen havde ud209 viklet sig til en bredt dækkende amtspædiatrisk enhed med en lægestab, der både havde generalistviden og subspecialkendskab.

Afdelingen havde været igennem mange flytninger rundt i gamle bygninger, og lokaleforholdene var på det tidspunkt ikke tidssvarende. Man manglede derudover psykolog- og socialrådgiverassistance, ligesom der manglede læger og sygeplejersker.

Inspektorerne skrev i 2003: "Afdelingen er generelt et godt uddannelsessted, dels betinget af den gode "ånd" på stedet og en arbejdstilrettelæggelse med supervision i forundersøgelsesambulatoriet, samt at de ubesatte stillinger giver en større kontinuitet for de andre læger." Sådan kan man jo vende lægemanglen til noget positivt.

Omkring årtusindskiftet begyndte afdelingens problemer at få politisk bevågenhed, og efterhånden er der gennemført den tiltrængte fornyelse og personaletildeling, således at man i dag kan glæde sig over en moderne, velfungerende afdeling i fint samarbejde med Region Midts øvrige børneafdelinger.

Den ånd som afdelingen blev startet i synes vedvarende at hvile over afdelingen. TV-MidtVest producerede i halvfemserne 2 udsendelsesrækker: "Børneafdelingen" fra Herning, som blev vist på det landsdækkende TV2. Udsendelserne blev rost for deres nænsomhed og manglende sensationstrang, samtidig med at de gav et godt billede af arbejdet på en børneafdeling. Måske var det medvirkende til at afdelingen i forbindelse med vårmødet i 2002 blev udpeget som årets børneafdeling og modtog en bamse hugget i sten.

I dag er Herning børneafdeling under Holstebro sygehus og ledende overlæge er Maurits Dirdal (238).



## Kapitel 14

# Region Nordjylland

### Nordjyllands amt

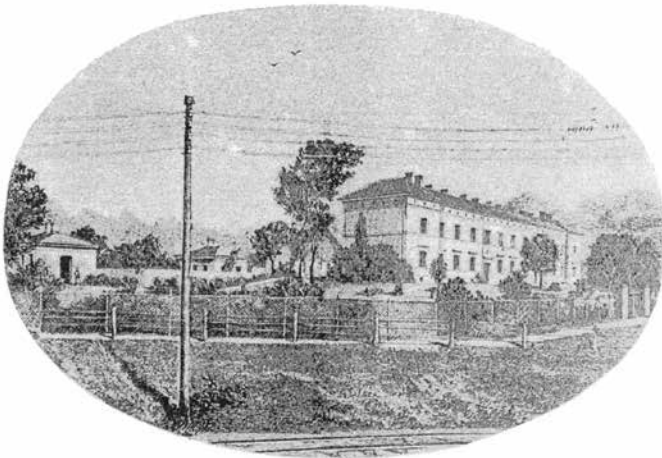
*Ålborg Sygehus Nord, Børneafdelingen*

*Børneafdelingen, Aalborg Sygehus*

Overlæge Erik Østergaard: “For 20 år siden fejrede børneafdelingen 25 år jubilæum, og i den anledning blev der lavet et lille festskrift, hvoraf der er gengivet noget af indholdet nedenfor:

Afdelingens første læge, der siden blev administrerende overlæge, Christian Hansted skriver om afdelingens fødsel og opvækst og slutter af med et ønske om at afdelingen snart (i 1987) må få en ordentlig opstrammer til glæde for patienter og personale. Det ønsker vi stadig 20 år senere, hvor vi fortsat bor i de samme gamle bygninger. Der er dog i foråret 2007 påbegyndt en omfattende renovering af neonatalafdelingen og desuden mere beskedne planer om bygning af ny børneafdeling”

Christian Hansted skrev i 1987:



*Figur 100. Aalborg kommunehospitals første bygninger, hvor børneafdelingen senere blev placeret*

“Under beskedne forhold kom Børneafdelingen til verden for 25 år siden. Paterniteten er som sædvanlig uklar. Moderen var en medicinsk afdeling. Den blev født med tang efter en i nogle år varende graviditet.

Først sat til verden kom den hurtigt i trivsel. Fra en lille stue på 6 pladser, femdoblede den allerede det første år sin størrelse og fik børnehaven og skole. Derefter gik det naturligvis

langsommere. Ved 6 - 7 års alderen nåedes endnu en fordobling og 14 - 15 år gammel kom den op på 80 pladser, og derved blev det. De sidste 10 år har den stort set stået i stampe.

Selvom forholdene i vækststærene var beskedne, og økonomien også dengang var stram, følte den lille afdeling sig velkommen. De medicinske afdelinger sendte den alle sine børn, de kirurgiske en del af sine, især de mindste. Den følte sig accepteret, og den mærkede der var brug for den, og det bøder på meget.

Allerede 3 måneder gammel fik den en lille kusine, der hurtigt voksede sig stor - obstetrisk afdeling - og de to har siden været næsten uadskillelige og altid kunnet godt sammen. Desværre har kusinen skrantet lidt på det sidste, men det kommer den forhåbentlig snart over.

Siden har den fået talrige fætre og kusiner, afdelinger for øjne, ører, nyrer, hjerne, hjerte og lunger m.v. - foruden en lillebroder på Psykiatrisk sygehus og senere een i Hjørring.

For at klare problemerne begyndte afdelingen derfor i en ung alder på knopskydning - først et almindeligt efterbehandlingsambulatorium - så et neuropædiatrisk (handicap-team), et diabetesambulatorium og en allergiklinik. Desværre har vækstbetingelserne for disse aflaggere ikke været gode, og de skranter alle meget på grund af overvældende patienttilgang og utilstrækkelig næringstilførsel.

Også flere af afsnittene har det halvskidt her ved 25-års jubilæet. Tilgangen af tungere og tungere patientgrupper med ledsagende og tildels medindlagte forældre og børn har medført, at nogen meteorisme, borbyrgmi, kolik - ja, undertiden flatulens ikke altid har kunnet undgås.

Mit jubilæums-ønske for afdelingen er derfor, at den snart må få en ordentlig opstrammer, så den kan komme til at fungere perfekt til gavn og glæde for patienter og personale”.

Tove Borberg, børneafdelingens første reservelæge fortsatte:

Overlæge Hansted trak et meget tungt læs. Foruden at passe sit almindelige overlægearbejde, deltog han i utallige byggemøder, havde en stor vagtbyrde, underviste og støttede Amtets sundhedsplejersker, oprettede sammen med overlæge Lütken - overlæge Birket-Smitt og overlæge Wassmann det såkaldte ”Spastikerteam” m.m.

For mig - som ene 1. reservelæge - var der også nok at se til med stuegang, pasning af efterbehandlingsambulatoriet, tilsyn på fødeafdelingen, undervisning af sygeplejeelever m.m. Arbejdsdagen var selv på vagtfri dage lang, ofte fra kl. 8 til kl. 17.

Tilkald om natten var særdeles hyppige de første 3 år, senere mest i ferieperioder med studenter i bunden vagt.

Afdelingens reservelæger gik det meste af tiden i 2-skiftet vagt, efter indførelse af rotationsordningen for turnuskandidater, dog i perioder 3-skiftet bunden vagt.

Skånebestemmelser og kompensatoriske fridage for afholdte week-end vagter var ukendte fænomener.



Til trods for at børneafdelingens første leveår således nu og da gav arbejdsbelastede situationer for alle ansatte, mindes man alligevel disse år som spændende og positive. Det var, som om de stressede situationer på en eller anden måde bidrog til opretholdelse af en god samarbejdsånd og måske derved også til en større arbejdsglæde.

I tiden efter 1967, hvor jeg har fungeret som praktiserende pædiater og skolelæge, har jeg - i lighed med mine 6 nordjyske kvindelige kolleger – haft et godt samarbejde med børneafdelingen.”

Afdelingssygeplejerske Karen Krogsgaard, om hvem det bl.a. blev sagt, at hun kunne diagnosticere en CF-patient på duften på stuen hvor barnet havde opholdt sig, afløste med et tilbageblik:

“ Indtil januar 1962 var indlagte børn på Aalborg sygehus henvist til små børnestuer, placeret i voksenafdelingerne. Der var på det tidspunkt på det daværende Aalborg Amtssygehus - nu sygehus SYD - en børnestue på medicinsk kvindeafdeling og på det daværende

Aalborg Kommunehospital, nu sygehus NORD, en børnestue på kirurgisk kvindeafdeling samt to børnestuer på medicinsk kvindeafdeling, sidstnævnte kaldet 3, afdeling.

Børneafdelingen startede i 1962 indenfor de rammer, som de medicinske afsnit indtil da bestod af - d.v.s. med hensyn til patientbelægningen: overvejende voksne patienter og kun få børn.

Det viste sig imidlertid hurtigt, at der var et stort behov for den pædiatriske afdeling og indlæggelsestallet af børn steg voldsomt. Der var en del vanskeligheder forbundet med at få de voksne patienter omrokeret til andre afdelinger - og først efter ca. 2 - 3 måneder - hvor man var nødt til at placere nogle børn mellem de voksne på den store 12 sengs stue - kom der skred i ændringen til en ren børneafdeling.

I de til rådighed stående lokaler voksede børnetallet med stor hast og i løbet af sommeren 1962 var der en gennemsnitsbelægning på 30 børn - i alle aldre fra 0 - 14 år.

Neonatalstuen bestod af en enkelt stue, der i dag rummer afdelingens allergi-ambulatorium. Denne stue kunne rumme 12 præmature børn på samme tid, idet der stod tre kuvøser med 2 børn i hver - midt på gulvet, og desuden tre varmekasser i hver side af stuen. En 12-sengs stue fra medicinsk afdeling kunne rumme op til 16 - 18 børn og den tidligere børnestue 6 - 8 børn og flere ned ad gangen.

Hvis der var børn, der skulle isoleres, måtte de placeres på den anden side af forhallen, hvor der tidligere havde været autoklaverum og kontorer.

I efteråret 1963 fandt den første ombygning sted. Da blev den store stue ændret til fem små 2 - 3 sengs stuer og afdelingskontor, og der blev indrettet tidssvarende mælkekøkken samt forbedrede birum. Stadig indenfor disse smalle rammer fungerede børneafdelingen helt frem til 1967, hvor belægningen var steget til 41 børn i gennemsnitsbelægning.

Og Karen Vagning, skolen på hospitalet – sluttede med en øjenvidneberetning:

“Undervisningen af indlagte skolepligtige børn begyndte i januar 1958. Hvor lå bør-

nene? Hist og pist - og som regel ikke særlig ideelt. Hvad med en lille 8-årig purk på stue med en halvdøv 80-årig?

Da børneafdelingen blev oprettet - samledes de fleste børn der - hvilket også for undervisnings situationen havde mange fordele. Lokalemæssigt var det mere end dårligt - det var simpelthen storslem! Der var mangel på plads overalt på hospitalet - så i de første år havde vi undervisning i et "hak" på gangen udenfor den daværende røntgenafdeling - faktisk i venteværelset. Folk kom og gik - og børnene fulgte ivrigt med i - hvor mange gipsben, der kom i løbet af en time. Sengeliggende børn blev kørt til undervisning i sengene - så der var fyldt godt op.

Fra "hakket" på røntgenafdelingen avancerede vi til et rigtigt lokale - nemlig opholdsstuen på den kirurgiske mandsafdeling - som lå ret nær ved børneafdelingen. Næste lokale var på 2. sal , var dengang et meget mørkt - ja, nærmest skummelt rum. Vi måtte have elektrisk lys tændt hele dagen året rundt - og lamperne var vist fra århundredeskiftet. Møb- leringen var helt speciel - et par ældgamle svungne divaner - der havde kendt bedre dage - samt et par sofaborde.

Nu måtte der gøres noget alvorligt ved møbleringen - og overlæge Hansted fremtryllede kasserede kantineborde og stole - som var alt for høje til de mindste skolebørn. Det kunne der rådes bod på - og tømmeren kom og savede af benene - så højden passede. Det var ikke noget kønt syn - og en mor, der kom på besøg i skoletiden - så chokeret på møblementet og spurgte - om der engang havde boet dværge der!

Højhuset blev færdigt og vi flyttede endnu en gang op og fik nærmest herskabelige forhold - sammenlignet med, hvad vi var vant til. Vi fik nemlig en af de gamle operationsstuer + 2 små siderum - og det havde vi helt for os selv. I 1978 blev hele den gamle operationsafdeling pænt moderniseret og skolen fremtræder nu med lyse venlige lokaler! Takket være rimelige bevillinger fra Skoleforvaltningen er skolen i dag også materialemæssigt ajour - hvilket betyder særdeles meget i det daglige arbejde!

Får vi i dag besøg af forældre eller hospitalslærere fra andre byer - lyder det altid: hvor har I det hyggeligt: Og det har vi - også takket være den interesse overlæge Hansted har udvist" (239).

Ledende overlæge i dag Erik Østergaard der efterfulgte Christian Hansted.

Professor, dr.med. Finn Ebbesen.

Praktiserende speciallæger: Olav Bennedbæk, Karen Fuglsbjerg, Ålborg.

## Sygehus Vendsyssel Hjørring, Børneafdelingen.

Hjørring Sygehus blev indviet i 1891, men først i 1961 altså 70 år senere blev der etableret et børneafsnit med kuvøsepladser i et eksisterende medicinsk afsnit.

Fra det daværende afsnits nedlæggelse sidst i 1970'erne og frem til den nuværende afdelings etablering i 1980 forløb der nogle år med livlig og til tider anspændt diskussion om børnenes placering både på tværs i sygehuset og på langs i Nordjyllands amt, der var et af de få amter, hvor der i 1980'erne og frem til amternes nedlæggelse i 2006 var 2 børneafdelinger.

Den daværende overlæge ved Ålborgs Børneafdeling Jens Christoffersen havde fra 1978 fungeret som konsulent, så det var derfor naturligt, at han fik til opgave at planlægge og indrette børneafdelingen i samarbejde med sygehusets egen stab.

Afdelingens første overlæge blev Kaj Lillquist, og man måtte ved afdelingens jubilæum i 2005 konstatere, at afdelingen havde haft mange børnesygdomme, men nu var veletableret og selv om den var landets yngste børneafdeling, var den blevet voksen og moden.



Figur 101. Børneafdelingen, Sygehus Vendsyssel fejrede 25 års jubilæum i 2005

Det viste sig hurtigt, at afdelingens fysiske rammer var for snævre, idet patienttilgangen også her var større end beregnet. Efter utallige konsulentundersøgelser lykkedes det i perioden 1990 til 2005, at få afdelingens areal fordoblet. Den øgede aktivitet skyldes bl.a., at børnestuerne og fødefunktionen på Frederikshavn sygehus blev lukket i den periode.

Afdelingen har meget dynamisk allerede fra 2003 etableret en delvis DRG-afregning, ligesom man fra 2005 har implementeret den elektroniske patientjournal og bookingsystem.

Børneafdelingen er i dag en del af sygehus Vendsyssel i region Nordjylland og arbejder tæt sammen med børneafdelingen i Ålborg, bl.a. om neonatologien og indenfor neuropædiatrien vedr. udredning af svær epilepsi (240).

*Ledende overlæge: Kaj Lillquist, i dag Per-Henrik Kaad*

*Hvordan fandt man en slutstilling i pædiatri?*

Også kaldet ”den pædiatriske katastrofe”, som redaktøren husker det som yngre læge var det store spørgsmål gennem uddannelsesforløbet, hvor man ville ende i en ikke – tidsbegrænset slutstilling, som i 80'erne var det samme som en overlægestilling.

Nogle år blev der kun opslået og besat én eneste overlægestilling i hele landet, så det var lidt triste udsigter. Puklen af ”ældre” yngre læger med speciallægeuddannelse voksede, og de ærkekøbenhavnske læger begyndte i stigende grad at få øjnene op for mulighederne i provinsen. Knud E. Petersen blev overlæge i Kolding og senere cheflæge, skønt bopælen var Frederiksberg, Bente Beck, Søren Krabbe, Ole Andersen med bopæl i Københavnsområdet blev overlæge i Storstrøms amt og Peter Bækgaard i Ålborg.

Der var rift om stillingerne, idet der som sagt kun blev opslået ganske få overlægestillinger hvert år. Til en stilling som sideordnet overlæge ved Centralsygehuset i Holbæk, pædiatrisk afdeling var der i 1984 således 16 ansøgere alle speciallæger født mellem 1935 og 1948 (35 - 49 år gamle), og til en overlægestilling i Hillerød inden for det gamle særfor-sorgsområde året efter var der 10 ansøgere.

## Kapitel 15

# Grønland, Færøerne og Saudi

Da der i mange år frem til 2004 ikke fandtes børnelæger på Grønland, blev der hver sommer sendt en kvalificeret børnelæge op langs kysten, i en årrække varetaget af overlæge Inge-Merete Nielsen, hvor hun i bogstaveligste forstand arbejdede sig fra bygd til bygd. Resten af året blev børn med mere akutte problemer fløjet til København.

### Den omrejsende pædiater i Grønland

*Inge-Merete Nielsens erindringer:*

Den omrejsende pædiater i Grønland, ja sådan stod der ofte i epikriserne fra Rigshospitalets børneafdeling, hvis grønlandske børn havde været indlagt og skulle kontrolleres, når der kom børnelægekonsulent på distriktssygehusene i Grønland.

I en del år efter 2. verdenskrig var der kun pædiatriske konsulentrejser hver 3. år!, men efterhånden fik stort set alle kystbyernes sygehuse årlige pædiaterbesøg. I de seneste år indtil oprettelsen af en pædiatrisk overlægestilling i 2004 på Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk, som fungerer som landshospital, har vi været 4 – 5 faste pædiatere, som hver især betjente vores ”eget område” i dette store land nemlig Nord-turen, Diskobugt-turen, Sydturen og Øst-turen + Nuuk. Det gav en god kontinuitet både for patienterne, hvor en del børn med kroniske sygdomme bliver set hvert år og for personalet, samt selvfølgelig også for speciallægen. Man kendte rutinerne, var stedkendt og kunne med det samme gå i gang med konsultationerne.

Selv har jeg rejst i Grønland gennem 20 år og har derfor et godt indblik i sygdomsmønsteret og udviklingen i landet ikke mindst på det sociale område.

Hvordan arbejder man? Og hvad fejler børnene?. De spørgsmål får man ofte, når man kommer hjem fra en rejse.

På hvert sygehus skriver distriktslægerne i løbet af året de børn op, som ønskes vurderet ved næste børnelæge visit. Men da der kun er besøg 1 x årligt, bliver børn med akutte sygdomme, som ikke kan behandles på det lokale sygehus sendt til Nuuk, RH eller evt. til Island.

Konsultationerne foregår oftest i sundhedsplejens lokaler og gerne sammen med sundhedsplejersken, eller hvis der er vakance med den sundhedsmedhjælper, som er tilknyttet sundhedsplejen. Tolk er ofte er nødvendig. De fleste børn ses på sygehuset, hvor det også er muligt at få taget blodprøver og røntgenundersøgelser. Er der mange tilsyn i de større bygder rejser man ud medbringende en stor papkasse med alle journalerne og en stor papkasse med madforsyninger og holder konsultation på sygeplejestationerne eller i sundhedshusene.

De grønlandske børn fejler stort set det samme som de danske børn. Dog er der flere med kongenitte hjertefejl, som må til Danmark for operation og efterfølgende kontroller. Der er også en del neuropædiatriske patienter med epilepsi, CP og retarderet udvikling, hvor årsagerne f.eks. kan skyldes svære tilfælde af meningitis eller graviditets- og fødselsproblemer. Astmatisk bronkitis og pneumoni var tidligere et meget stort problem, hvor børnene ofte fik kroniske lungeproblemer med bronkiektasier. Men her kan der spores en klar bedring pga. bedre boliger, en osende skibsovn i familiens eneste stue er blevet afløst af oliefyr eller fjernvarme, mere bevidsthed hos forældrene om at ryge udenfor, samt ikke mindst at spacerbehandlingen også fik sin udbredelse i Grønland.

I 1970'erne havde man stort set fået bekæmpet tuberkulosen ved en storstilet screeningsindsats fra 1950'erne og fremefter, ikke mindst ved hjælp af "Misissuut" – Tuberkuloseskibet (som den grønne TB-vogn i DK) der hver sommer sejlede op og ned langs kysten og undersøgte alle med gennemlysning og viderehenviste dem, som var behandlingskrævende til Sana (sanatoriet i Godthåb)

Desværre er tuberkulosen igen i dag temmelig udbredt og også en del børn er smittede og skal i langvarig behandling.



*Figur 102. Grønland. Der ammes*



*Figur 103. Grønland. En patient*

Medens man arbejder på sygehuset er det en god ide at deltage i morgenkonferencen, hvor man ofte kan bidrage med råd og vejledning. Og er der indlagte børn går man stuegang på dem og deltager i det hele taget i den akutte behandling, hvis det ønskes.

Undervisning af sygehuspersonalet, tværfaglige konferencer med skole, psykolog, socialvæsenet og politiet, forældreaftener i børnehaverne m.m. har jeg altid prøvet at få presset ind i den al for snævre tid, der er afsat til konsulentbesøget, idet jeg finder det er en vigtig del af børnelægearbejdet. Men det betyder også, at man ofte må sidde om aftenen og diktere for at nå det hele.

I de 20 år jeg har rejst i landet er der sket mange positive ting med bedre boligforhold (men der er stadig en udtalt boligmangel) og bedre uddannelsesmuligheder for de unge med gymnasier i flere byer og et universitet i Nuuk, hvor man kan studere flere specialer.

Men samtidig er der også sket en større marginalisering, og der er uhyggelig mange omsorgssvigtede børn, som må bo på børnehjem i lange perioder. Det var virkelig en stor overraskelse ved mit første besøg i 1986, at der næsten i hver by var et børnehjem og at de både havde overbelægning og lange ventelister. Desværre er denne situation uændret i dag.

I 1980'erne og 1990'erne rejste man med Sikorsky helikoptere til byerne og små helikoptere, motorbåde af forskellig størrelse eller hundeslæde til byggerne. Men nu hvor der i en del byer er anlagt landingsbaner til fastvinget fly (Dash 7), så ankommer man til sygehuset og mange af bygdebørnene der skal ses, bliver transporteret ind til sygehuset i byen.

Det er absolut mere effektivt, da man ofte har brug for at få taget blodprøver og røntgenbilleder, men knapt så rigt på oplevelser i den smukke grønlandske natur.

Den herligste frokost jeg husker, var i Thule distriktet. Vi var på vej på hundeslæde til verdens nordligste bygd Siorapaluk og gjorde holdt midt ude på den islagte fjord (11). Hundene hvilede, is blev smeltet i en kasserolle på primussen til te og til at koge røde pølser.

Solskin, høj blå himmel, glimtende sne og tusinder af søkonger i formationsdans over vores hoveder.

Min slædekusk Peter havde dog mere kikkertsigtefokus på noget der bevægede sig langt ude i horisonten - en isbjørn - måske (immaqa) - geværet kom dog ikke i brug.

Og den skønneste aftensmad ombord på GTO (Grønlands Tekniske Organisation) båden "Ulimaut", hvor vi (sundhedsplejersken, sundhedsmedhjælperen i sundhedsplejen, tolken og mig) i løbet af en uge besøgte alle byggerne i Ammassalik kommune på østkysten.

Skipper havde skudt en sæl (12). Kødet havde kogt i flere timer m. løg og ris og det gav den mest velsmagende suasaat (sælsuppe), som vi spiste på dækket med udsigt til den 3 km. høje indlandsis farvet lyserød af den nedgående sol og med kæmpestore isbjerge "sejlende" forbi os. Og da det blev mørkt begyndte Nordlyset at danse henover himlen i flotte formationer og farver.

Grønlanderordningen blev i mange år administreret fra Rigshospitalet af professor Zachau-Christiansen og senere af Susan Nielsen. For børn med sukkersyge blev der 1990.



erne etableret en fjernservice fra børneafdelingen i Glostrups sukkersygeteam, dygtigt ledet af Professor Henrik B. Mortensen, hans kone Karin Marinelli, der var laborant i diabetesteamet og Overlæge Birte Olsen for bare at nævne nogle få af de mange aktive. Undersøgelse og behandling af børn med sukkersyge kunne derfor i høj grad foregå lokalt under kyndig instruktion samtidig med at man undgik en lang rejse væk fra det vante miljø (241)

*Figur 104. Grønlandsk familie.*

## **Børneafdelingen Nuuk:**

Siden 2004 har der været én overlægestilling på børneafdelingen i Nuuk.

Overlæge Britta Louise Olsen skriver om dette:

”Siden Grønland i 2004 fik normeret en stilling som pædiatrisk overlæge på Dronning Ingrid's Hospital, er der sket en positiv udvikling i pædiatrien.

Mange undersøgelser og behandlinger, som tidligere ikke var muligt at gennemføre i Grønland, foretages nu på Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk. Børnene og deres familier er i et miljø, hvor der tales grønlandsk og hvor man har bedre kundskab til den grønlandske kultur og børnenes sociale baggrund.

Der er et børneambulatorium, hvor både børn fra kysten og fra Nuuk følges af pædiater. En grønlandsk, tosproget sygeplejerske, er ansvarlig for børneambulatoriet og har primærkontakten til familierne.

Ved kontrol i børneambulatoriet bor børnene, som kommer fra kysten, sammen med deres pårørende på patienthotellet.

Børneafsnittet er forsat en del af medicinsk afdeling. Her ligger alle børnene med medicinske sygdomme samt børnene med kirurgiske sygdomme (dog kun op til 12 år). Der er meget dansk personale på afdelingen, men der er tilknyttet grønlandske tosprogede sygeplejerske til børnegruppen.

Lokaleforholdene på afdelingen er meget trange, hvilket er ensbetydende med, at børnene kan risikere at dele rum med en voksen patient og at legestuen er alt for lille til børnegruppen. Der var i 2006 i gennemsnit 8 børn indlagt hver dag, men tallet kunne variere fra 0 til 12 børn.

Der er børnefysioterapeuter og ergoterapeuter på sygehuset, men endnu ingen pædagoger.

De let syge neonatale børn bliver observeret i tilknytning til intensivafdelingen. Alle risikofødsler foregår på Dronning Ingrid's Hospital, og mødre evakueres ikke til Danmark ved truende præmatur fødsel. Nyfødte som har behov for kuvøse, CPAP-behandling eller anden semiintensiv observation indlægges derfor på neonatalstuen på intensiv afdeling. Der er mulighed for respiratorbehandling af nyfødte, men der er ikke personaleressourcer til at dække et langvarigt forløb, hvorfor nyfødte børn med respiratorbehov evakueres til Danmark.

Intern medicinerne laver ekkokardiografi på børnene og der er mulighed for at sende tele-ekkokardiografi til børnekardiologerne på RH. Røntgenafdelingen har fået en ny CT-scanner og der er digital forbindelse til både kystsygehusene samt til røntgenafdelingen på RH. Laboratoriet kan tage alle type blodprøver, de fleste analyseres på sygehuset mens specialanalyser sendes til Danmark.

Man har fra politisk side ønsket, at undersøgelser og behandlinger skal foretages i Grønland. Derfor er mange patientgrupper blevet hjemtaget og følges nu af den pædiatriskeoverlæge, som f.eks. børnerheumatologien og endokrinologien.



Som pædiatrisk overlæge i Grønland har jeg et utroligt spændende og udfordrende job. Oplever pædiatrien fra A-Z, og brugen af lærebøger, vejledninger på internettet samt telefonen er helt nødvendig.

At opleve den grønlandske natur og kultur er en fantastisk oplevelse.

Det har været ønsket fra sundhedsvæsenets side, at konsulentrejser på kysten, skulle i varetages af specialister fra Dronning Ingrid's Hospital. Dette har jeg ikke kunne gennemføre, som eneste pædiatriske specialist på sygehuset. Jeg har imidlertid haft mulighed for at rejse 8 uger hvert år, hvilket svarer til 50 % af konsulentrejserne. Det har naturligvis været både fine natur og kulturoplevelser, men det har også givet mig en solid baggrund for at forstå børnenes, ofte vanskelige, sociale baggrund. At møde helsepersonalet ude på kysten har desuden givet en meget god kontakt og samarbejde resten af året.

Selvom der er sket en positiv udvikling for pædiatrien, så er der lang vej endnu og

”Børns rettigheder på sygehus” er langt fra opfyldt. Børnene ligger på en voksenafdeling, behandles som små-voksne og passes ikke af personale, som er uddannet til at i varetage børns psykiske og fysiske behov for omsorg og pleje. Der er kun en pædiater ansat, og altså ikke døgnvagt, til trods for at f.eks. alle risikofødsler foregår på sygehuset og at lægerne på kystsygehusene skal serviceres i alle døgnets timer. Støttetiltagene for de omsorgssvigtede og handicappede børn i Grønland, er både fra sundhedsvæsenets og fra socialvæsenets side meget mangelfuld.

Mit og personalets højeste ønske, på nuværende tidspunkt, er en selvstændig børneafdeling for både neonatale og større børn, klinisk pædiatrisk sygeplejerske og pædiatrisk bagvagt hele døgnet” (242).

## **Færøerne**

Odmar Færø (1940 - ) blev i 1980 skolelæge i Thorshavn og pædiatrisk konsulent ved det færøske sygehusvæsen. I 1984 blev Færø ansat ved Dronning Aleksandrines Hospital som overlæge.

## **Saudi Arabien**

I 1980'erne og 1990'erne tog en del danske læger ét eller få års orlov for at arbejde som læger i Saudi Arabien.

Af danske børnelæger der drog ud kan nævnes Birgit Peitersen, Else Andersen, Lars Peter Hansen, Finn Ursin Knudsen, Svein Vestermark, Henrik Hertz, Niels Bach-Mortensen og Erik Arthur Andersen. Erik skriver om arbejdet på en poliklinik i Saudi Arabien:

”Poliklinik eller Ambulatorium betyder de fleste steder, at lægen tilser syge patienter der er udskrevet fra hospitalet således, at konsultationen primært drejer sig om sygdom.

Undertiden kan der dog være andre årsager.

Da jeg var ansat i Dhahran ved den Persiske Golf var det kutyme, at hele familien mødte

op (Kvinder må ikke køre bil i Saudi Arabien) hvorefter faderen fremførte sit ærinde ved lugen til poliklinikken.

Som ambulatorielæge, havde man sit navneskilt opstat den pågældende dag ”Dr. Andersen is in” således, at forældrene kunne søge den læge de helst ville se.

Ved alle konsultationer var der en kvindelig tolk tilstede, så der var ingen sproglige problemer.

I en periode blev vi meget ofte besøgt af en far, der kom alene med sin 2-årige datter, der tidligere havde haft feberkramper.

Forløbet havde ikke været særligt alvorligt og jeg begyndte at undre mig over hvorfor han egentlig så tit dukkede op.

Som den gode (og naive) skandinaviske læge jeg var, kunne jeg naturligvis kun tænke, at faderen var bekymret og gerne ville have vejledning og beroliges med hensyn til datteren, men samtidigt var der noget underligt ved konsultationerne som jeg ikke rigtig kunne sætte fingeren på.



*Figur 105. Overlæge Erik Arthur Andersen, kollega fra Sierra Leone og Lars Peter Hansen, Khamis Mushart, Saudi Arabien 1988*

En dag netop efter en ny konsultation med far og datter udbrød tolken pludselig meget vredt og følelsesladet: ”Oh – I hate that man”.

”Jamen, hvad mener du dog – han er da en venlig og flink person der sikkert blot er bekymret for sin datter” svarede jeg.

Tolken så på mig, som om hun ville spørge om hvor godtroende man dog har lov til at være:

”Don’t you know Doctor: The only reason this man is coming to the clinic, is to see my naked face!” - hvorpå hun var lige ved at græde.

Jeg havde slet ikke tænkt på, at de kvindelige tolke i klinikken altid arbejdede uden slør, så det var altså næsten det rene pornografi, at se en kvinde ”With a naked face”.

Vi så hverken far eller datter siden (243).

# Praksis, børneplejestationer, skole- og kommunallæger

*Beskrevet af Karsten Kaas Ibsen, redigeret af Bente Hansen*

Tidligere helt frem til 1990'erne var der en stor del af de storkøbenhavnske småbørn, der kom på de kommunale børneplejestationer til forebyggende børneundersøgelser og vaccinationer, mens et lille antal kom hos de op til 1970-80 relativt få praktiserende børnelæger i Hellerup og på Frederiksberg.

## *Børneplejestationer*

fundtes tidligere ret udbredt i Københavns kommune, bemandet bl.a. med sundhedsplejersker og børnelæger – kommunallæger. Børneplejestationerne var tænkt som et alternativ til familielægens tilbud. Børneplejestationerne var en overgang meget populære, og man nåede i 1956 op på 33 børneplejestationer. Overlæge for børneplejestationerne i København var på det tidspunkt Aage Bojesen. Københavneroverenskomsten med fast månedligt honorar stortset uanset antallet af ydelser for de praktiserende læger i Københavns og Frederiksberg kommune var meget forskellig fra landets øvrige kommuner, hvor lægerne blev honoreret pr. ydelse.

Ikke alle københavnerlæger var lige interesserede i profylaktiske børneundersøgelser, men i takt med fornyet bedre uddannet bemanding og ny overenskomst for de praktiserende læger i København fald behovet for børneplejestationerne, som nu alle er lukket.

Enkelte Gruppe 2 børn gik hos de praktiserende børnelæger, også til de forebyggende børneundersøgelser, som vi kender det fra især sydeuropæiske lande.

I dag varetages de almindelige forebyggende børneundersøgelser efter udskrivningen fra fødestedet og frem til skolealderen samt vaccinationer og den primære diagnostik af akut opstået sygdom hos børn stortset udelukkende af de praktiserende læger også kaldet familielægen. Disse læger er typisk speciallæger i almen medicin, selv om et par enkelte speciallæger i pædiatri også arbejder indenfor almen praksis.

I vagttiden tilses syge børn af vagtlæger med meget forskellig uddannelse, men der er nyligt etableret en børnelægevagt uden overenskomst med sygesikringen i Københavnsområdet, bemandet med børnelæger.

Det har længe været ønskeligt, at alle vordende speciallæger i almen medicin sikredes uddannelse i børn og deres sygdomme, hvilket synes at ske nu med indførelse af den nye speciallægeuddannelse med 6 måneders obligatorisk uddannelse i hospitalspædiatri, således at de er bedre rustede til at varetage diagnostik og behandling af såvel akut sygdom som diagnostik og visitering af børn med kroniske sygdomme.

## Skolelæger – kommunallæger på børne- ungeområdet

Berlingske Tidende kunne den 12 januar og 14. februar 2007 (244,245) fortælle, at sygeplejersker skulle overtage ”skolelægerne” job med de to lovpligtige helbredsundersøgelser af elever i 0. og 9. klasse. Forslaget kom fra regeringen som led i en kvalitetsreform. ”Det vil betyde, at syge børn ikke får hjælp i tide”, advarede ”skolelægerne”. ”Sygeplejersker overser sygdomme som astma og rygsækvhed, men også alvorligere sygdomme som kræft, hjertesygdomme og hjernesvulster vil blive overset”, advarede formanden for Foreningen af kommunalt ansatte læger.

Det er mere end 100 år siden, at der blev etableret en fast skolelægeordning i Københavns kommune efter en forsøgsperiode på 3 år. Helt tilbage i 1860 skrev Emil Hornemann en udførlig afhandling om sundhedsforholdene i skolen med et helt skolehygiejnisk program bl.a. med en indgående omtale af ventilation, renholdelse af klasseværelser og klosetter og betydningen af legemsøvelser. Han fremhævede de socialmedicinske aspekter ved lægeligt arbejde ikke mindst i forhold til læreren. Han mente, at lægens arbejde i skolen, er den kunst at hjælpe de svage frem, at bringe det bedste ud af hver enkelt, at forhindre den ensidige og fremme den harmoniske udvikling hos enhver”. Det må siges i høj grad, at være fundamentet for det lægelige arbejde i skolerne også i dag.

I 1881 offentliggjorde læge Axel Hertel sine undersøgelser over de københavnske skolebørns helbred. Undersøgelserne viste, at et hidtil uanet stort antal af skolebørnene led af kroniske sygdomme.

I de første årtier af 1900-tallet bredte skolelægeordningen sig i Danmark, men især landkommuner og mindre købstæder havde svært ved at forstå betydningen af lægetilsyn i skolerne.

Den 2. maj 1900 kom den første skolelægeinstruks i København. Den omhandlede hygiejnisk tilsyn med skolerne samt undersøgelse af børn ved skolestart samt yderligere undersøgelser af børn, hvor lærerne mente der var et specielt behov. Først i 1946 kom der en egentlig skolelægelov, der som grundprincip havde, at alle børn i hele landet skulle undersøges hvert år.(246-248)

### *Lov om forebyggende helbredsundersøgelser:*

I 1946 forfattede DPS en skrivelse til indenrigsministeriet i anledning af loven om helbredsundersøgelse af børn bliver vedtaget. Der var tale om en ramme for forebyggende arbejde, et område der endnu var ret uopdyrket, Set fra et lægevidenskabeligt synspunkt var det nødvendigt med videnskabeligt forskningsarbejde (249).

Loven fra 1972 foreskrev undersøgelser af børnene i børnehaveklasse, 1., 2., 5 og 9. klasse. Senere begrænsedes de faste undersøgelser til kun at omfatte børn ved indskoling i børnehave- eller 1. klasse, og ellers kun efter behov.

Betænkning om Skolesundhedstjenesten, udarbejdet af et af sundhedsstyrelsen den 24.

april 1980 nedsatte udvalg, barslede med en betænkning året efter (250). Visionerne var store. Formand for udvalget blev den meget aktive Finn Kamper-Jørgensen, dengang ansat i sundhedsstyrelsen, senere direktør for DIKE (Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi). I udvalgsarbejdet deltog fra lægesiden pædiateren Niels Michelsen, udpeget af sundhedsstyrelsen, og formanden for Dansk Skolelægeforening skolelæge Inge Johnsen udpeget af Lægeforeningen, der i samarbejde med lægerne Gerd Almind, Inge-Lise Mouritsen, Jørgen Jepsen, Karsten Kaas Ibsen og Majken Kristensen samt repræsentanter fra samarbejdspartnerne udgjorde det faglige bagland i de 4 støttegrupper.

Baggrunden for udvalgsarbejdet var en kritik fra nogle kommuner, der mente, der blev brugt for meget tid på rutineundersøgelser med ringe nytteværdi, idet man alligevel ikke fandt frem til de egentlige sundhedsproblemer hos eleverne. Situationen var den, at der var en betydelig forskel fra kommune til kommune, hvor et antal kommuner, specielt omkring de større byer, havde dygtige veluddannede og engagerede skolelæger, var der nogle få kommuner, der ikke havde skolelæge og ikke havde haft det et stykke tid, idet de ikke havde kunne besætte stillingerne på grund af kendte samarbejdsproblemer og umulige arbejdsvilkår, afstukket af en emsig sundhedsplejerske eller kommunal embedsmand.

Udvalget konkluderede, at skolesundhedstjenesten fandt, at 15% af skolebørn havde legemlige problemer heraf 10% af alvorlig betydning og at 15% havde psykiske lidelser, heraf 5% i alvorlig grad (251).

Udvalget konkluderede ”at sundhedstilstanden blandt skoleeleverne gradvis er blevet forbedret hvad angår de fleste legemlige sygdomsproblemer mens de psykiske og sociale problemer synes voksende”. Udvalget pegede på, at en række af voksenlivets helbredsproblemer grundlægges allerede i barnealderen. Ved en forebyggende og vejledende indsats på dette tidspunkt vil det være muligt, at finde frem til og påvirke en række af de forhold, der giver risiko for sygdom som voksen.”

Med udgangspunkt i disse forhold foreslog udvalget, at fremtidens skolesundhedstjeneste blev omlagt til en mere bedriftssundhedslignende virksomhed (252).

Man foreslog endvidere, at der, hvor forholdene tillod det, i fremtiden blev ansat fuldtidsskolelæger.

Der skulle stilles øgede krav til lægernes samfundsmedicinske (formanden for udvalget var selv samfundsmediciner) og pædiatriske kvalifikationer. Det man ønskede var, at de mindre deltidsjob som var i mange kommuner, ved fælleskommunale ordninger (det var dengang man havde 275 kommuner og ingen tanker om kommunesammenlægninger), blev sammenlagt til fuldtidsstillinger.

Derved ville man få mulighed for, at erstatte de dårligst uddannede ”hattedamer” uden speciallægeuddannelse, der ofte kun søgte de mindre job, med veluddannede speciallæger med socialpædiatrisk baggrund og interesse, der ville lægge nogle kræfter og energi i det forebyggende arbejde med børn og samtidig kunne matche de veluddannede sundhedsplejersker.

For de helt små stillingers vedkommende, hvor heltidsstillinger ved sammenlægninger ikke var muligt, skulle funktionen overgå til almen praksis med socialpædiatrisk interesse.

Det var ikke ret meget PLO og FAS i disse år kunne blive enige om, men her var et område, hvor der kunne skabes nogle fornuftige slutstillinger for de rigtige ansøgere med den rette uddannelse vil kunne få tilbudt en spændende stilling med en rimelig aflønning.

Københavns kommune havde i mange år (1959-81) pædiateren Axel Biering ansat under skoledirektøren som skoleoverlæge og leder for skolelægerne. Han blev efter mange års tro tjeneste i en kortere periode efterfulgt af pædiater Søren Klebak. senere embedslæge i Københavns amt.

Stillingen som skoleoverlæge i Københavns kommune blev herefter nedlagt og erstattet af pædiater Bente Hansen som adm. skolelæge, senere overlæge. I Århus var børnepsykiateren Kirsten Barfoed ansat i 1974-88 som skoleoverlæge på nogenlunde lignende vilkår bortset fra, at stillingen var placeret i social- og sundhedsforvaltningen og med en overtandlæge som chef. Den stilling blev nedlagt ved hendes afgang.

Markedsføringen af skolelægeordningen blev i en 10 årig periode fra sidst i 80'erne varetaget af Bente Hansen som formand for Dansk Skolelægeforening samt DBO's repræsentant i DPS's bestyrelse efter Karsten Kaas Ibsen.

Mange havde håbet, at oprettelsen af overlægestillinger i København, Århus og Odense kommuner ville udløse nogle tilsvarende stillinger i amterne, men sådan skulle det ikke gå. Sundhedsplejerskerne i kommunerne var veluddannede og engagerede, og de støttede bestemt ikke en sådan funktion, der med de rette folk på pladsen ville have svækket sundhedsplejerskernes position og styrket skolelægenes (253-255)

DPS udvalg om ungdomsmedicin skitserede i 1994 de problemer og behov ved den fremtidig udvidelse af pædiatri med ungdomsmedicin, behovet for specialtilbud til de unge med særlig vægt på unge med kroniske sygdomme, sen pubertet, retarderet vækst, samt forsinket psykisk modning.

I 1996 anbefaler DPS sundhedsstyrelsen, at sundhedsministerens lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge (256) kommer til at indeholde en bestemmelse om, at de læger der ansættes i ordningen, bliver børne- og ungelæger, der er speciallæger i pædiatri.

I den forbindelse pegede man på børneafdelingernes tiltagende udadrettede aktivitet bl.a. ved etablering af distriktpædiatriske ordninger.

Lov om forebyggende sundhedsordninger fra 1996 udvider skolelægens arbejdsområde til også at omfatte konsulentbistand til daginstitutioner vedr. hygiejne og (smitsomme) sygdomme, vækst og udvikling hos småbørn, samt konsulentbistand til socialforvaltningen i sager vedr. børn. Den lov opfyldte de visioner den daværende formand for Dansk Skolelægeforening og senere professor på Rigshospitalets børneafdeling Bengt Zachau (249).

Christiansen fremsatte i 1977, (249) og som rapporten ”Dansk pædiatri mod år 2000” også skitserede (68).

### *Nomenklaturen*

På baggrund af de ændrede arbejdsområder blev betegnelsen ”skolelæge” udskiftet med ”kommunallæge på børne- og ungeområdet”. Ændringen i nomenklaturen betød i praksis desværre, at betegnelsen børne-ungelæge blev anvendt bredt, også af læger uden speciallægeanerkendelse i pædiatri. Det bevirkede, at den meget pressebenyttede Vibeke Manniche blev anmeldt af Jesper Brandt Andersen (JBA) til sundhedsstyrelsen for overtrædelse af Lov om markedsføring af sundhedsydelser. Sundhedsstyrelsen fandt ikke at loven var overtrådt, men (JBA) havde en anden mening om Børne-unge læger. I ugeskriftet (257) raser han over, at Vibeke Manniche markedsfører sig offentligt ved bogudgivelser og honoreret foredrags- og brevkassevirksomhed som børnelæge, uden at være pædiater. ”Hvis en læge uden speciallægeautorisation i pædiatri offentligt betegner sig som speciallæge i pædiatri, som ikke en sjæl i den danske befolkning aner, hvad er, vil pågældende læge prompte modtage et brev fra SST med trussel om videregivelse af sagen til politiet under henvisning til lægelovens § 4.”

Tilsvarende vil gælde, hvis man betegner sig som ”allergilæge” skriver (JBA) og raser videre mod Vibeke Manniche som efter hans mening ”beredvilligt og skråsikkert udtaler sig i pressen om børns sygdom og sundhed lige fra rådgivning af kronprinsessen om længden af hendes barselsorlov og til sutters forebyggende effekt på vuggedød.

### *Dansk Skolelægeforening*

I 1996 ændrede Dansk Skolelægeforening navn til Foreningen af kommunalt ansatte læger (FAKL), hvis 1. formand blev pædiater Eva Due. Man havde visioner om, at kommunallægestillingerne i de store kommuner skulle besættes med pædiatere og i de mindre af almen medicinere. Man forestillede sig en storkommunal-amtslig lægelig stabsstruktur med overlægelig ledelse.

Indtil 31. december 2006 havde Danmark 275 kommuner, der ved kommunalreformen blev afløst af 96 storkommuner. Dette burde give grundlag for flere fuldtidsstillinger som kommunallæge på børne- ungeområdet med ansvar for sundhedsfremmende tiltag bl.a. overfor de største livsstilssygdomme som hjerte-karsygdomme, overvægt, type 2 diabetes og rygerelaterede sygdomme som led i de sygdomsprofylaktiske tiltag.

### *Lægeforeningen og skolelægerne som redaktøren husker det:*

Lægeforeningen hed i mange år frem til 2007 Den Almindelige Danske Lægeforening (DADL) og havde og har stadig til huse i Domus Medica i Tronhjemsgade, en smuk gammel bygning, der udover kontorer og mødelokaler indeholder festlokaler, køkken, og et meget hyggeligt gammelt støvet bibliotek.

Hvorfor den hed "Almindelig" kan man godt undre sig over, for er der noget lægeforening ikke var, så var det almindelig. Formanden for DADL blev den gang styret med hård hånd af de 3 delforeninger, der lå i evig kamp om de bedste overenskomster for deres medlemmer. Da alle 3 søjler i princippet havde den samme arbejdsgiver, nemlig det offentlige, var mulighederne for at træde hinanden over tærne nærliggende.

Møderne holdtes i 1980'erne og 90'erne i Domus Medica typisk sidst på eftermiddagen - først på aftenen, så de læger der kom fra provinsen kunne nå at være på arbejde nogle timer først, inden de drog af sted til København. De 3 søjler udgjordes af de alment praktiserende læger PLO (Praktiserende Lægers Organisation), Foreningen Af Yngre Læger (FAYL), typisk læger under uddannelse, som endnu ikke havde fået en tidsbegrænset slutstilling og endelig Foreningen af Speciallæger (FAS), typisk cheflæger, overlæger, embedslæger og praktiserende speciallæger, men også andre læger, der ikke passede ind i de to andre søjler.

I de år kæmpede de praktiserende læger generelt for at blive godkendte som speciallæger i almen medicin, hvilket som bekendt lykkedes, uden at de derved blev medlemmer af Foreningen Af Speciallæger (FAS).

FAS organiserede udover overlæger og praktiserende speciallæger også en lille gruppe af andre læger i slutstilling bl.a. embedslæger, militærlæger, skolelæger/ kommunallæger og sygehuslæger. Sygehuslægerne var en uddøende gruppe af læger med nogen kirurgisk erfaring, men uden speciallægeanerkendelse. De blev i sin tid ansat i sygehusvæsenet på mindre sygehuse, hvor det var svært eller umuligt, at få ansat speciallæger.

Ved Dansk Skolelægeforenings årsmøde var jeg pludselig i 1984 blevet valgt til formand efter fuldtidsskolelægen i Svendborg Inge Johnsen. Jeg blev dermed pr. automatik medlem af FAS repræsentantskab på trods af, at mit fuldtidsjob var et arbejde som yngre læge i en tidsbegrænset reservelægestilling, og jeg endnu ikke var færdiguddannet speciallæge.

Formænd og andre erfarne lægepolitikere som den tidligere FAS-formand overlæge, dr.med.Ole André Larsen, der for øvrigt også boede i Tronhjemsgade og derfor kunne komme tilstede til møder med minutters varsel og FAS daværende formand overlæge dr.med. Vagn Sele, som jeg kendte lidt i forvejen, da jeg havde gået på samme skole som hans børn, kløede sig i nakken, men sådan var reglerne, og derved blev jeg den første og nok eneste yngre læge nogensinde i FAS repræsentantskab, der hverken var speciallæge eller havde tidsbegrænset stilling.



# Pr i presse, radio og tv

Tidsskriftet HELSE lå i mange år frem til omkring årtusindskiftet til gratis afhentning på landets apoteker og i de praktiserende lægers venteværelse. Helse udkom én gang om måneden og var meget populært bl.a. hos børnefamilier. I hvert nummer kunne man i mange år op til årtusindskiftet læse Erik Thamdrup's populære og letlæste artikler med gode råd om syge børn.

Artiklerne omhandlede stortset alle emner indenfor pædiatrien, og blev flittigt læst af nuværende og kommende forældre. Efter en kortere periode hvor tidsskriftet kun kunne fås med betaling er Helse nu igen i 2007 gratis.

Hverken Sigrid Riese (sundhedsplejerske, kendt fra DR programmet om far, mor, børn) eller Vibeke Manniche (kommunallæge i Frederikssund) er speciallæger i pædiatri. Begge markedsfører imidlertid efter de flestes mening børn og børns sygdomme fantastisk godt, hvilket en hel del pædiatere godt kunne lære noget af. i deres markedsføring af børn og disses problemer.

"Vores Børn" er et tidsskrift om børn og deres forældre, som flere børnelæger jævnligt skriver i.

"Lægens bord" var et populært Tv-program, hvor flere børnelæger har optrådt, og hvor månedens buket bl.a. er givet til bl.a. overlæge på Odenses børneafdeling Niels Illum.

I "Ny dag" 4. juni 1957 kunne man under overskriften "Børn skal være trygge og glade på et sygehus" en udtalelse fra børneoverlæge Jørgen Kringelbach inden han 1. august skulle tiltræde sin stilling i Nykøbing Falster. "Børn skal være glade på sygehuset, så går det alt sammen meget nemmere. Kun i ganske få tilfælde kan man komme ud for, at et barn ikke falder til på en børneafdeling" udtalte overlægen - det var før indlæggelsestiderne blev reduceret til de korte indlæggelser vi kender i dag -.



Figur 106. Jørgen Kringelbach. Avisudklip fra Ny Dag juni 1957

” Hvordan vil man gennemføre leg på et sygehus”, blev overlægen spurgt. ” Ved at indrette en opholdsstue med legetøj for børn i alle aldre”, var svaret. Kringelbach var da stadig ansat som 1.reservelæge på amtssygehuset i Gentofte og udtalte videre:

”tidligere anså man det for uheldigt at have forældrebesøg, og officielt har vi på Gentofte amtssygehus kun besøg 2 gange om ugen, men efterhånden har vi indset, at forældrebesøg kan have en gavnlig indflydelse” (258).

”Dagens Medicin” havde i maj 2001 sat pædiatri på programmet (259).

Antallet af indlæggelser af børn stiger ifølge Dagens Medicin, der i 2001 satte fokus på de usikre forældre, den manglende viden om deres børns sygdomme og et arbejdsmarked, der ikke gav plads til at børn var syge i flere dage. Dette lagde større pres på børneafdelingerne der i et stort antal indrettede observationsafsnit til at tage presset. Opgaven var klart formuleret af samfundet og forældrene, I har et døgn til at gøre mit barn rask.

Karen Taudorf, (KT) udtalte sig som formand for DPS , at ”de største udfordringer indenfor pædiatrien var udviklingen af kvaliteten indenfor alle ekspertområderne, samtidig med, at man fastholdt og udviklede den almene pædiatri. Øget uddannelsesaktivitet på mange niveauer og en øget forskningsindsats.”

Det vigtigste politikerne skulle arbejde på, var at sørge for ressourcer til at sikre at syge børn fik ”en tidssvarende behandling på europæisk niveau”, og der skal sikres sammenhæng i rehabiliteringstilbud til kronisk syge børn og at. ”Børns opholdssteder bør omfattes af arbejdsmiljøloven – det er barnets arbejdsplads- og ikke udsættes for tobaksrøg”,

Bedre fysiske rammer blev efterlyst ”så det bliver en selvfølge, at en forælder kan indlægges sammen med det syge barn – det er der langt fra i dag.”

”Pædiatere har længe været bevidst om vigtigheden af information og kommunikation. og skal være mere offensive i medierne og i det forebyggende arbejde for nul ryg, bedre kost og mere motion.”

På spørgsmålet om visionerne indenfor pædiatrien de næste ti år, var hendes bud ”alle børn bør indlægges på en børneafdeling. I dag indlægges 40% på andre afdelinger. Ved alle hospitalsfødsler bør der være mulighed for akut pædiatrisk service”.

”Dagens Medicin” bragte ”Pædiatri i tal” og kunne oplyse, at der i 1990 blev udskrevet under 65.000 børn, mens der i 1999 blev udskrevet 80900 børn fra de danske børneafdelinger, hvoraf de 67% var blevet indlagt akut. Tallet for indlagte børn rundede i 1997 de 100.000. I 1999 havde Danmark 931 døgnsege og 53 dagsenge på 26 børneafdelinger, betjent af 412 læger og 1564 sygeplejersker og andet plejepersonale foruden de der var ansat på Rigshospitalet. 22% af børnene blev indlagt med sygdomme i luftvejsorganerne 16% med symptomer eller mistanke om sygdom, 12% traumer og forgiftninger, 7% infektioner og 6% blindtarmsbetændelse og andre fordøjelseskvalsygdomme (260).

Arne Høst, Odense konkluderede, at forældres rygning er skyld i over en tredjedel af de akutte indlæggelser i Odense, og tallene bekræftes af Susanne Halken fra Sønderborg, fra

sine arbejder om sammenhængen mellem passiv rygning og sygelighed (260).

Kim Fleicher Michaelsen, Den Kongelige Veterinær og Landbohøjskole, Frederiksberg (i dag en del af Københavns Universitet), konkluderede, at man nu drak mindre sodavand i Danmark, et fald på fem mio. liter eller næsten en femtedel (261)

”Fede børn får sukkersyge” var overskriften på en artikel oprindeligt bragt i Berlingske Tidende med Karsten Kaas Ibsen, Glostrup (262), mens Gorm Greisen RH på den næste side i Dagens Medicin konkluderede at ”kornfede babyer er bedre beskyttet mod at blive fede, få hjerte-karsygdomme, få sukkersyge og dø af en blodprop i hjertet som voksen end tynde babyer” (263). I en anden artikel konkluderede han, at der var alt for lidt viden om lægemidler til børn, specielt de nyfødte, og at årsagen skulle findes i økonomien.

På Skejby Sygehus har man indrettet et center der forsker i børneinkontinens, med Søren Rittig som fungerer som koordinator for Center for Børneinkontinens. Han mener 50.000 børn og unge lider af natlig vandladning.

Mens amerikanske piger kommer tidligere i puberteten, er der fra 1970'erne og til 1990'erne ikke sket nogen ændring af danske pigers pubertetsalder. ”alderen ved første menstruation har været stødt faldende gennem dette århundrede, men gennem de sidste 30 år har vi ikke kunne konstatere nogen forandring” siger Anders Juul, RH Registrering af pigers udvikling er tidligere grundigt beskrevet af Else Andersen, Hillerød i sin disputats, På Rigshospitalets afdeling for vækst og reproduktion har man fundet for tidlig pubertet hos piger adopteret fra Asien og Sydamerika.

Øget forekomst af akutte luftvejsinfektioner hos småbørn er blevet påvist hos børn med en arvelig mangel på forsvarsprotein MBL af en forskergruppe fra Statens Seruminstitut og Rigshospitalet. Forskere fra vævstypelaboratoriet på Rigshospitalet har tidligere vist, at MBL mangel forværrer sygdomsforløbet hos patienter med kroniske sygdomme som cystisk fibrose og ledegigt.

Således fik DPS formand og 10 børnelæger fra børneafdelinger og institutioner i alle landsdele på få sider i ”Dagens Medicin” luftet meninger, holdninger, forskningsresultater og visioner i det håb, at det vil være til gavn for syge børn i Danmark.

Den sidste side - bagsiden af dette nummer af ”Dagens Medicin” fortæller under overskriften ”læger til kamp mod våben – amerikanske læger bliver uddannet i at forebygge skuddramaer” om at børnelægerne i USA som de første havde svar på spørgsmålet der opstod efter skuddramaer på skoler. I USA blev i 1997 dræbt 32 436 personer ved skuddramaer, heraf 4223 børn, hver dag dør 12 børn i USA af skudsår, og næsten en fjerdedel af alle dødsulykker med børn skyldes skuddramaer.

” American Academy of Pediatrics førte an i kampen for at forebygge skuddramaer med børn involveret, og i dag bakkes de op af flere og flere af de store lægefaglige organisationer”. Børn og skydevåben indgår nu som en integreret del af uddannelsen og efteruddannelsen for børnelæger i USA.

# D E K L A R A T I O N

# BØRN PÅ SYGEHUS

Retten til den bedst mulige medicinske behandling  
er en grundlæggende ret, især med hensyn til børn.

<p><b>1.</b></p> <p>Børn skal kun indlægges på sygehus, når den behandling, de har behov for, ikke lige så godt kan gøres i hjemmet eller ambulant.</p> <p><b>2.</b></p> <p>Børn på sygehus har ret til at have forældre, eller personer, der er i forældres sted, hos sig hele tiden.</p> <p><b>3.</b></p> <p>Overnatningsmuligheder skal tilbydes alle forældre, og de skal støttes og opmuntres til at blive hos barnet. Det skal ikke være nødvendigt for forældre at påtage sig ekstraudgifter eller at lide indkomsttab.</p> <p>For at kunne tage del i barnets pleje skal forældre informeres om afdelingens rutiner og opmuntres til aktiv deltagelse.</p> <p><b>4.</b></p> <p>Børn har ret til at blive informeret på en måde, der passer til deres alder og færdigheder. Ved information til forældre skal man sikre sig disses forståelse af barnets pleje og behandling. Der bør tages skridt til at fysiske og følelsesmæssigt stress dæmpes.</p> <p><b>5.</b></p> <p>Børn og forældre skal - efter grundig information - give samtykke til alle beslutninger, der angår pleje og behandling af barnet. Alle børn skal beskyttes mod unødvendige behandlinger og undersøgelser.</p>	<p><b>6.</b></p> <p>Det indlagte barn skal opholde sig sammen med børn, der har samme udviklingsmæssige behov.</p> <p>Børn skal ikke indlægges på voksenafdeling. Der skal ikke være aldersbegrænsninger for besøgende til børn på sygehus.</p> <p><b>7.</b></p> <p>Børn skal have fuld adgang til leg, fritidsbeskæftigelse og undervisning, der er afpasset deres alder og tilstand. Indlagte børn skal opholde sig i omgivelser, der er indrettet, møbleret, bemanded og udstyret til at imødekomme børns behov.</p> <p><b>8.</b></p> <p>Børn skal plejes og behandles af personale, hvis uddannelse og færdigheder gør dem i stand til at imødekomme børns og deres familiers fysiske, følelsesmæssige og udviklingsmæssige behov.</p> <p><b>9.</b></p> <p>Den personalegruppe, der har ansvar for det enkelte barn, skal sikre et sammenhængende forløb i pleje og behandling.</p> <p><b>10.</b></p> <p>Børn skal behandles med takt og forståelse og deres personlighed må under ingen omstændigheder krænkес.</p>
--	--

Vedtaget på den første europæiske konference om børn på sygehus i Leiden 11.-13. maj 1988. De deltagende lande var: Belgien, Danmark, England, Finland, Frankrig, Holland, Island, Italien, Norge, Sverige, Schweiz og Vesttyskland.

Figur 107.

*Deklaration: Børn på sygehus- Retten til den bedst mulige medicinske behandling er en grundlæggende ret, især med hensyn til børn.*

*10 punkter vedtaget på den første konference om børn på sygehus i Leiden maj 1988, udgivet på dansk af NOBAB (Nordisk for- ening for syge børns behov)*

Marilyn J. Bull, formand for komiteen til forebyggelse af skuddramaer under American Academy of Pediatrics og professor i pædiatri ved Indiana University udtaler, at ”børnelægers rolle giver dem gode muligheder for at skubbe udviklingen i den rigtige retning. I USA bliver der lyttet til børnelægerne. De har gode muligheder for at øve indflydelse, fordi de har daglig kontakt med både forældre, børn, lokalsamfundet og beslutningstagerne”

- men det er i USA og skal man tro på at det går som det plejer- ligesom med rygning og overvægt – hvad der sker i USA kommer hertil indenfor de næste 10 år så er der da noget nyt at tage fat på for DPS formand (259).

## Skade på sjælen

København Radio bragte den 12. september 2006 en udsendelse med samtaler med personer, der havde været indlagte på et sygehus som barn (264). Baggrunden var Lise Gjødesens nye bog af hvilket det fremgik, at mange tidligere havde oplevet det som et stort traume, at blive indlagt som børn, også selv om det var på en børneafdeling. Mange børn, der blev indlagt i sidste århundrede blev ofte indlagt på særlige børnestuer på voksenafdelinger, og visse steder også på voksenstuer. Således blev min dengang ca. 12 år gamle nevø indlagt på en kirurgisk 4 sengs stue, hvor han om natten var vidne til et alvorligt (dødeligt) forløb i nabosengen.

Det kan godt være, at en indlæggelse på hospital i barnealderen ”Brænder sig fast i erindringer”, men det skulle gerne være for en god oplevelse.

Ergoterapeuten Lise Gjødesen har i 2006 skrevet en bog med det formål, at bedre kårerne for børn indlagt på hospital.

I efteråret 2007 havde dokumentarfilmen ”Hospitalsbørn” premiere. I filmen fortæller 4 voksne om deres oplevelser i forbindelse med deres langvarige indlæggelser som børn og afslører de psykiske traumer, som de har oplevet.

I 1950.erne var reglerne sådan, at der ikke måtte komme besøg bortset fra 2 gange ugentligt. Forældre var ikke velkomne på mange afdelinger langt op i 1970.erne

Børnene måtte heller ikke have sut. Enuresis børn var indlagte i ugevis og måtte ikke drikke om aftenen for ikke at tisse i sengen

Ofte opstod der misforståelser, bl.a. på grund af ”kvikke bemærkninger”. Eksempler:

Sagt før otoskopi: ” Vi skal se om der er rotter på loftet”.

Sagt ved sengen af portør: ” Vi slår dig lige ned”. Ingen kan lide, at blive slået ned, og da slet ikke når man er syg.

”Her bruger vi gummihammer narkose”, lyder ikke rart.

”Vi skal lige have den lunge hevet ud”, sagt til ung mand med pneumothorax, der troede han skulle have fjernet den ene lunge.



*Figur 108.  
Fuglebakken 1926*

Børn kan ikke lide man tager noget fra dem:

Laboranten: ” Jeg tager lige en blodprøve.

Eller ”Jeg tager lige din finger”.

Ingen af os kan undvære en finger.



*Figur 109. Stuegang 1926,  
Hvordan undgår vi et ”traume  
på sjælen”?*

*Hvordan undgår vi et ”traume på sjælen”?*

Mangel på forståelse - burde ikke kunne forekomme i dag, hvor børnene forberedes og forældrene er med hele vejen. I de fleste tilfælde, er der mulighed for at medindlægge en af forældrene. Indlagte børn kan dog stadig få en reaktioner efter en indlæggelse, hvor der har behov for at bearbejde følelserne og oplevelserne.

I dag bliver børnene forberedte:

Klædes f.eks. ud som læge og sygeplejerske og gennemspiller rollerne

Eller kommer besøg med resten af børnehaven på et neutralt tidspunkt før en indlæggelse.

”Hospitalsklown hjælper børn”, kunne man den 13. februar 2007 høre i nyhederne på TV2, illustreret med billeder fra børneafdelingen i Nykøbing Falster.

Hospitalspræsten hjælper de unge og voksne, og i 2007 ansatte Rigshospitalet som det første sygehus i landet også en imam.

# Ministerier, nævn og styrelser

## Undervisningsministeriet, sektionen for specialundervisning:

Professor Bengt Zachau-Christiansen havde overbevist Skov-Jørgensen, en rigtig højskolelærer af den gamle type, altid i hvid skjorte med slips og nypudsede sko, tidligere MF for det radikale venstre og leder af inspektionen for specialundervisning i Undervisningsministeriet om, at det var vigtigt med en børnelæge som konsulent i ministeriet.

I 1981 overtog jeg funktionen som lægelig rådgiver i undervisningsministeriet, sektionen for specialundervisning efter professor Zachau-Christiansen, og blev i en årrække den vist nok eneste læge, ansat i ministeriet til at rådgive de ansatte om handicappede. Ministeriets afdeling for specialundervisning havde som hovedarbejdsområde betalingsfordelingen mellem amternes og kommunernes undervisning af de mest handicappede børn (§ 19, stk. 1 og 2.)

Her mødte jeg, i Undervisningsministeriets dengang utrolig nedslidte og dårligt vedligeholdte bygninger forskellige steder i Frederiksholms kanal, en arbejdsplads med spidsede gule blyanter og gult linieret konceptpapir, uden diktafoner og stort set uden sekretærhjælp, antallet af konsulenter taget i betragtning. Jeg tror, at afdelingen flyttede 5 eller 6 gange i de år jeg var knyttet til ministeriet.

Her oplevede jeg også hvor trægt et ministerium kan reagere og hvor lang tid, der dengang kunne gå, før et ministerium ændrede kurs under en ny minister. Da Bertel Haarder første gang tiltrådte som undervisningsminister, sagde en af de betroede embedsmænd efter et halvt år til et møde, at ”nu måtte de nok også til at høre lidt efter, hvad det var den nye minister havde på hjerte”.

Undervisningsministeriet var modsat Indenrigsministeriet bemandet med fagfolk i form af seminarieuddannede lærere, (ligesom ca. halvdelen af folketinget på det tidspunkt var), som kendte og havde arbejdet indenfor folkeskolen, hvilket utvivlsomt gjorde kommunikationen lettere end den sundhedsstyrelsen og indenrigsministeriet (senere sundhedsministeriet) havde, hvor lægerne sad i sundhedsstyrelsen og embedsmændene i ministeriet.

## Sundhedsstyrelsen, pædiatriske konsulenter og sagkyndige rådgivere

Jørgen Kringelbach var i en årrække ansat i sundhedsstyrelsen. Efter ham stillede DPS med to tilforordnede til at rådgive bl.a. omkring § 14 vurderinger, spørgsmål om vaccinationer, kost mv. Poul W Bræstrup fungerede som pædiatrisk konsulent i 1970-78, og blev efterfulgt af J.C. Melchior 1978-1990 og af Henrik Hertz fra 1990 som sagkyndig rådgivere.

I 1990 afløstes de hidtidige § 14 råd af en kontaktperson fra DPS. Den første blev Jens Kamper, med Timo Klinge og Minna Yssing som suppleanter. Herudover havde man

tilforordnede i pædiatri, som f. eks i 1990 sammen med formanden for uddannelsesudvalget Knud E. Petersen tog stilling til 53 ansøgninger om dispensationer i forbindelse med overgangsordningen., hvoraf 29 fik dispensation for undervisningsstillingen (Beretning fra sundhedsstyrelsens tilforordnede Else Andersen og N.C. Christensen 1990). Fra 1. januar 2007 nedlægges § 14 og ansvaret overgår til regionerne.

I 2007 forlod overlæge, dr. med Ole Andersen stillingen som ledende overlæge på Hillerød børneafdeling for at tiltræde en stilling som afdelingslæge i sundhedsstyrelsen med specialefordeling som et arbejdsområde.

### **Sundhedsvæsenets patientklagenævn**

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn havde til huse i en ejendom lige overfor Nørreport station i København. De første pædiatriske sagkyndige tiltrådte ved nævnets start i 1994 og blev således dem, der lagde linjen for de efterfølgende pædiatriske sagkyndige.

Der var fra starten to fagligt sagkyndige i pædiatri: Overlæge, dr.med. Erling Nathan, Århus, der fra 1990-1993 var DPS formand og som siden 1989 havde fungeret som ad hoc konsulent i lignende sager når konsulenten var inhabil, og DBO's formand Karsten Kaas Ibsen, Glostrup. Sagerne blev fordelt lige mellem de to nævnsmedlemmer.

Når en klage blev indbragt for patientklagenævnet, bearbejdede sekretariatspersonalet i første omgang materialet, oftest udarbejdet af den lokale embedslæge, hvorefter det var de sagkyndiges opgave at vurdere, om der var udøvet "good clinical practise" under de givne forhold. Her var det en stor fordel, at have lidt kendskab til afdelingernes formåen. Arbejdet gav en umådelig god indsigt i, hvordan der blev behandlet børn forskellige steder i Danmark.

Jeg husker således meget tydeligt en klage fra en far, der var flyttet med en handicappet datter fra en universitetsby til et geografisk område med meget begrænset kapacitet og ekspertise. Klagen blev afvist med den begrundelse, at man ikke kunne forvente den samme viden og service på en mindre ø som på et universitetshospital.



## Kapitel 19

# De private initiativer

### Adoption

Der modtages ca. 600 udenlandske børn til adoption årligt i Danmark. I hvert amt fandtes et adoptionssamråd, beskikket af Justitsministeriet, fra årtusindskiftet Familiestyrelsen og sammensat af en jurist, en socialrådgiver og en læge, oftest en børnelæge eller embedslæge.

Adoptionssamrådenes afgørelse kan ankes til adoptionsnævnet, der er bredt sammensat af fagfolk og lægmænd.

I 20 år fra 1980 - 2000 sad P.A. Krasilnikoff som pædiateren efter i nogle år at have fungeret som suppleant for Bræstrup. Siden 2000 har Birgitte Marner varetaget funktionen.

Når man som adoptant skal tage stilling til at modtage et konkret barn, har man siden 1990'erne haft mulighed for at søge rådgivning hos en af de 6 uvildige sagkyndige børnelæger, som adoptionsnævnet havde ansat. Det var i 2006 Mette Arrøe, Niels Tønnes Petersen, og Inge-Merete Nielsen, der betjente Østdanmark og Hanne Nødgaard, Hans Christian Laugaard-Jacobsen, og Lars P. Madsen, der betjente Vestdanmark.

Oplysninger om potentielle børn til adoption bedømtes også af pædiatere ansat og lønnet af de to godkendte adoptionsformidlende organisationer AC børnehjælp (tidligere Adoption Center) eller Danadopt. Indtil omkring årtusindskiftet var organisationen Terre des hommes Danmark også formidlende organisation. Antallet af adoptioner er styrtdykket de sidste år, idet der i år 2000 blev hjemtaget 716 udenlandske børn, men kun 430 børn i år 2007 (265-266)



*Figur 110. Vinita født i Indien og adopteret til Danmark sammen med Marianne født på Herlev sygehus*

Udover de udenlandske børn er der årligt 10-15 danske børn, der bortadopteres., efter en vurdering i adoptionsnævnet

De fleste ansøgninger kom fra ægtepar, der forgæves havde forsøgt at få børn, ofte også ved reagensglasmetoden, uden resultat.

I de sidste år har der været et tiltagende antal enlige ansøgere, næsten alle kvinder.

I forbindelse med amternes nedlæggelse pr. 1. 1. 2007 overgik samrådene til de 5 nye regioners statsforvaltninger og stillingerne som læge i adoptionssamrådene blev opløst, så mange samrådslæger måtte ud og søge ”deres egen stilling”.



*Figur 111. Samrådsmøderne holdes nu i Region Hovedstaden i Statsforvaltningen. På billedet ses samrådenes jurister kontorchef Karen Rydahl og vicekontorchef Per Fønss 2008*

*Figur 112. Mens det sidste samrådsmøde i Københavns Amt blev afholdt december 2006 på Amtsgården ventede flyttebilerne udenfor.*



## Julemærkefonden

Julemærkefonden har siden 1904 udgivet julemærker og driver i dag 4 julemærkehjem: Julemærkehjemmet Hobro, Fjordmark i Kollund, Julemærkehjemmet Skælskør og Kildemose i Ølsted ved Frederiksværk.

Den lægelige ekspertise blev fra 1911 varetaget af overlæge Fritz Tobiesen (1866-1953) som fungerede som julemærkekontorets visitator, samtidig med han var overlæge på Øresundshospitalets tuberkuloseafsnit og specialist i brystsygdomme.

I 1935 udtrådte Tobiesen af julemærkekomiteen, og arbejdet som visitator blev overtaget af overlæge Valdemar Poulsen, overlæge på Børnehospitalet på Fuglebakken fra 1917-1951. Han fortsatte som visitator indtil sin død i 1952.

I slutningen af forrige århundrede omdannedes julemærkesagen til en fond, ledet af en bestyrelse, der udover postfolk, ledende skolefolk og medarbejderrepræsentanter fra julemærkehjemmene talte en børnelæge.

Fra starten var det socialoverlæge lic.med. Niels Michelsen, København, senere efterfulgt af overlæge Karen Taudorf, Viborg, der i 2005 blev efterfulgt af professor, dr.med.

Kim Fleischer Michaelsen, Institut for Human ernæring, Den Kongelige Veterinær- og Landbohøjskole, Frederiksberg, nu Københavns Universitet, der fortsat er medlem af bestyrelsen.



*Figur 113. Julemærkefondens protektor H.K.H. Kronprinsesse Mary fik sig en god snak med overvægtige piger fra Julemærkehjemmet Hobro ved præsentationen af årets julemærke 2007.*

Visitorer for Julemærkefonden:

Fritz Tobiesen 1911-35

Valdemar Poulsen 1935-1952

Arne Rothe-Meyer 1950 -1958

Oluf Steinicke 1958-1990

Karsten Kaas Ibsen 1990-

### *Julemærkekomiteen*

Københavns overborgmester Viggo Christensen afløste i 1927 Einer Holbøll som formand for julemærkekomiteen, og han fortsatte helt frem til 1957 hvor han efterfulgtes af Baron Vilhelm Wedell-Wedelsborg (1908-2000) lige indtil 1984, hvor postmester Peder K Lund overtog posten for de næste 20 år.

I årenes løb har følgende børnelæger haft sæde i julemærkekomiteen:

Valdemar Poulsen, Erik Thamdrup, Niels Michelsen, Karen Taudorf og Kim Fleischer Michaelsen.

Julemærkehjemmene har altid taget sig af fejlernærede børn, i starten var de undervægtige og de sidste 25-30 har de været overvægtige, men problemerne er stort set de samme.

I perioden 1958-63 var der 51 børn undervægtige 32 børn overvægtige.

Børn henvist til landets børneafdelinger med adipositas fik omkring årtusindeskiftet som regel tilbudt et par samtaler med en diætist. I årtiet inden havde de overvægtige været indlagt 2-3 uger til affedning, ofte med et beskedent resultat. Enkelte praktiserende børnelæger tog mere aktivt fat med jævnlige vægtkontroller og henvisning til motionshold. Inden for de sidste år er der opstartet flere seriøse initiativer, bl.a. i Holbæk, hvor afdelingslæge Jens Christian Holm, der har skrevet Ph.D.om leptin hos overvægtige børn er i fuld gang med opbygningen af et børneadipositascenter, ligesom Odense og ernæringsenheden på Rigshospitalet har vist interesse for området.

I 2006 havde julemærkefonden haft mere end 65.000 børn på julemærkehjem siden starten i 1904.

Samme år kom over 700 børn på et 10-ugers ophold, stort set alle med betydelig overvægt og alle med et gennemsnitligt vægttab på godt 7 kg, i alt 5 tons eller et vægttab svarende til 25.000 poser majonæse.

Siden ca. 1975 har der stået overvægtige børn på ventelisterne til et ophold på et af de 4 julemærkehjem, i dag ca. 6-8 måneders ventetid.

I starten var "slankebørnene" begrænset til Skælskør Julemærkehjem og de måtte højst udgøre 1/3 af børnene. Her var julemærkehjemmene virkelig på forkant med et problem det øvrige samfund så stort på og ikke interesserede sig for, før det omkring årtusindeskiftet gik op for alle, selv regering og Sundhedsstyrelsen, at her var et problem ingen ud over julemærkehjemmene havde erfaring i (231).



*Figur 114. Dronningen tegnede i 2003 årets julemærke. Det blev præsenteret i "Grøften" i Tivoli af kunstneren. Til venstre taler julemærkefondens formand Peder Lund. Det er fondens direktør Joan Vestergaard til højre*

#### *Tilsynet med Julemærkehjemmene*

Sundhedsstyrelsens forpligtelse til tilsyn med sociale institutioner har aldrig fungeret, selv om det blev fastslået i loven (268).

På trods af lovens klare intentioner, har julemærkehjemmene haft en sådan særstilling mellem private og offentlige institutioner, at statsligt tilsyn aldrig har fundet sted. Tilsvarende for amterne, der dog på målstregen få måneder før amternes nedlæggelse i september 2006 gennemførte et varslet tilsynsbesøg på julemærkehjemmet Kildemose i Ølsted ved

Frederiksværk, få dage efter besøget fremsendtes en fuldstændig anmærkningsfri og meget rosende Rapport (268).

Kildemose har også dannet rammen om HKH Kronprinsesse Marys første officielle opvisning i hop på hoppepude, idet hun under et besøg smed skoene og hoppede sammen med børnene, en begivenhed, der gik kloden rundt.

Statsministeren og sundhedsministeren Lars Løkke Rasmussen startede deres valgkampagne i efteråret 2007, forud for folketingsvalget 13. november 2007, med at løbe en tur med børnene på Kildemose, for herefter at proklamere et sundhedsmål om længere levealder for den danske befolkning.



Figur 115. *Barnets Hus logo*

### **Pædiateren på spædbørns- og observationshjem - Barnets Hus**

Føde- og børneafdelingerne udskriver jævnligt børn til det, der tidligere hed spædbørnehjem, i dag kaldet observationshjem. "Barnets hus" er den selvejende organisation, som i snart 100 år har drevet spædbørnehjemmene i Glostrup og Bagsværd, foruden døgninstitutioner for større børn i Munkerup og dagtilbud til mindre børn på Amerikavej på Vesterbro og i Rødovre.

Repræsentantskabsmedlem i "Barnets Hus" Karsten Kaas Ibsen

*Barnets hus omfatter::*

Glostrup spædbørns- og observationshjem

Tilsyn af børnelæge: Professor, dr.med. Henrik Verder, driftsoverenskomst Københavns kommune.

*Observationshjemmet (tidligere spædbørnehjemmet) i Bagsværd*

Tilsyn af børnelæge: Overlæge Werner Petersen, driftsoverenskomst med Københavns amt, fra 2007 med Gladsaxe kommune Observationshjemmet (Spædbørnehjemmet) i Bagsværd havde indtil amternes nedlæggelse gennem mange år haft driftsoverenskomst med Københavns Amt. Det er indrettet i en smuk gammel hvidpudset villa beliggende ned til Bagsværd Sø.

I min tid blev der opbygget et yderst frugtbart samarbejde mellem børneafdelingen og Bagsværd, der sikrede, at børn der skulle bortadopteres hurtigst muligt kom til Bagsværd for at sikre så hurtig kontakt til enkelte faste medarbejdere og så kort institutionsophold som muligt.

*Skodsborg observations- og behandlingshjem, drives af Kristelig Forening til bistand for Børn og Unge (KFBU).*

Tilsyn af børnelæge Niels Tønnes, driftsoverenskomst Københavns kommune.



Figur 116. Fonden Projekt Børn's logo

## Fonden Projekt Børn - og verdens bedste målmand

*Karsten Kaas Ibsen beretter:*

Fra min tidlige skolealder har jeg måtte erkende, at det med fodbold, det var ikke noget for en fumler som mig - men i en sen voksenalder åbnede en ny verden sig. Som klassens tykke dreng, totalt umulig med en bold, blev jeg altid valgt som den sidste eller i gode tider næstsidste, når der skulle fordeles 2 boldhold. Da jeg heller ikke var god til at løbe, befandt jeg mig bedst på mål, en rolle som jeg fysisk fyldte rimelig ud. Stor kærlighed eller interesse for fodbold blev det aldrig til, så hvis nogen i min barndom ville have spået, at jeg en dag skulle modtages af direktøren for danmarksmestrene Brøndby IF, i klubbens VIP-lounge for herefter at modtage en check på grønsværen foran et forventningsfuldt og fodbold - galt publikum, ville jeg have troet de var blevet vanvittige. At jeg så samtidig blev formand for bestyrelsen for "Fonden projekt børn" med verdens bedste målmand Peter Schmeichel som protektor, ville jeg også have troet var en joke.



Figur 117. Fonden Projekt Børn's bestyrelse og protektor Peter Schmeichel ca. år 2002.

*Her er historien:*

Pia Bargholtz var en ihærdig og dygtig forretningskvinde, direktør og indehaver af 2 tøjbutikker. Hendes søn blev ramt af en alvorlig sygdom i hjernen, der krævede mange og langvarige indlæggelser på neurokirurgisk afdeling på Rigshospitalet, oftest med mor tilstede. Det blev til mange gange spil mellem mor og søn, og her opdagede Pia hurtigt, hvor dårlige forhold man bød syge børn og deres pårørende selv på et universitetssygehus som Rigshospitalet.

Pia havde på baggrund af sine egne oplevelser besluttet, at hun ville forbedre de fysiske forhold for syge børn på børneafdelingerne i Danmark ved at give støtte til udstyr, indret-

ning og indkøb af affekter. Lynhurtigt fik hun kontakt med aktive erhvervsfolk, venner, kendte tv- og mediefolk, folk indenfor legetøjsbranchen, IT- området, advokater og revisorer, verdens bedste målmand og hans maneger samt et par læger. Alle skulle arbejde gratis og derved støtte den gode sag. Der blev trykt brevpapir, registreret en fond i Erhvervs- og Selskabsstyrelsen og nedsat en bestyrelse og nogle arbejdsgrupper, alt sammen styret med stor entusiasme af Pia. Ud over lidt hjælp til telefonregning og transport, har hun aldrig modtaget noget fra fonden. Ideerne var utallige og arrangementer som ”10 kr for hver solgt billet til Projekt Børn” fra storkampen i Parken mellem Manchester United og Brøndby IF skæppede godt i kassen.

Vi havde selv købt rigtig gode pladser til kampen. Pia var især glad for et stort banner, med logoet for ”Projekt Børn”, der prydede den ene ende af tilskuerpladserne. Peter var en formidabel målmand, også til den kamp og de fremmødte aktive frivillige hyggede sig, selv om der var nogle, der ikke helt kunne forstå, at Peter stod på mål for det engelske hold.

Selv revisionsfirmaet fik tommeskruerne på, og producerede de første regnskaber uden udgift for fonden. Det lykkedes i de første 10 måneder, at indsamle midler til indkøb af en computer, et fjernsyn, og en videomaskine til hver af landets 21 børneafdelinger.

Pias engagement var helt fantastisk. Hun ringede til en computerimportør, og få dage efter var der tilsagn om at sponsere 3 pc'er. ”det kan ikke nytte noget”, sagde Pia, ”der er 22 børneafdelinger i Danmark”.

Slutresultatet blev, at der blev sendt en pc ud til hver børneafdeling i Danmark. BR legetøj og LEGO var også gode sponsorer, og BR lod fremstille en rigtig sød brun blød bamse (Casper), der blev solgt for 59 kroner, hvoraf de 10 kroner gik til Fonden Projekt Børn. Dette og andre arrangementer gjorde det muligt, at sende gaver til børneafdelingerne op mod jul for et beløb op mod 10 millioner kroner i perioden 1998-2006.

Karsten Kaas Ibsen efterfulgte chefen for neurokirurgiske afdeling som formand for bestyrelsen, der tillige bestod af den stringente Advokat Casper Moltke, Direktør Ole M. Frederiksen, afdelingslæge Henrik Carstensen og fondens protektor, verdens bedste målmand Peter Schmeichel.

Bestyrelsesmøderne blev altid holdt i advokatfirmaets Horton og partneres smukke bygning Ved Stranden 18, lige over for folketinget, og disse lagde også lokaler og mad og drikke til ved den årlige julefrokost uden udgift for fonden (270).

Flere gange har jeg tænkt på at prøve, at få Pia Bargholtz valgt til ”Årets kvinde i Danmark”, men det kan måske nås endnu.



## **Danmarksmesterklubben Brøndby IF.**

*Redaktøren Karsten Kaas Ibsen beretter:*

I 2001 kunne man i pressen under overskriften ”Fodboldspillere hjælper syge børn” læse, at der var indledt et samarbejde mellem boldklubben og Børneafdelingen i Glostrup. Den administrerende direktør for Brøndby Idræts Forening Per Bjerregaard er uddannet læge, og har været ansat i sine unge dage på børneafdelingen i Glostrup. Han er nu direktør for klub med en årlig omsætning på over 100 millioner kr.

”Drengene skal have andet i hovedet end fodbold” sagde Per Bjerregaard og kontaktede børneafdelingen i Glostrup.

” Syge børn specielt kronisk syge børn får så mange negative oplevelser, men vi vil nu også give dem nogle positive oplevelser, når de er på sygehus.”, svarede jeg, og det blev starten til et samarbejde, der gav spændende oplevelser til begge parter og også et par pæne sponsorchecks til børneafdelingen, der blev modtaget som megastore checks på grønsværen eller i VIP-loungen på det imponerende Brøndby Stadion.

For at markere det gode samarbejde stillede Brøndby IF billetter til rådighed som fri-billetter til hele sygehusets personale, foruden naturligvis børnene fra børneafdelingen i Glostrup (271).

## **Kurser i Cesme, Lesbos og på Cypern**

I 1990.erne arrangerede vi på DBO's vegne ca. 1 gang om året ugekurser for praktiserende læger og hver andet år kurser for børnelæger. Ideen til kurserne stammede oprindeligt fra Hobro-lægen Ole Nielsen, der var praktiserende læge i en af Danmarks mindste praksis bestående af ca. 350 patienter, der var parate til at vente uger før deres læge var hjemme fra sine utallige udlandsrejser. Ole ejede og drev også Tingbæk kalkminer, der bl.a. blev brugt til opbevaring af gipsskulpturer og ost, der skulle lagres. Ole havde ofret et millionbeløb på sikring af minens lofter, efter en norsk turist havde mistet livet, da et for dårligt sikret loftstykke faldt ned. Ole kontaktede mig efter han havde hørt mig holde foredrag i Sverige, og spurgte, om jeg ville med som underviser, hvilket blev starten som kursusleder og underviser på en række kurser for bl.a. børnelæger.

Undervisere ved kursus i pædiatri 1996 på Cypern var bl.a. børnelægerne Karen Brøndum-Nielsen, Flemming Skovby og Steffen Husby, alle tre senere udnævnt til professorer, neurologen Anne Korsgaard og radiologen Mogens Egeblad og med emner strækkende sig fra ”kortlægning af menneskets arvmasse”, ”genterapi”, ”fødevareallergi” og ”leversygdomme hos børn” til ”undervisning om Internettet” og ”fremtidens pædiatri”.

Senere arrangerede jeg kurserne selv, bistået af min dygtige sekretær Esther Lund under forarbejdet og praktiserende børnelæge i Gentofte Helle Rotne under kurset. Helle og jeg havde været reservelæger sammen på ”Fuglebakken”. Det var godt at være to ledere for et kursus, for læger på kursus kan være ligesom børn i 1. klasse, der spørger om alt, glemmer

deres pas, bliver væk, og taber deres penge. Der lærte jeg kunsten, i løbet af 10-12 minutter at få udstedt et nyt pas til en kollega, der havde glemt passet hjemme. Efter disse ture har jeg ofte haft stor respekt og medlidenhed med de dygtige og tålmodige guider, jeg som oftest har mødt som rejseledere.

Kurserne var ugekurser, oftest til øen Lesbos i Grækenland eller havnebyen Cesme i Tyrkiet. Kurserne blev holdt i maj eller september, hvor temperaturen var behagelig, og turiststrømmen aftagende, så en uges chartertur med Lars Larsen kunne købes for en rimelig pris, når man henvendte sig på hovedkontoret, der lå på Kongevejen i Virum, før årets katalog kom på gaden.

Resultatet var, at deltagerne for ca. 7000,- kr. fik en uges ophold på et pænt mellemklassehotel, fuld forplejning inkl. kaffe og te formiddag og eftermiddag, undervisning af høj standart hver dag fra kl. 9-12 og kl. 15-18, sluttende af med ”klassens time”, underholdning eller udflugt, lommepege samt kollegialt samvær ad libitum og afsluttende lækker festmiddag den sidste aften med vine ad libitum.

Et tilsvarende kursus i Århus havde vel kostet det dobbelte og været halvt så stor en oplevelse. Underviserne på kurserne deltog i sagens natur hele ugen, og var udvalgt som nogle af de bedste indenfor deres ekspertområde, ofte tværfagligt sammensat af professorer



*Figur 118. Kursuslokalet på Lesbos.*



*Figur 119. Dansk pædiatri på kursus sydpå, klar til næste foredrag. På første række ses tolk Anni til venstre, til højre Ulla Hesselbjerg. I baggrunden flere i 1990'erne kendte pædiatere.*

og overlæger fra universitetshospitalerne, suppleret med nogle af åndslivets spidser, som den senere biskop i Roskilde Jan Lindhart og tidligere folketingsmand og forsker i børneadfærd, forfatteren og seminarieleder Erik Sigsgård.

Under studierne af børns adfærd i førskolealderen var det for Erik meget nødvendigt, at børns tilværelse i børnehaven blev opdelt i leg, og de mere arbejdslignende opgaver som f. eks. borddækning. Han spurgte derfor en dreng, der var på vej ind til spisebordet i børnehaven, om det var arbejde eller leg, når han dækkede bord. Barnet var ikke spor i tvivl om svaret: Det er når vi er sultne.



Ole Nielsen havde fra sine mange rejser opbygget en betydelig rutine i at få flest oplevelser for færrest muligt penge. Ole sagde om de lokale handlende: ”Her får man hurtigt venner, men venskab koster penge”, men han var en ørn til at finde de gratis glæder.

Hørt fra neurologen Anne Korsgaard, underviser ved flere pædiatrikurser, og praksis i Odense: Hjernen er det eneste organ i legemet, der ikke tager skade af at blive brugt.

*Figur 120. To glade kursusedtagere praktiserende børnelæge Helle Rotne, Gentofte og overlæge Svein Vestermark, Glostrup*



*Figur 121. Besøg på universitetshospitalet, Ege Universitesi*

## **RonaldMcDonald Huset**

*Henrik Hertz skriver:*

McDonald Danmark henvendte sig for mere end 15 år siden til Rigshospitalets børneafdeling for at høre, om der var interesse for enten at bygge et såkaldt RonaldMcDonald (RMD) Hus i relation til Rigshospitalet eller interesse for, at der alternativt blev lavet en fond. RonaldMcDonald Huse eksisterede allerede dengang i over 150 eksemplarer, fortrinsvis i USA, men også i mange europæiske lande. Husenes formål er, at familier til alvorligt syge børn under børnenes indlæggelse kan bo i RonaldMcDonald Huset gratis eller for få penge, og på den måde holde sammen på familien og være tæt på det alvorligt syge barn. Set i det berømte bakspejl er det lidt beskæmmende, at der var flere, der betvivlede, at der i lille Danmark med de meget beskedne afstande kunne være et behov af den art. Der blev oprettet en RonaldMcDonald Børnefond, men i løbet af nogle få år blev det - også for skeptikerne - klart, at alt pegede på et udækket behov for et RMD hus af den nævnte art.

Et sådant har nu eksisteret i 5 år i København og er uden al tvivl en stor succes. Der er altid fuldt belagt og ofte ventelister, og der er meget stor glæde og tilfredshed med huset og dets funktion blandt brugere såvel som blandt behandlere. Det er også lykkedes at sikre refusion af udgifterne for den enkelte familie, og mange eksterne donatorer sikrer i øvrigt, at tingene fungerer på et meget fint niveau.

Da der fra forældreforeninger og fra Børnecancerfonden yderligere skaffet penge til feriehus og da der også er et opholdssted, hvor forældrene kan være i Københavnsområdet uden for hospitalsområdet, er familierne godt hjulpe på dette område, men der mangler et RonaldMcDonald Hus eller et tilsvarende hus i Århus og måske også i et par af de andre store byer. Der er grund til at tro, at denne mangel kan blive rettet op inden for de næste få år.

## **Børnecancerfonden**

Henrik Hertz er formand for Børnecancerfonden, og skuespillerinde Githa Nørby er prorektor for Børnecancerfonden.

Om fondens arbejde siger Henrik Hertz: Det danske hospitalsvæsen har indtil nu haft muligheder for at behandle børn med kræft optimalt uanset økonomien, men på tre områder er der brug for en ekstra håndsrekning.

Økonomi til forskning er stadig i høj grad baseret på private økonomiske midler. Måske gælder det endda i ganske særlig grad et område som børn og kræft, hvor der er få patienter, og hvor medicinforbruget derfor ikke i noget større omfang har medicinalfirmaernes bevågenhed.

Der har også været brug for at dække omkostninger til information og informationsmateriale og ikke mindst har der været og er der fremdeles brug for at kunne "forkæle" børnene og deres familier igennem det flerårige og tidvis stærkt belastende behandlingsforløb.

Udover en forældreforening, som fortrinsvis arbejder i Jylland og en tilsvarende, som fortrinsvis arbejder i det sjællandske område med at skaffe penge til udflugter og lignende, har der igennem 10 år eksisteret en dansk Børnecancerfond, som både støtter forskning og informationsvirksomhed og som giver økonomisk støtte direkte til familierne. Børnecancerfonden er stadig i vækst, og er i dag i stand til at uddele mere end 6 mio.kr. Om året til de nævnte formål. Det er vigtigt, fordi den meget store storebror (Kræftens Bekæmpelse) må koncentrere en stor del af sine aktiviteter omkring de hyppigt forekommende kræftsygdomme hos voksne. Næsten 30.000 mennesker får hvert år kræft i Danmark og børnene er heldigvis kun er repræsenteret med 150 nye patienter pr. år. Dertil kommer, at børnenes kræftsygdomme er nogle andre end de voksnes.

De forholdsvis få patienter gør det nordiske samarbejde særlig vigtigt, og hvis et sådant samarbejde skal fungere er der behov for en betydelig mødeaktivitet, som ikke traditionelt honoreres fra de store fonde.

På hjemmesiden fremgår: Børnecancerfonden yder støtte til forskningsprojekter, videreuddannelse af personale ved de 4 børnekræftafdelinger i Danmark, patientstøtte, samt sociale aktiviteter

I 2004 støttede fonden således forskning af langtidsfølger af kræftbehandling, epidemiologi og overlevelse efter cancer i barnealderen, samt projekter om gener og arv.

Bestyrelse (2006) bestående af Henrik Hertz (Formand) og Freddy Karup Pedersen, Rigshospitalet, Niels Clausen Århus, forældrerepræsentant Helle Bengtsen og advokat Oluf Engell, samt komiteret til bestyrelsen "Bubber", redaktør for Børne- og ungdomsafdelingen TV2/Danmark (272).

## **Børnecentret SIV**

Børnecentret SIV blev oprettet i 1998 efter ide fra Bonnie Andersen, sagsbehandler med mangeårig erfaring fra Frederiksberg kommune, hvor hun blandt andet tog sig af tilskud til specialkost til børn. Hun havde gennem nogen tid arbejdet med ideen om at oprette et center for alvorligt syge børn, der var raske nok til ikke at være indlagt på en børneafdeling, men for syge til at være sammen med almindelige vuggestue- og børnehavebørn, der ofte havde forkølelses- og virussygdomme. Hun havde først været hos ledelsen på Rigshospitalets børneafdeling, der på det tidspunkt var travlt optaget af at få etableret McDonald huset, hvorfor hun ikke i første omgang fik støtte fra den front. Det fik hun imidlertid fra hjertekirurgen Gösta Pettersson, der opererede mange af de rigtigt dårlige hjertebørn på Rigshospitalet og fra undertegnede på Glostrups børneafdeling, der så et perspektiv i et tilbud til kronisk syge børn. På Glostrup fik hun støtte til sin ide og en sribes planlægningsmøder blev afholdt og en ansøgning blev udformet. Efter et par måneder ringede Bonnie en dag glædesstrålende og fortalte, at hun havde fået penge til at oprette og drive et center i 4-år, i alt 7 mio. kr fra socialministeriets satspuljemidler.

Nu gjaldt det om hurtigst muligt at finde nogle egnede lokaler, der kunne lejes for en rimelig pris. Det naturligste af verden havde været, at finde nogle egnede lokaler i tilknytning til en allerede fungerende institution i Københavns Amt, hvilket desværre viste sig umuligt.

Det lykkedes at finde en yderst velegnet kæmpevilla, der var til salg. Villaen havde tilhørt sangeren Jonny Reimar og lå på hjørnet af en sidevej til Bernstorffsvej, lige ved Sct. Lucasstiftelsen, men Gentofte kommune skulle bruge 6 måneder på at få bygningen godkendt til institution og så længe kunne hverken vi eller sælgeren vente.

Der blev herefter rettet henvendelse til Farum kommune, hvor svaret var: ”Vi lejer en bus til jer, så kan I køre rundt i kommunen og se, om der er noget, I kan bruge”. Et tidligere trykkeri med tilhørende bolig og stor have blev fundet velegnet. Farums dynamiske borgmester Peter Brixtofte sagde med det samme ja til, at kommunen købte ejendommen og udlejede den efter ombygning og istandsættelse til en yderst fornuftig leje. Lejemålet blev hurtigt ombygget og nabohøring og lokalplan var tilsyneladende ikke noget problem, så i løbet af få måneder kunne centret indvies med deltagelse af bl.a. den daværende socialminister Henrik Dam Kristensen foruden naturligvis den dengang populære og dynamiske bykonge Peter Brixtofte.

Kommunen sørgede for en yderst elegant buffet i de nyindrettede lokaler, der stort set udelukkende blev møbleret med gaver fra sponsorer. Peter Brixtofte udviste hele vejen igennem et imponerende engagement og entusiasme og ikke mindst evne til, på kort tid, at få en institution op og stå. Om alle regler og tilladelser har foreligget ved jeg ikke, men resultatet var imponerende og sikrede kommunen en del arbejdspladser, samt et fristed for syge børn.

Fra starten bestod bestyrelsen udover Bonnie og mig, af en række markante personligheder, politikere og fagfolk i alt 12 personer, der i den gode sags tjeneste ikke modtog noget bestyrelseshonorar.

Da jeg p.gr.a. min sygdom synes jeg måtte afslå et smigrende tilbud om at blive formand for bestyrelsen, pegede Bonnie i stedet på en advokat fra Holbæk. Bonnie havde set advokaten udtale sig i en tv-udsendelse og fattet tillid til ham. En politiker fra Frederiksberg kommune og medlem Sundhedsudvalget blev også udpeget til bestyrelsen, idet Bonnie

Andersen før havde været ansat i kommunen. Herudover var formanden for Familier til kræftramte børn Kurt Hansen medlem.

Med i bestyrelsen var også hjertekirurgen Gösta Pettersson. Han nåede dog aldrig i min tid at deltage i møderne, da han i mellemtiden var rejst til USA.

Samarbejdet blev efter en god opstart i de følgende år mere og mere vanskeligt mellem initiativtageren og lederen Bonnie og bestyrelsesformanden ligesom en del af personalet havde svært ved at samarbejde. De personer hun havde håndplukket til sin bestyrelse blev pludselig hendes banemænd.

Bestyrelsen var i realiteten i 2003 skrumpet ind til 3, idet jeg havde meddelt, at jeg på

grund af sygdom ønskede at udtræde af bestyrelsen. Da der i 2002 kun blev holdt et bestyrelsesmøde, var det imidlertid ikke noget der kunne ske fra den ene dag til den anden.

Bonnie blev bortvist fra sit livsværk af bestyrelsesformanden i december 2003, efter hun havde sendt et opsigelsesvarsel til 3 medarbejdere, der efter hendes mening var svære at samarbejde med. Det var hun i sin fulde ret til, da hun var den administrative leder.

Det der var tiltænkt som et fristed for hårdt ramte familier blev nu pludselig skueplads for en magtkamp mellem politikere og idealister. Efter en afsluttet konsulentundersøgelse foretaget af to tidligere formænd fra Børnerådet Per Schultz Jørgensen og John Aasted

Halse blev der ansat en ny leder, bestyrelsen fik ny formand i form af en forælder til et kronisk sygt barn, og børnelægen, klinikchef Karen Vitting Andersen fra Rigshospitalet og psykologen John Halse indtrådte i bestyrelsen. Centret kører i dag til stor glæde for kræft-ramte og hjertesygge børn (273).

## **Børnelæge på rockscene**

Amtssygehuset var omkring årtusindskiftet Glostrup kommunes største arbejdsplads, mens kommunens største indkøbssted var Glostrupcentret, placeret ud til Roskildevej, og ombygget og udvidet flere gange. Centret ville i maj 2000 lave et fremstød, der gav genlyd, ved at arrangere en stort anlagt rockkoncert midt i byen bag centret og med et højtalerudstyr, der kunne høres helt over i nabokommunerne. Overskuddet skulle gå til den lokale børneafdeling.

Der var forsalg af billetter i centret, der flere uger i forvejen var smykket med bannere med teksten "Overskuddet går til Børneafdelingen på Amtssygehuset Glostrup".

En hel centeravis kunne 3 steder på forsiden meddele, at POP CAMP 2000 blev afholdt med "Masser af musik - til fordel for Børnehospitalet!".

"Kom til Pop Camp festival" For børn og unge, Til børn og unge. Riv en dag ud af kalenderen og få til gengæld en dag, du aldrig glemmer. Formålet er at støtte en god sag, så overskuddet går til: Børneafdelingen på Glostrup Amts Sygehus. For at give børnene et mere farverigt og livsbekræftende sygehusophold er Torveudvalget, Glostrup Kommune, Glostrup Storcenter og Fredgård Radio gået sammen om arrangementet: Pop Camp 2000" kunne man læse på side 3- en vis garanti for det seriøse i arrangementet. De engagerede orkestre var for mig relativt ukendte, men for mine teen-age børn nogle af tidens hotteste navne, Brooklyn Bounce, Hampenberg, Cargo, Mirah, Female, Prof Ding Dong. G-Bach, og 6-7 mere, alle for mig ret ukendte navne, men min teen-age datter så meget imponeret ud. Konferencier var Uffe Holm og Lille Lars fra The Voice.

Min opgave blev, efter nogle opvarmningsnumre lige før Hampenberg, et af de store navne startede og orkestrene rigtig brød løs, på et givet tegn fra aftenens konferencier at gå på scenen og på 10 minutter fortælle det kogende og rockhungrende publikum, hvad børneafdelingen i Glostrup stod for, og hvorfor det var så vigtigt, at støtte den.

”Det er hotte navne, der i anledning af Pop Camp 2000 stiller op til fordel for den gode sag”, og det var jo fint nok.

Jeg ankom i god tid for at få en parkeringsplads, hvorfra man kunne komme ud igen, idet flere småveje blev lukket i området. Efterhånden ankom de øvrige aktører: sangere og musikere i kæmpebiler, suppleret med last- og varebiler med en stab af hjælpere og udstyr i tonsvis. Sminke- og omklædningsrum var parate og en særlig VIP-bufet var arrangeret bag scenen, så berømthederne ikke skulle sulte.

Flere tusind mennesker deltog i arrangementet, der startede om eftermiddagen kl. 16.00 og fortsatte til langt ud på natten. Ved 22. tiden kunne vi ikke klare mere høj musik og tog hjem, efter som der stod i programmet en uforglemmelig dag.

Alle jeg talte med syntes det var et vellykket arrangement, men noget må være gået galt, for antallet af solgte billetter skuffede og i afregningens time viste slutresultatet et underskud på kr. 40.000,-. Børneafdelingen fik aldrig en øre, heller ikke efter vi diskret havde antydnet et par gange, at arrangementet måtte have haft en vis reklameværdi for centret, ligesom man havde brystet sig med den gode vilje.

Det blev min første og sidste optræden på en rockscene.



# Her var der brug for en jurist

## Blekingegadebanden

Børneafdelingen i Glostrup var lidt mindre heldig med ansættelsen af en kollega boende i en haveforening, en lidt ualmindelig permanent adresse for en ung kvindelig læge. Efter få ugers ansættelse, der i øvrigt forløb tilfredsstillende, blev hendes formiddagsstuegang brat afbrudt af 2 jysktalende civilklædte politibetjente, der konstaterede, at klokken var 11.47 og hun var arresteret. Hvad hun var sigtet for, kunne jeg ikke på det tidspunkt få oplyst. Noget rystet over den oplevelse blev jeg senere samme dag kontaktet af en kollega, som var ægtefælle til den arresterede. Han var endnu mere chokeret, og efter at have grædt ud, kunne han fortælle, at han indtil for en time siden, var ubekendt med, at hans kone tidligere havde været samlevende med en af bagmændene bag århundredets største postkub i Købmagergades posthus, hvor pengene skulle bruges til støtte til venstreorienteret terrorvirksomhed og at hun havde fremskaffet cpr-numre på nyligt afdøde under sin ansættelse på et hospital i Storkøbenhavn, der skulle bruges til udstedelse af falske pas.

## Han gik i protest

*Peter Andreas Krasilnikoff*

var ledende overlæge fra 1978-1992 på Gentofte Hospital og fra 1992-1998 på Hvidovre Hospital og professor i pædiatri ved Københavns Universitet i 12 år. Han blev ufrivilligt pensioneret i 1998 i en alder af 62 år, et stort tab af pædiatrisk ekspertise.



*Figur 122. Professor P.A. Krasilnikoff*

Her er hans historie - fortalt af ham selv (274):

”Allerede kort efter min ankomst til Hvidovre blev jeg klar over, at ressource manglen var åbenbar. Siden 1983, da afdelingen flyttede ud fra Børnehospitalet på Fuglebakken, var fødselstallet frem til 1998 steget med 75 % og indlæggelsestallet med knap 150 % til godt 6.000 årligt, samtidig med at afdelingen havde ca. 9.000 ambulante kontroller om året. Afdelingen var og er således en af landets største.

Uanset denne kraftige stigning i aktiviteten var der ved min tiltræden, og lige til jeg opsagde min stilling i 1998, kun normeret 26 læger ved afdelingen - nøjagtigt det samme antal som ved overflyttelsen 15 år tidligere! Afdelingen havde følgelig en alt for lille lægelig kapacitet til at kunne varetage opgaverne således, som det må forventes af en tidssvarende børneafdeling i dagens Danmark - oven i købet en universitetsafdeling med ansvar for

forskning og uddannelse. Dette bekræftes af en opgørelse fra 1997, som viser, at alle de største børneafdelinger i provinsen da havde 2 til 3 gange så mange overlæger som Hvidovres børneafdeling til trods for et færre antal ydelser.

Til trods for vore talrige påtaler af den øgede risiko for patientsikkerheden, konkluderede hospitalets direktion imidlertid blot, at forholdene på børneafdelingen ikke var lægeligt uforsvarlige, og at budgettet skulle holdes. - Min fortsatte kritik af afdelingens manglende muligheder for at kunne opfylde sit formål gjorde det i tiltagende grad vanskeligt at finde fælles fodslag med hospitalsledelsen, der hele tiden alene prioriterede budgettet uden at vise vilje til at bedre de alvorlige konsekvenser for patienterne. ”Kammeratlige samtaler” med trusler om at blive sat fra bestillingen, hvis jeg gik videre med problemerne, blev ydermere resultatet, og jeg blev løbende helt bevidst sat udenfor indflydelse, i det omfang hospitalsledelsen kunne slippe af sted med det.

Ved ikke at sige fra som chef for f.eks. en stor hospitalsafdeling, og som professor i sit fag, pådrager man sig efter min klare opfattelse et moralsk medansvar for sundhedsvæsenets sørgelige deroute i Danmark. Dette ønskede jeg selvsagt ikke - ville rent ud sagt ikke prostituere mig selv - og heller ikke selv om jeg, som det desværre er blevet meget udbredt, kunne have søgt en slags undskyldning for at lade være med at protestere, i de trusler og repressalier, som jeg blev udsat for fra ledelsens side. Situationen udviklede sig efterhånden til et opgør med det faktum, at læger i dag ikke først og fremmest skal være loyale over for patienten, sådan som lægeløftet tilsiger, men i stedet i særlig grad skal være det overfor ”systemet”.

Hele denne problemstilling angår os alle, og kun ved at inddrage flere i den er der håb om at kunne ændre forholdene. Jeg sendte derfor min opsigelse til direktionen for Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S) i vinteren 1998, idet jeg med henvisning til min særlige forpligtigelse til som professor at gøre opmærksom på fagets problemer, samtidig gjorde rede for min beslutning i Ugeskrift for Læger (1998;160:2144-6).

Det gav anledning til megen omtale i både den trykte og elektroniske presse, og Ombudsmanden gik derfor af egen drift ind i sagen 8. april 1998.

Herefter fulgte et langvarigt og omfattende sagsforløb, som er fyldigt dokumenteret i debatbogen: ”Råb op og sig stop!”. N. Høiby (Ed.), København: Gyldendal; 2005, og som også omfatter Ombudsmandens endelige redegørelse af 5. januar 2000.

Efter en grundig undersøgelse tildelte Ombudsmanden H:S direktion og Hvidovre Hospitals ledelse en næse, for den måde hvorpå man havde behandlet mig, idet hans konklusion lyder: ”(de) tre eksempler på ledelsens håndtering af sagen viser, at ledelsen ikke har handlet i overensstemmelse med principperne for god offentlig ledelse” - og det kan tilføjes, at Ombudsmanden slutter af med at sige, at ”han finder det ønskeligt, om situationerne havde været håndteret anderledes”.

Man kan nu gætte sig til, hvad der skete med Ombudsmandens afgørelse. Ja, den blev, som nogen måske allerede har anet, besvaret ved, at man i H:S arrogant blot ”tog den til

efterretning” - et andet udtryk for, at arkivere den lodret i papirkurven. Ingen konsekvenser for ledelsen i H:S eller på Hvidovre Hospital - og mulighederne for at knægte medarbejderens ytringsfrihed kan således fortsætte uantastede - og det bliver de så!

Det er i denne sammenhæng et meget alvorligt problem, når de lægefaglige konsekvenser af nedskæringer og besparelser ikke bringes videre op i systemet, men undertrykkes på vejen af hospitalsdirektionen eller andre højere oppe i hierarkiet.

Der bliver herved tale om magtfordrejning med det hovedformål at overholde budgettet frem for at varetage patienternes tarv, og formålet er derved i virkeligheden at beskytte administratorernes egen karriere, da det er budgetoverholdelsen, der er afgørende for vurderingen af deres succes i sundhedsvæsenet - og lægerne - og dermed patienterne, hvad der er det allerværste - bliver uden blusel taget som gidsler i dette spil!



*Figur 123. Lovpædiatri, lærebog i lommeformat. Blev udsendt til DPS og Dansk Skolelægeforenings medlemmer, 1985.*

## **Var det virkelig det værd?**

Jeg er tit blevet spurgt, om jeg har fortrudt min handlemåde. Til det kan jeg kun svare, at det har jeg aldrig. Det var nødvendigt for mig at gøre det, jeg gjorde, og hvis jeg ikke havde gjort det den pågældende dag, så havde jeg været nødt til at gøre det den næste. Ellers ville jeg føle at have svigtet det, jeg mener, man skal stå for som læge. Men selvfølgelig finder jeg også et eller andet sted, at det ikke er helt rimeligt, at man skal gå så langt for at få fred i sjælen.

Ved at sige fra overfor noget, jeg ikke længere kunne stå inde for, kan jeg fortsat se mig selv i spejlet om morgenen, og selv om dette nok ikke af alle kan anses for et kønt syn, så har jeg bevaret min selvrespekt.

Vi har ytringsfrihed - ja, på papiret. Men når det kommer til realiteter, så hjælper det jo ikke så meget, når konsekvensen er sanktioner i form af mistet indflydelse og bremsning af karrieren og dermed manglende muligheder for at fungere som læge.

Enkeltvis er vi alt for nemme både at negligere og udsætte for sanktioner. Derfor var det også så stor en opmuntring, at ombudsmanden oven i købet af egen drift gik ind i denne sag. Der er nu præciseret nogle retningslinier for god offentlig ledelse, som ombudsmanden vil følge op på. Lad os håbe at Lægeforeningen i samarbejde med de videnskabelige selskaber - herunder i høj grad også Dansk Pædiatrisk Selskab - samt det nystartede Dansk

Selskab til Sikring af Lægers Ytringsfrihed - formår at tage udfordringen op", slutter P.A. Krasilnikoff.(forkortet af redaktøren)

# Nye tider - nye navne - fremtiden

## Hvad er en pædiater, og hvad skal han - hun hedde i fremtiden?

I "Hvem vil være millionær" på TV2 den 12. oktober 2006 var et af spørgsmålene "Hvad er en pædiater?". Da deltagerne ikke kunne svare, måtte de spørge publikum, hvor kun 45 % vidste hvad en pædiater var for en størrelse.



Figur 124. Rigshospitalets gamle logo med kongekrone, anvendt frem til HS logo, Regionslogo (2007) og Juliane Marie centrets logo (2004).

Ved Dansk Pædiatrisk Selskabs 50 års jubilæum i 1958 fik pædiaterne og selskabet en fin omtale som børnelæger i landets aviser. Artiklerne findes i dag som udklip i en gæstebog skænket til Dansk Pædiatrisk Selskab af Københavns Lægeforening i anledning af selskabets 50 års fødselsdag.

Den 13. oktober 1958 bragte "Berlingske Tidende" en stor opsat kronik, med følgende overskrift: "Børns sygdomme og sundhed, af Torben Iversen" (59) med underteksten:

"På Dansk Pædiatrisk Selskabs 50 års dag skriver reservelæge Torben Iversen, Dronning Louises Børnehospital under overskriften "Børns sygdomme og sundhed" - om bekæmpelsen og behandlingen af børnesygdomme her i landet – i historisk og aktuel perspektiv."

Torben Iversen sluttede i øvrigt sin kronik med den engelske læge Thomas Phaires ord om børnelægens rolle: - "At gøre dem godt, der har mest brug for det, det vil sige børnene."

Den 21. oktober 1958 havde aviserne følgende overskrifter:

Berlingske Tidende: Dengang børnelægerne ikke blev regnet for noget".

Formanden for Pædiatrisk Selskab ser tilbage ved selskabets 50 aars fødselsdag"

Kristelig Dagblad: "Adfærdsvanskelige bør behandles tidligt"

Politiken: "Vanskelige børn skal til læge i rette tid"

Overskriften og omtalen tog i de to sidste aviser udgangspunkt i formandens jubilæumstale om nutidens børneproblemer, og har ikke udgangspunkt i børnelægernes opførsel.

Socialdemokraten havde følgende overskrifter: "Tidlig behandling bedst til børnepatienterne" – "De danske børnelægers organisation havde i går 50 års jubilæum" (60)

Information: "Børnelægerne fester i dag"

Også Vendsyssel Tidende, Ringkøbing Amts Dagblad og Randers Dagblad havde børnelægerne som overskrift, som lød: "Hyldest til børnelægerne"

Allerede dengang havde pressen taget "børnelægen" til sig, mens "pædiateren" stod svagt. Overskrifterne viser med alt tydelighed, at pædiateren allerede for 50 år siden burde være omdøbt til "børnelæge", hvis man havde et budskab, der skulle ud i pressen og til befolkningen.

Måske skulle man benytte 100 års jubilæet til at fortælle befolkningen lidt om pædiatri/ børns sygdomme og pædiatere/børnelæger, og så samtidig overveje om ikke tiden var moden til at tage navneforandring til "børnelæger" og "Danske Børnelægers Selskab". Dette ville svare fuldstændigt til nomenklaturen, som børne- og ungdomspsykiaterne har, og den nomenklatur, som pressen har brugt allerede for 50 år siden, og i god tråd med den modernisering der er sket indenfor sundhedsvæsenet, hvor selv Den Almindelige Danske Lægeforening DADL har skiftet navn pr. 1.januar 2007, og nu hedder "Lægeforeningen".

- og det ville også give en god forklaring på, hvorfor C. Friedrichsens foredrag, der blev udsendt som særtryk til Nordens børnelæger ved hans 80 års dag hedder: "Strejftog gennem pædiatriens "sidste" 50 år"



Figur 125. Børnehospitalet i Glostrup

### *Et stærkere ”brand”*

Amtssygehuset i Glostrup var i 1990.erne med 4000 ansatte og et årsbudget på 1,6 mia. kr landets 3. største sygehus, samtidig med at det var universitetshospital med samarbejde bl.a. med Københavns Universitet.

Hverken personale eller patienter kunne imidlertid huske, hvad sygehusets korrekte navn var.

I pressen blev sygehuset oftest omtalt som ”KAS Glostrup”, mens ”Glostrup Universitetshospital” eller ”Glostrup Sygehus” sjældent blev brugt. Under alle omstændigheder var navnet et meget svagt ”brand” til kommunens største arbejdsplads ”Amtssygehuset i Glostrup”.

Vi var derfor nogle, der humoristisk forsøgte at få indført en stærkere brand, båret frem af børneafdelingen: Børnehospitalet I Glostrup, forkortet BIG, passede fint til intentionerne, specielt i driftsafdelingens udgave: ”Børnehospitalet i Glostrup med omliggende serviceafdelinger”.

Her var der da et forslag med perspektiv i, men forslaget slog af en eller anden grund aldrig rigtigt igennem og nåede vist aldrig frem til amtsborgmesteren.

### **Fra sygehus til hospital:**

Ved amternes nedlæggelse ultimo 2006 forsvandt betegnelsen ”amtssygehus” og blev i bl.a. Københavns amt erstattet af hospitaler (Glostrup Hospital, Gentofte Hospital) et begreb HS og Fyns amt for længst havde indført (Rigshospitalet, Hvidovre Hospital, Amager Hospital, Odense Universitetshospital).

Århus Amt synes derimod som de eneste, at gå i den stik modsatte retning. I 1996 flyttede børneafdelingen fra Århus Kommunehospital til det nybyggede Skeiby Sygehus. Om der i fremtiden skal stå uændret Sygehus på brevpapiret er uafklaret.

Ord som ”amtsborgmester”, ”amtsråd” ”amtssygehuse” og ”amtsgården” vil nok hurtigt forsvinde ud af det daglige sprogbrug. Det vil også de mange tusind e-mail adresser der indeholder ordet ”amt”, der nu ændres til stort besvær for brugerne.

### **Andre nomenklatur ændringer :**

Amterne blev til regioner

Sygehusene blev til hospitaler

Sygehusinspektøren blev til hospitalsdirektør

Flere overlæger blev til vicedirektører

Administrerende overlæge blev til ledende overlæge

Assisterende overlæge assisterede ikke mere, men blev specialeansvarlig

Afdelingslæger blev til vagtbærende overlæger

Kandidaterne blev til reservelæger

1.reservelæger blev til afdelingslæger og forblev medlem af ”yngre læger”, selv om de var speciallæger og blev ældre og ældre.  
Skolelægerne blev til kommunallæger, og disse læger var medlemmer af FAS, også de der ikke var speciallæger  
Sundhedsstyrelsens børnelæge blev til tilforordnede  
Skoleoverlægen blev til ledende skolelæge  
Oversygeplejersken blev både administrerende og ledende  
”Den Almindelige Danske Lægeforening” DADL forlod det almindelige og blev til ”Lægeforeningen”  
Et sygehus i Københavns kommune var indtil 31.december 1990 del af Københavns Hospitalsvæsen.  
Fra 1.januar 1991 ændredes navnet til Københavns Sundhedsvæsen, og 1. januar 1995 til Hovedstadens Sygehusfællesskab og endelig den 1. januar 2007 til Region Hovedstaden  
Dansk Skolelægeforening blev til Foreningen af Kommunalt Ansatte Læger  
Mesterlæren blev til kursusstillinger og ekspertuddannelsesstillinger og  
DPS møder blev til Continuous Medical Education.

## **Behovet for pædiatri**

DADL nedsatte i 1991-92 et udvalg, vedr. sygehusvæsenets fremtidige struktur, og på forespørgsel om behovet for pædiatri udmeldte DPS et behov for mindst én børneafdeling i hvert amt (opfyldt på nær Bornholm) og behov for 2 afdelinger når indbyggertallet passerer 400.000. (findes ved årtusindskiftet i Københavns kommune, Københavns amt, Storstrøms amt, Århus amt og Nordjyllands amt).

Sengebehovet blev vurderet til 2 senge pr 10000 indbyggere, tillagt sengepladser til kirurgiske børn, gerne på børneafdelinger, Afdelinger med lands-landsdels funktion yderligere 10-20 senge, Rigshospitalet dog 15-30 senge.

Som det fremgår af tabel 1 er antallet af døgnsege gradvist reduceret siden 1980.

Der er sket en betydelig opnormering af faste speciallægestillinger, idet antallet af overlæge/afdelingslægestillinger er næsten 7-doblet over 30 år. I samme periode er antallet af yngre lægestillinger fordoblet. Mens der var en speciallæge for hver 3 yngre læger i 1973, var der 30 år senere 1 speciallæge for hver yngre læge. Muligheden for at styrke uddannelsesstilbudene til yngre læger bl.a. ved bed-site undervisning har således aldrig været bedre end efter årtusindskiftet.

Som hovedregel bør alle børn, der indlægges på hospital så vidt muligt indlægges på en børneafdeling med personale, der er uddannet til at varetage børnenes behov under sygehusindlæggelse. I de tilfælde, hvor indlæggelse på en børneafdeling ikke er mulig, bør hospitalsindlagte børn om muligt kunne nyde godt af de særlige faciliteter, der forefindes



Normering							
Afdeling	Pleje-personale	Sekr. psyk. lab. mv.	Overlæger u. vagt	Overlæger m. vagt	Afd.læge	R1	undervisningsstilling/reservelæge
Hvidovre	110	28	5	0	7	4	5
Gentofte	32,6	15	2	0	2	6	5
Glostrup	112	28	8	0	8	4	4
Amager	33	6,1	2	0	4	0	0
Roskilde	81,1	10,5	2	3	3	4	0
Hilleroed	96	15	7	2	1	4	12
Næstved	58	8,5	3	3	0	2	2
Holbæk	59	10	2	2	6	2	0
Nykøbing F	31,1	5,08	2	2	3	1	0
Odense	243,83	33	9	7	0	10	6
Skejby	200	24,75	15	0	10	1	6
Randers	60	6	6	0	0	1	2
Viborg	67,57	21,26	3	4	0	3	0
Kolding	104,69	17,08	2,75	3	0	7,74	0
Herning	66	8	2	4	0	3	0
Ålborg	139,92	22,04	6	7	3	3	3
Hjørring	23	8	5	0	0	1	0
Esbjerg	70	12,4	3	4	1	3	0
Sønderborg	78,01	5,84	3	3	0	2	0

Økonomi, mio. kr		
Afdeling	Budget løn	Budget drift
Hvidovre	55.000	6.600
Gentofte	25.969	2.146
Glostrup	49.200	4.500
Amager	16.850	1.252
Roskilde	37.491	1.443
Hilleroed	46.270	5.668
Næstved	26.561	4.374
Holbæk	29.000	2.000
Nykøbing F	16.761	2.075
Odense	96.680	12.700
Skejby	92.767	16.000
Randers	20.028	3.702
Viborg	33.237	2.687
Kolding	41.551	3.651
Herning	30.995	4.516
Ålborg	65.460	8.460
Hjørring	15.666	0,65
Esbjerg	33.907	3.981
Sønderborg	32.724	1.771

#### Antal indlæggelser

Afdeling	Døgn- + dagsenge	Døgnsenge	Dagsenge	Sengedage pr. år	Dagpr. pr. år
Hvidovre	69+0	6.565		20.345	
Gentofte	38+24	3.100	4.097	9.512	5.945
Glostrup	62+20	4.971		17.045	
Amager	28+0	2.369		2.369	
Roskilde	45+0	4.150		14.374	
Hilleroed	52+0	3.421		19.191	
Næstved	38+0	3.874		10.871	
Holbæk	41+0	2.863		10.740	
Nykøbing F	19+0	1.617	821	5.498	821
Odense	114+0	5.896		31.030	
Skejby	77+0	8.899		28.184	
Randers	30+0	2.140		7.981	
Viborg	45+0	3.368		13.261	
Kolding	52+5	3.269	1.338	16.991	
Herning	41+0	2.449		13.990	
Ålborg	66+0	4.281		20.781	
Hjørring	24+0	1.530		7.022	
Esbjerg	49+4	3.058		10.853	
Sønderborg	41+0	2.024		11.864	
RH			ej modtaget		
19	931/53	69.844		271.902	

Figur 126-127. Indlæggelsestal og sengeforbrug, normering og økonomi på landets børneafdelinger. DPS og DBO enquete 1999.

for børn i forskellige aldersklasser og for forældre/familier i børneafdelingen, f.eks. legerum, sanserum, eventyrрум, bibliotek, skole. Der bør også være mulighed for internetadgang på sengestue/sengeafsnit, og mulighed for ekstern kommunikation med omverdenen under hospitalsindlæggelse.

Selvom vi i Danmark som princip sikrer alle lige adgang til hospitalsydelser, har vi som samfund ikke tilgodeset barnets basale behov for at være sammen med forældrene, når det gælder sygehusindlæggelse. I tredje verdenslande sås først værdien af, at en forælder konstant var sammen med barnet, såkaldt "rooming-in". Gode faciliteter for forældre og børn inkl. mulighed for overnatning i umiddelbar nærhed af det syge barn er bare et af de mål, som burde kunne opfyldes på alle danske børneafdelinger.

## Udvikling inden for børneområdet - et bud på fremtiden

*Beskrevet af bl.a. Arne Høst og redaktøren*

Adipositas, allergi, type2 diabetes, tourette syndrom, hovedpine, cancer hos børn og social-pædiatriske tilfælde med psykosomatiske symptomer fylder mere og mere i pædiatrien.

Fra midten af 1980'erne til midt i 1990'erne steg fødselstallet kraftigt i Danmark fra ca. 50.000 til ca. 70.000 fødsler årligt, og siden har fødselstallet kun været lidt faldende og er nu senest stagneret omkring 65.000 fødsler årligt. Derfor vil antallet af børn i alderen 0-17 år fortsat være højt i mange år frem. Samtidig er der i det seneste årti sket en stigning i antallet af for tidligt fødte børn med deraf afledt behov for behandling og udvikling inden for neonatologiområdet. Udover den øgede indsats inden for neonatologiområdet er der også i de seneste årtier sket en udvikling inden for en række pædiatriske ekspertområder/fagområder (f. eks. børneonkologi, børnekardiologi, børne nefrologi), som har betydet, at man er blevet i stand til at behandle flere sygdomme hos børn, har længere behandlingsforløb og en bedre overlevelse.

Antallet af børn døde af pludselig uventet spædbørnsdød er faldet drastisk, overlevelsen efter infektioner, cancer og for tidlig fødsel er bedret betydelig og selv drukneulykker synes i aftagende.

Generelt er der i visse industrialiserede lande en kraftig stigning i livsstilsbetingede/livsstilsrelaterede sygdomme som astma og allergi og ikke mindst overvægt. Den globale fedmeepidemi hos børn og unge er samfundsmæssigt bekymrende, og har nu også nået Danmark. Følger til overvægt som f. eks. type 2 diabetes, belastningsskader og gigtgener ses allerede nu i barnealderen og i ung voksenalder. Senere tilkommer følger som åreforkalkning og forhøjet blodtryk. Generelt er der en erkendelse af, at udvikling af livsstilsrelaterede sygdomme oftest starter tidligt i barnealderen og ofte måske før fødslen, og først langt senere manifesterer sig som luftvejslidelser, hjerte-karsygdomme, type 2 diabetes og gigtlidelser.

Udviklingen inden for børneområdet har i de seneste årtier medført et væsentligt øget behov for diagnostik, behandling og kontrol af børn med ikke blot sjældne, alvorlige sygdomme og tilstande som f. eks. børneonkologiske lidelser og sygdomme hos ekstremt for tidligt fødte, men også for hyppigt forekommende livsstilssygdomme som astma, allergi og overvægt samt banale infektionssygdomme i barnealderen.

På linie med udviklingen i andre industrialiserede lande er der i de seneste årtier sket en betydelig faglig udvikling inden for pædiatrien og en markant øget forskningsaktivitet. Et udsnit af disputater og Ph.d. afhandlinger forfattet af danske børnelæger findes i bilag 1.

Vi har de bedste forudsætninger for at kunne udnytte den viden der i dag lagres i vigtige databaser inden for bl.a. neonatologi, visse medfødte kirurgiske lidelser, sukkersyge, astma og allergi, cerebral parese. På adskillige områder er der etableret databaser, der udover

sygdomsspecifikke forhold også registrerer vigtige miljø- og livsstils faktorer af betydning for sygdomsopståen og sygdomsforløb. Da vi i Danmark pr. tradition har en meget høj opfølgingsrate i kohorteundersøgelser af både nyfødte og større børn er der basis for at kunne yde et vigtigt bidrag til forskning i sammenhæng mellem genetiske og miljøfaktorerens betydning for opståen og udvikling af sygdomme mhp. senere implementering af effektive forebyggelsestiltag.

Det er vigtigt, at der fortsat på landsplan samarbejdes om optimering af de igangværende og nye databaseprojekter inden for pædiatrien.

### *Centralisering*

Der er allerede i de seneste årtier sket en omfattende centralisering af sjældne sygdomme og svære alvorlige sygdomstilstande til pædiatriske Højt Specialiserede Enheder (HSE) På baggrund af den hidtidige erfaring synes sundhedsstyrelsens vurdering, at befolkningsunderlaget for en funktionsbærende enhed med døgnfunktion bør være på ca. 250.000 indbyggere sv.t. 50.000 børn under 15 år stadig at være gangbar. Baseret på indlæggelsestal, ambulante ydelser og aktiviteter præsteret af de pædiatriske funktionsbærende enheder er disse velfungerende inden for varetagelse af almen pædiatri, neonatologi, astma/allergologi/lungelidelser, neuropædiatri/rehabilitering og endokrinologi/diabetologi.

Dansk Pædiatrisk Selskab finder det væsentligt, at der er mulighed for neonatologisk service på alle landets fødesteder. Derimod findes det u hensigtsmæssigt, hvis der opret holdes rent jordemoderlede klinikker uden tilknytning til en obstetrisk afdeling. Det er vigtigt, at hvert af de 5 basale funktionsområder på de funktionsbærende enheder varetages af mindst 2 fastansatte speciallæger i pædiatri med særlig viden inden for de pågældende områder for at sikre kontinuitet og kvalitet i ydelserne.

Hvad angår de Højt Specialiserede Enheder vil centraliseringsgraden afhænge af sygdommens sjældenhed, kompleksitet og/eller ressourcekrav.

Inden for pædiatrien har der regionalt, interregionalt og på landsplan været et godt samarbejde, som har sikret et rimeligt forhold mellem specialiseringsgrad, kapacitet og volumen.

## Et bud på fremtiden indenfor socialpædiatri: Et Børne Center

Overlæge Bodil Moltesen, børneafdelingen i Glostrup har gjort sig nogle tanker om fremtidens socialpædiatri:

”Paediatrics is concerned with the health of infants, children and youth, their growth and development and their opportunity to achieve full potential as adults”

### Børnene

Både i og udenfor Danmark, er der de senere år kommet en øget opmærksomhed på børn udsat for alle typer af omsorgssvigt og overgreb, med baggrund i Lov om Social Service som lovmæssig baggrund for arbejdet med udsatte børn.

Vi ved, at børn udsat for alle former for overgreb og omsorgssvigt udover de akutte fysiske og psykiske skader har øget risiko for at udvikle infektionssygdomme, psykosomatiske sygdomme, adfærds- og indlæringsproblemer samt depressioner og selvmordsforsøg.

Disse børn har desuden et øget forbrug af alle sundhedsvæsenets ydelser., Alvorlige psykiske traumer kan give neurobiologiske forandringer svarende til en hjerneskade. Derfor hører spørgsmål om omsorgssvigt og overgreb på børn også hjemme i sundhedssektoren.

For børn der har symptomer på omsorgssvigt gælder det at deres omgivelser er en del af sygdommen. Det betyder, at man bliver nødt til at inddrage forældre og omgivelser i både diagnosticering og behandling.

1. Mange af disse børn kommer på et tidspunkt på en skadestue eller børneafdeling., med viden eller formodning om fysisk vold, seksuelt eller psykisk overgreb og omsorgssvigt. Selvom børnene ikke medicinsk set har brug for indlæggelse, kan det være nødvendigt i en observationsfase og for at sikre sig at barnet er beskyttet mod yderligere overgreb.

2. Mange børn henvises til en børneafdeling med sygdomme og symptomer, hvor overgreb og omsorgssvigt senere viser sig at være den belastning, der er årsag til symptomet. Det drejer sig om:

- Psykosomatiske klager: hovedpine, besvimelser, ondt i maven, spiseforstyrrelser, træthed etc.

Manglende trivsel, forkert, for meget og for lidt mad

Selvmordsforsøg og selvmutilering

Akut misbrug (fx alkoholforgiftning)

Kronisk sygdom med forværring p.gr.a. psykosocial belastning, specielt diabetesbørn kan udvikle livstruende komplikationer, som følge af omsorgssvigt.

Barnet påføres aktivt sygdom af mor/forældre og/eller symptomer opdigtes (pediatric disorder by proxy)

3. Børnene kan desuden have problemstillinger, hvor der er brug for undersøgelse og observation for at afklare om der er en somatisk forklaring. Børn med symptomer fra geni-

talier har brug for en specialistundersøgelse (kolposkopi) for at kunne afgøre årsagen.

Børnelæger med speciale i socialpædiatri og pædiatrisk gynækologi bruger også denne undersøgelse ved mistanke om seksuelt overgreb, hvorfor de har den tilstrækkelige erfaring.

4. Forældrenes adfærd kan være truende for barnets sundhed og udvikling. Det drejer sig om forældre med: psykisk sygdom, misbrug, voldelig adfærd, og andre psykosociale belastninger, der gør, at forældrene ikke forstår børnenes behov og ikke kan handle derefter.

Nogle børn havner på en børneafdeling, med uklare fysiske og psykiske problemstillinger, fordi ingen andre professionelle ved, hvad de skal stille op i en given sag. Børneafdelingernes har åbent 24 timer i døgnet 7 dage om ugen og betragtes af mange som et neutralt sted. En indlæggelse kan være med til at skabe ro, mens de professionelle finder ud af hvad det drejer sig om og det kan give barnet en tiltrængt pause "time-out".

### *Statistik*

Det er usikkert, hvor mange % af de danske børn, der er omsorgssvigtede, både fordi det er svært at måle og fordi de ikke registreres systematisk. Undersøgelser fra blandt andet socialforskningsinstituttet peger på, at ca 5% af danske børn er udsat for omsorgssvigt i en eller anden grad. Det betyder for Hovedstadsregionen ca. 12.000 børn. Af disse vil ca. halvdelen eller 6.000 have følger af fysisk eller psykisk karakter.

Hvor mange børn med psykosociale problemstillinger som væsentligste problemstilling, der vil komme på en børneafdeling afhænger af flere forhold:

- baggrundsbefolkningen i sygehusoptageområdet
- afdelingens opmærksomhed og kompetence i sager med omsorgssvigt
- afdelingens professionelle ry
- afdelingens ressourcer til at undersøge og behandle omsorgssvigtede børn

Børn udsat for omsorgssvigt adskiller sig fra børn med "almindelige sygdomme", fordi omsorgssvigt er et personligt ømtåleligt emne, der ofte er behæftet med berøringsangst fra de professionelle side (inklusive børnelæger). Da den enkelte professionelle møder disse børn relativt sjældent bliver der ikke dannet tilstrækkelig erfaring til at komme igennem berøringsangsten. Erfaringer fra Team fra Seksuelt Misbrugte Børn på Rigshospitalet og Glostrup Børneafdeling viser at problemstillingen er særlig udtalt i tilfælde med mistanke om seksuelt overgreb. Håndteringen af netop denne gruppe børn kræver ekstra erfaring og faglig kompetence.

### *2. Child protection center*

Der er flere forhold, der taler for en centralisering af arbejdet med omsorgssvigtede børn. De forskellige former for omsorgssvigt og overgreb optræder ofte sammen, hvorfor størstedelen

af problematikken og fagligheden er den samme i alle omsorgssvigtssager. Børnene kan desuden have brug for at være indlagt et neutralt sted i en afklaringsfase. 24 timers observation af professionelle (læge, sygeplejerske, psykolog socialrådgiver og pædagog) kan ofte give oplysninger, som et ambulans besøg ikke når at afdække. Det mest hensigtsmæssige for børnene vil være at placere dem for sig selv, så de ikke skal ligge side om side med børn med 'almindelige' sygdomme, da dette kan være en yderligere belastning for barnet. Et Børnecenter bør dog ligge i tilknytning til en almen pædiatrisk afdeling, så afdelingens faciliteter kan benyttes og der kan foretages røntgen-undersøgelser og blodprøver. Erfaringer viser, at der er ofte skabes unødigt drama og enkelte gange mediestorm og politisering i alvorlige sager af børnemishandling, specielt sager om seksuelt overgreb. I sådanne tilfælde er det vigtigt for den professionelle behandling og barnets tarv, at barnet fjernes fra nærmiljøet til et mere anonymt sted, hvor barnet også kan være beskyttet.

Den tidligere Tværministerielle arbejdsgruppe om en forstærket indsats mod seksuelt misbrug af børn (juli 2000), Børnerådet og Dansk Pædiatrisk Selskab har tilkendegivet, at det vil være hensigtsmæssigt at oprette regionale centre for børn udsat for seksuelt overgreb. I et sådant Børnecenter vil der kunne samles tilstrækkelig erfaringer og ekspertise, så alle børn udsat for alle former for omsorgssvigt vil kunne få den bedst mulige behandling.

Et Center kan samtidig danne base for samarbejdet mellem de forskellige sektorer der altid involveres i sager om omsorgssvigt. For socialforvaltningen kan det være en fordel at have en entydig samarbejdspartner (277-281).

Den amerikanske pædiater og forsker David Chadwick som grundlagde et af de først Child Protection Centers i USA i 1987, siger i "The APSAC Handbook of Child Maltreatment" 2001:

De sektorer der SKAL samarbejde i dette arbejde er (i det mindste): social-, rets-, sundheds- og undervisningssektorerne. Ingen er mere vigtig end den anden, og ingen er mere vigtig end problemet. Fælles lokalitet for disse aktiviteter øger markant muligheden for koordination og samarbejde (282).

Dette er helt i overensstemmelse med de erfaringer, der er blevet gjort her i landet. Nemlig at mange af de problemer, der opstår i en given sag, skyldes manglende koordination og kommunikation mellem sektorerne. Der er brug for Børnecentre med tværfaglig viden på specialistniveau og erfaring til at tage sig af disse børn, samt til at rådgive andre professionelle (283).

## De nye regioner opruster

### Region Hovedstaden

Region Hovedstaden vedrørte i 2007 bl.a. sygehusbehandling af 1,6 millioner indbyggere med en sundhedsudgift pr. indbygger på kroner 12.916, et samlet budget på ca. 25.000.000.000,- kr, omfattende 14 sygehuse med godt 6000 senge, 36.000 ansatte, over 800.000 patientbehandlinger og 2,1 millioner ambulante besøg om året. Regionen ledes af tidl.Amtsborgmester i Københavns amt Vibeke Storm Rasmussen



Allerede i februar 2007 kan pressen meddele, at Region Hovedstaden planlægger (ifølge Dagens Medicin 23. februar 2007: og Berlingske Tidende 25. februar 2007) et nybygget Mor-barn hospital i Herlev, der skal sikre bedre behandling. Det nye mor-barn hospital i 6 etager skal afløse Gentofte og Amagers børneafdelinger, der ikke har føde-neonatalfunktion, samt børneafdelingen i Glostrup, som trænger til en grundig modernisering.

*Figur 128. Formand for Region Hovedstaden i 2007 blev Vibeke Storm Rasmussen, her set på en valgplakat*

”Meddelelsen om, at Børnehospitalet på Glostrup Hospital skal flyttes ud på Herlev Hospital, kommer ikke bag på ledende overlæge Karsten Hjelt” skrev Dagens Medicin 23. februar 2007 og artiklen fortsatte med at fastslå vigtigheden af, at afdelingen overflyttes som en samlet blok, så den ekspertise de ansatte har opbygget gennem årene bevares. Selv om Børnehospitalet i Glostrup er en af de få børnefunktioner i Danmark, som blev tegnet og bygget til børn som mor-barn hospital, er det i dag ikke tidssvarende. Opførelse af et nyt børnehospital er et længe næret ønske blandt fagfolk idet man her vil kunne samle føde-, neonatal- og øvrige børnefunktioner og skabe børnevenlige og trygge omgivelser og endnu højere faglig kvalitet og der synes nu at være stor politisk villighed til på denne måde, at forbedre forholdene for børnefamilierne.

22. oktober 2007 kunne Region Hovedstaden melde ud til medarbejderne på de gynækologisk- obstetriske afdelinger og de pædiatriske afdelinger, at disse to områder ville blive samlet på Hillerød Hospital, Herlev Hospital, Hvidovre Hospital og Rigshospitalet. Medarbejderne fra Amager Hospital tilbydes at flytte til Hvidovre, medarbejderne fra Glostrup flyttes samlet til Herlev, mens medarbejderne fra Gentofte flyttes samlet til Rigshospitalet. Samtidig samles fødslerne på de 4 sygehuse (275-277)

Selv om nogle politikere tidligere påstod, at de "aldrig har kunnet lide store enheder", er netop børnehospitalerne, som vi kender dem fra USA og London gode eksempler på, hvor tværfaglig behandling på et højt fagligt plan, forskning og udvikling får de bedste muligheder til glæde for de syge børn.

Den nye sygehusplan betyder i praksis, at et længe næret ønske fra både børnelæger og fødelæger om at samle fødslerne på få sygehuse med neonatalfunktion og tilhørende børneafdeling nu endelig kan blive en realitet.

Det er 50 år siden, at Preben Plum offentliggjorde "en ønskedrøm om at samle de dengang 1000 børnesenge, der fandtes på de storkøbenhavnske børneafdelinger sammen med børnekirurgisk og børnepsykiatrisk afdeling i et stort børnehospital med de fornødne specialafdelinger", en tanke Region Hovedstaden endnu kan realisere ved at bygge et nyt stort børnehospital med de fornødne omkringliggende serviceafdelinger enten på Amager eller i Herlev.

Den nye sygehusplan er imidlertid et godt bud på fremtiden

Region Midtjylland har planer om at opføre et giganthospital, landets største, i forbindelse med Skejby Sygehus, og Region Syddanmark: startede allerede i 2004 planlægningen af det nye H. C. Andersen Børnehospital i Odense som en geografisk og funktionel samling af de funktioner, der vedrører diagnostik, behandling og pleje af syge børn i regionen. Børnehospitalet etableres som en selvstændig enhed, der er integreret i det store Universitetshospital i tæt samarbejde med de parakliniske enheder og relevante voksenspecialer. Mindst en af forældrene vil i fremtiden kunne være medindlagt med det syge barn for at sikre barnets tryghed og omsorg under indlæggelsen.

Ud over en nybygning og en nyindretning af en stor Børnemodtagelse bliver der foretaget en omfattende renovering af de eksisterende børneafsnit i Odense. Desuden får Børnehospitalet en Eventyrgang med H. C. Andersen motiver. bliver forbindelse mellem de forskellige afsnit, og gårdhaverne. Hensigten er at skabe et stimulerende miljø, hvor børn og forældre kan være sammen i familievenlige omgivelser.

I skrivende stund ser det ud som om vi om få år har børnehospitaler med en geografisk og funktionel samling af de funktioner, der er nødvendig for diagnostik, behandling og pleje af syge nyfødte og større børn på et højt fagligt niveau på Rigshospitalet (nuværende klinikker suppleres med børneafdelingen Gentofte som en klinik III), Herlev Hospital (udflytning af børneafdelingen i Glostrup og samling af fødslerne fra det tidligere Københavns amt, Hvidovre Hospital (indflytning af børneafdelingen fra Amager hospital sker foråret 2008), etablering af H. C. Andersen Børnehospitalet i Odense (nuværende Odense Universitetshospital), styrkelse af Skejby sygehus (med udflytning af Århus Kommunehospital) og formentlig også en tilsvarende funktion i Ålborg.

Børnehospitalerne ventes etableret som selvstændige enheder, der er integreret i Universitetshospitalerne i tæt samarbejde med de parakliniske enheder og relevante voksenspecialer.





*Figur 129. Forældreopholdsstue i neonatalafsnittet, hvor der er enestuer til mor og barn samt mulighed for overnatning også for far, Odense 2008*



*Figur 130. Eventyrgangen Odense 2008*



*Figur 131. Interiør fra hallen ved den nye indgang til H.C. Andersen Børnehospital 2008*

På baggrund af erfaringerne fra lande som Holland og Sverige, hvor befolkningens sammensætning og de sociale forhold er sammenlignelige med Danmark kan det forventes, at vi også i Danmark med etablering af nye børnehospitaler kan skabe overskuelige børnemiljøer med tværfaglig høj kvalitet i patientbehandling, forskning, veluddannet personale gode til nytænkning, samarbejde og kommunikation.

Der skal fortsat ske en forbedring og opdatering af kvalitetsmål for patientforløb, herunder standarder for diagnostik, behandling og pleje, og løbende udvikles og optimeres standarder og indikatorer til brug for vurdering og udvikling af kvaliteten.



*Figur 132. Uddeling af fondspenge 1988. Fra venstre H.K.H. Prins Henrik, professor Flemming Skovby, Hans Lou, Hans Erik Nielsen og redaktøren.*

*Disputatser udarbejdet af danske pædiatere, et udvalg:*

- Andersen, Bent Nicolai (1902-75)  
Undersøgelser over spæde børns ventrikelsekret.  
Disp 1936
- Andersen, Else (1934- )  
Skeletal maturation of Danish school children in relation to height, sexual development and social conditions.  
Disp 1968
- Andersen, Gunnar Eg (1942-89)  
Hyper- and hypolipoproteinemia in children at birth and follow-up.  
Disp 1980
- Andersen, Hans Jørgen (1929-1993)  
Clinical studies on the antibody response to E.coli o-antigens in infants and children with urinary tract infection.  
Disp 1967
- Andersen, Henning Jesper (1916-78)  
Studies of hypothyroidism in children.  
Disp 1960
- Andersen, Karen Vitting (1952- )  
Perinatal audit. En metode til kvalitetsvurdering af peri- og neonatal omsorg.  
Disp 1994
- Andersen, Ole (1946- )  
Insulin receptor binding and glucose metabolism in the normal pregnancy and gestational diabetes mellitus.  
Disp 1990
- Baagøe, Kaj (1888-1982)  
Bidrag til Studiet af Astma særligt hos Børn  
Disp 1926
- Becker-Christensen, Finn (1937- )  
Køge lægevagt – Ydelsesproduktion og sygdomspanorama.  
Disp 1982
- Biering Axel (1922-1991)  
Bio-Assay of parathyroid hormone on rats.  
Disp 1959
- Bisgaard Hans (1955- )  
Astma hos småbørn.  
Disp 1994
- Bloch, Carl Edvard (1872-1952)  
Studier over tarmbetændelse.  
Disp 1902
- Brandt, Niels Jacob (1929- )  
Galaktose-1-fosfat-uridyltransferase. Hereditær galactosæmi levercirrhose og oligofreni.  
Disp 1966

- Brandt, Sven (1913-1992)  
Werdnig-Hoffmann's infantile progressive muscular atrophy.  
Disp 1950
- Brock Jacobsen, Bent (1941-)  
Thyroid function in infancy. Review of the serum levels of thyrotropin, thyroxine, triiodtyronine, thyroxine-binding globulin, prealbumin and albumin in mature, small-for-gestational age and premature infants.  
Disp 1983
- Brøndum-Nielsen, Karen (1947-)  
X-linked mental retardation with the fragile site at Xg28.  
Disp 1985
- Bræstrup, Poul W (1908-81)  
C-vitaminstudier på børn.  
Disp 1939
- Carlsen Niels (1945- )  
Human B and T lymphocytes. Response to vaccination with pneumococcal polysaccharides.  
Disp 1990
- Christensen Vagn (1921- )  
Boligforhold og børnesygelighed. En undersøgelse af hospitalsindlæggelser under forskellige boligforhold.  
Disp 1956.
- Cohn Jørgen (1937-)  
Thrombocytopeni hos børn. En oversigt.  
Disp 1977
- Cortes, Dina (1959- )  
Cryptorchidism-Aspects of pathogenesis, histology and treatment  
Disp 1998
- Dupont, Annalise (1917-)  
Bacteriological, clinical and epidemiological studies on epidemic infantil diarrhoea. With special reference to Echerichia coli.  
Disp 1955
- Ebbesen, Finn (1941- )  
Fototerapi og dermed forbundet behandling af neonatal hyperbilirubinæmi.  
Disp 1983
- Falch, Inger Bendtson (1957- )  
Nocturnal hypoglycaemia in patients with insulin-dependant diabetes mellitus.  
Disp 1995
- Flensborg, Erhard Winge (1912-1989) Ven-trikelsekretionen hos normale og syge Spæ-dog Småbørn. Undersøgelser med fraktionerede Histaminprøver under kunstig søvn.  
Disp 1944.
- Friderichsen, Carl (1886-1982)  
Om Acidose hos spæde Børn. Et bidrag til de akutte ernæringsforstyrrelsers Klinik.  
Disp 1941
- Friis-Hansen, Bent (1920-2002)  
Changes in body water compartments during Growth.  
Disp 1956

- Glenting P. Etiology of congenital spastic cerebral palsy with special reference to the significance of genetic and prenatal factors. Disp 1970
- Greisen, Gorm (1951-) Cerebral blood flow in mechanically ventilated preterm neonates. Disp 1989
- Halken, Susanne (1952-) Prevention of allergic disease in childhood. Clinical and epidemiological aspects of primary and secondary allergy prevention. Disp 2004
- Heilmann, Carsten (1949-) Human B and T lymphocyte responses to vaccination with pneumococcal polysaccharides. Disp 1990
- Herlin Troels (1953-) The role of cyclic AMP during phagocytosis and cytotoxicity mediated by neutrophils and monocytes. Disp 1983
- Hertz, Henrik (1934-) Bilirubins in human serum Disp 1976.
- Hirschprung, Harald (1830-1916) Den medfødte Tillukning af Spiserøret samt Bidrag til Kundskab om den medfødte Tyndtarmstillukning. Disp 1861
- Hjelt, Karsten (1946-) Acute rotavirus gastroenteritis in children Disp 1988
- Hove, Hanne (1962-) Lactate and short-chain fatty acid production in the human colon: Implication for the D-lactic acidosis. Disp 1997
- Husby, Steffen (1953-) Dietary Antigens: Uptake and Humoral Immunity in man. Disp 1988
- Høgh, Birthe (1947-) Clinical and parasitological studies on immunity to Plasmodium falciparum malaria in children. Disp 1996
- Høst, Arne (1946-) Cow's milk protein allergy and intolerance in infancy. Some clinical and immunological aspects. Disp 1965
- Ibsen, Karsten Kaas (1948-) Blodtrykket hos børn og unge og faktorer af betydning for dette. En oversigt baseret fortrinsvis på befolkningsundersøgelser. Disp 1984
- Iversen, Torben (1923-1988) Leukaemia Infancy and Childhood Disp 1966

- Jacobsen, Bent Brock (1941- )  
Thyroid function in infancy. Review of the serum levels of thyrotropin, thyroxine, triiodtyronine, thyroxine-binding globulin, prealbumin and albumin in mature, small-for-gestational age and premature infants.  
Disp. 1983
- Juul, Anders (1963-)  
Serum Levels of Insulin-like Growth Factor I and its Binding Proteins in Health and Disease.  
Disp 2003
- Kamper, Jens (1940-)  
Respirationsinsufficiens hos nyfødte; Behandling, overlevelses- og senprognose.  
Disp 1979
- Kejser-Nielsen, Hans (1910-1997)  
"Mucin". Undersøgelser over nogle af mucins fysisk-kemiske egenskaber og fysiologiske funktioner.  
Disp 1953.
- Kildeberg, Poul (1930-)  
Clinical Acid-Base Physiologi. Studies in Neonates, Infants and Young Children.  
Disp 1968
- Klug, Bent Helmuth (1953-)  
Evaluation of some techniques for measurements of lung function in young children.  
Disp 2002
- Knudsen, Finn Ursin (1938 -)  
Intermittant diazepam prophylaxis in febrile convulsions.  
Disp 1991
- Kofoed, Poul-Erik  
Treatment of uncomplicated Malaria in Guinea-Bissau.
- Koch, Christian (1936-2004).  
Bacterial activity of human neutrophil granulocytes.  
Disp 1978
- Krabbe, Søren (1942-)  
Calcium homeostasis and mineralization in puberty.  
Disp 1988
- Krasilnikoff, Peter Andreas (1936-)  
Albumin metabolism in normal mature and premature children,  
Disp 1975
- Lauersen Helga (1919 - )  
Nogle klinisk-bakteriologiske undersøgelser fra en fødeafdeling.  
Disp 1965
- Lee, Kirsten Damgaard (1941-)  
Young alcoholics: The risk of intellectual impairment, cerebral atrophy, cerebral thrombosis and liver damage.  
Disp 1987

- Lou, Hans, (1939-)  
Angiokeratoma corporis diffusum (Farbry's sygdom). Kliniske og biokemiske studier med særlig vægt på nurologi og lipidkemi. Disp 1972
- Lund, Allan Meldgaard (1962-)  
Biochemical and molecular genetic studies of osteogenesis imperfecta. Disp 2002
- Melchior, Johannes C (1923-1995)  
Pneumoencefalography in atrophic brain lesions in infancy and childhood. Disp 1961
- Meyer, Adolph. H (1871-1937)  
Tabellarisk Oversigt over en Række Mavesaftsundersøgelser hos Børn i 1. leveaar. Disp 1902
- Michaelsen, Kim Fleischer (1948- )  
Nutrition and growth during infancy, the Copenhagen Cohort Study. Disp 1997
- Michelsen, Niels (1939- )  
Tumlere og fumlere, Lic.Med.-afh 1978
- Monrad, Svenn (1867- 1945)  
Kliniske studier over Appendicitis hos Børn. Disp 1898
- Mortensen, Henrik B (1947- )  
Glycated Hemoglobin reactions and Biokinetics Studies. Clinical application of Hemoglobin A1c in the assessment of metabolic Control in Children with Diabetes Mellitus. Disp 1985
- Müller, Jørn ( 1951- )  
Abnormal Infantile Germ Cells and Development of Carcinoma in-situ in Maldeveloped Testes. A Stereological and Densitometric study. Disp 1987
- Nielsen Bent Windelborg (1962-)  
Basophil histamine release in allergic and non-allergic patient populations: application of a novel washed blood histamine release assay. Disp 1995
- Nielsen, Hans Erik (1942 - )  
Quantitative aspects of in vitro lymphocyte culture. Disp 1977
- Nielsen, Jytte Bieber (1947- )  
Rett syndrome: Progradierende neurodegeneration eller neural udviklingsdefekt?; prævalens, klinik og patogenese. Disp 1999
- Nysom, Karsten (1963- )  
Bone Mass and Body Fatness after Leukaemia or Lymphoma in Childhood. Disp 2004

- Oxhøj, Henrik (1941 - )  
Om diagnos av obstruction i perifera luftvägar  
Disp.1977
- Pedersen, Freddy Karup (1943 - )  
Epidemiology and prevention by vaccination of pneumococcal bacteremia and meningitis in splenectomized children.  
Disp 1984
- Pedersen, Juri Lindy (1962 - )  
Inflammatory pain in experimental burns in man.  
Disp 2000
- Pedersen Søren (1950- )  
Inhalator Use in Children with Astma  
Disp 1987
- Plum, Preben (1906 - 2002)  
Clinical and experimental investigations in Agranulocytosis with special reference to the etiology.  
Disp 1938
- Poulsen, Valdemar (1879 - 1952)  
Om ochronotiske tilstande hos mennesker og dyr.  
Disp 1910
- Prahl, Palle (1944 - )  
Allergener i ekstrakt af kohår og skæl  
Disp 1984
- Pressler, Tacjana (1953 - )  
IgG subclasses and chronic bacterial infection in cystic fibrosis.  
Disp 1996
- Pryds, Ole (1953 - )  
Control of cerebral circulation in high-risk neonates.  
Disp 1992
- Pærregaard, Peer ( 1922 - )  
Morfin – skæbne i organismen og dannelse fra kodein.  
Disp 1958
- Pærregaard, Anders (1950 - )  
Interactions between Yersinia enterocolitica and the host with special reference to virulence plasmid encoded adhesion and humoral immunity.  
Disp 1992
- Rechnitzer, Catherine (1949 - )  
Pathogenic aspects of Legionnaires Disease.  
Disp 1994
- Reimers Jesper (1960 - )  
Interleucin-1 beta induced transient diabetes mellitus in rats; a model of the initial events in the pathogenesis of insulin-dependant diabetes mellitus.  
Disp 1998
- Rothe-Meyer, Arne (1903 - 58)  
Forholdet mellem Leucose og Sarcom hos Høns.  
Disp 1935



- Ryssing, Erik (1919 - )  
Studier over den flammefotometriske metodes fejlkilder og anvendelighed til bestemmelse af kalium og natrium i blod og urin. Disp 1952
- Schiøtz, Peter Oluf (1942 - )  
Local humeral immunity and immune reactions in the lungs of Patients with cystic Fibrosis. Disp 1981
- Schmiegelow, Kjeld (1953 - )  
Maintenance Chemoteraphy in acute lymphobtic leukæmi in children Disp 1998
- Skakkebæk, Niels Erik (1936 - )  
Kvantitative studier af Det Germinative Epithel i den humane testis specielt med henblik på fertilitet og kromosomkomplement Disp 1974
- Skov, Liselotte (1954 - )  
Noninvasive brain monitoring with near infrared spectroscopy in newborn infants. Disp 1996
- Skovby Flemming (1950 - )  
Homocystinuria; clinical, biochemical and genetic aspects of cystathionine beta-synthase and its deficiency in man. Disp 1985
- Steinicke, Olaf (1920 - 1999)  
Hypertrofisk pylorus stenose. Med særlig henblik på neurohistologiske undersøgelser af ventriklen. Disp 1962
- Terslev, Erik (1924 - 1999)  
Congenital isolated ventricular septal defect in children and infants especially under two years of age. Disp 1974
- Thamdrup, Erik (1919 - )  
Precocious sexual development. A clinical study of 100 children. Disp 1961
- Thorn, Ingrid (1927 - )  
Cerebral symptoms in the newborn, Disp 1969
- Thorsteinsson, Susanne Lanng (1948 - )  
Glucose intolerance in cystic fibrosis. Disp 1996
- Tudvad, Folke (1914 - 64)  
Undersøgelser over blodsukker og sukkerudskildelse hos præmature. Disp 1955
- Uldall, Peter (1949 - )  
Spædbørn og småbørns almindelige sygdomsforekomst og sociale konsekvenser. Disp 1987
- Valerius, Niels Henrik (1940 - )  
Chemotaxis of neutrophil granulocytes. Measurement, cell biology and clinical significance. Disp 1984
- Verder, Henrik (1942 - )  
Prænatal bestemmelse af lungematuriteten og forebyggelse af idiopatisk respiratory distress syndrom. Disp 1980

Vesterdal, Jørgen (1916 - )  
Maaling og Standardisering af penicillin.  
Disp 1947

Wamberg Erik (1916 - )  
Studier over alimentær lipæmi hos børn.  
Med særlig henblik på forholdene ved kroniske fordøjelseslidelser.  
Disp 1954

Weile, Birgitte (1951 - )  
Aspects of classic symptomatic coeliac disease  
Disp 2003

Wolthers Ole (1954 - )  
Knemometry in the assessment of exogenous glycocorticosteroid in children with asthma and rhinitis.  
Disp 1996

Zachau-Christiansen, Bengt (1927 - 1997 )  
The influence of prenatal and perinatal factors on development during the first year of life with special reference to the development of signs of cerebral dysfunction.  
Disp 1972

Øster, Jacob (1915 -77)  
Mongolism. A clinicogenealogical investigation comprising 526 mongols living on Seeland and neighbouring islands in Denmark.  
Disp 1953

Østerballe, Ole (1942 - )  
Specific immunotherapy with purified Grass Pollen Extracts. Disp 1983

Østergard John Rosendahl (1953 - )  
Risk factors in intracranial saccular aneurism. Aspects on the formation and rupture of aneurisms and development of cerebral vasospasm. Disp 1989

Østergaard Poul Aabel (1936 - )  
Betydningen af immunoglobulin A dannelse for udvikling af adenotonsillitis og/eller asthma bronchiale hos børn.  
Disp 1979

### **Ph.D afhandlinger - et lille udvalg:**

Andersen, Jesper  
Nesseria meningitidis: The Carrier State. Epidemiological investigations.  
Ph.D 1997

Birkebæk Niels  
Bordetella Pertussis and Chlamydia pneumoniae in the aetiology of chronic coughing in otherwise healthy adults.  
Ph.D 2001

Børch, Klaus  
Quantification of regional cerebral blood flow in preterm infants. Ph.D 1996.

Daniel, Peter Flemming  
Måling af Nitrogen Oxid (NO) i Udåndingsluft hos Småbørn.  
Ph.D 2006

- Hansen Dorthe  
Livsbegivenheders betydning for kønsratio og medfødte misdannelser: En registerbaseret undersøgelse.  
Ph.D 2000
- Hansen, Kirsten Skamstrup  
Type 1 allergy to apple in birch pollen allergy individuals.  
Ph.D 2000
- Hertel, Niels Thomas  
Linear growth, body proportions and biochemical markers of growth in healthy children and individuals with three types of skeletal dysplasia.  
Ph.D 1996
- Hjallgrim, Helle  
Kliniske, neurobiologiske og genetiske undersøgelser ved Fragilt X syndrom  
Ph.D 1999
- Holm, Jens Christian  
Physiological regulation of leptin. Changes I levels of leptin and its soluble receptor during weight loss and follow-up in boys and girls. Ph.D. 2003
- Holm Kirsten  
Growth, growth hormone and growth factors after treatment for acute lymphoblastic leukaemia in childhood.  
Ph.D 1991
- Jeppesen, Dorthe  
Thymusstørrelsen hos nyfødte og børn I alderen op til 'et år med særlig henblik på betydning af gestationsalder, fødselsvægt, neonatale infektioner og ernæring.  
PhD 2000
- Juul, Anders  
Serum levels of IGF-1 and IGFBP-3 in healthy children, adolescents and adults.  
Ph.D 1995
- Jørgensen, Inger Merete  
Børnedødsulykker. En epidemiologisk undersøgelse.  
Ph.D 1993
- Kai Claudia Mau  
Growth and reproductive function of children conceived by intra-cytoplasmic sperm injection.  
Ph.D 2007
- Kjær, Birgitte Boisen  
Mycoplasma pneumoniae infection in early childhood.  
Ph.D. 2005
- Lange Aksel  
Gastric motility in infants measured by non-invasive methods.  
Ph.D 2006
- Lassen, Karin Østergaard  
Medicinske patienters ernæring: Et interventionsstudie.  
Ph.D 2000

Lauersen Eva Mosfeldt  
Growth, Growth Hormone and Growth  
Factors in patients with Cystic fibrosis.  
Ph.D 1998

Loland, Lotte  
Lung function in infants.  
Ph.D.2003

Main Katharina  
Measurement og urinary growth hormone  
excretion.  
Ph.D 1995

Nysom, Karsten  
Pulmonary function after Leukemia and  
Lymphoma in Childhood  
A population-based study.  
Ph.D. 1996

Olsen Else Marie  
Failure to thrive in 0-1 years-old Children,  
definition and Predictors  
Ph.D. 2005

Schmiegelow, Marianne  
Endocrinologica late effects following ra-  
diotherapy and chemotherapy in childhood  
brain tumours.  
Ph.D 2005

Siggaard Charlotte  
Pathogenetic aspects of familial neurohypo-  
physeal diabetes insipidus  
Ph.D 2000

Thrane Nina  
Prescription of systemic antibiotics for Da-  
nish children. Epidemiological studies of  
prescription prevalence, risk factors and rela-  
tion to antimicrobial resistance.  
Ph.D 2001

Topp, Monica  
Preterm birth and cerebral palsy  
A registerbased study.  
Ph.D 1997

Veirum Jens Erik  
Childhood hospitalisations in a West Afri-  
can city: community-based studies on ho-  
spitalisation, acute and post-hospitalisation  
mortality and long term survival among  
children admitted to a pediatric ward.  
Ph.D 2003

Østergaard, Marianne Stubbe  
Astma hos born – frem med samordning.  
Om: Børneastma og sundhedsvæsenet  
Ph.D 1999

*DPS relaterede foreninger og organisationer:*

*Danske Børnelægers Organisation (DBO)*

DBO er den organisation, der varetager børnelægernes (overlæger, praktiserende speciallæger i pædiatri m.fl.) økonomiske og organisatoriske interesser indenfor Lægeforeningen, overfor sygesikringen og sygehusejerne, og som ”fodrer” FAS forhandlere med faktuelle data under f.eks. overenskomstforhandlinger.

Modernisering af specialet ved indførelse af ny teknologi er et hyppigt berørt emne- DBO gennemførte i 1990'erne en forhandling og efterfølgende overenskomst på sygesikringsområdet ved honorering af lungefunktionsundersøgelser og udvidede lungefunktionsundersøgelser, bl.a. promoveret af professor, dr.med. Søren Pedersen som faglig garant. Medlems-tallet i 2007 242 medlemmer.

DBO årskontingent var i 2002 kr.1200, der betales af 208 medlemmer  
Organisationen har december 2007 242 medlemmer

### **DBO formænd**

1915 Monrad

1964 Wamberg

1971 Bengt Zachau-Christiansen

1979 Jens Løchte

1984 Ragnhild Dissing

1987 Karsten Kaas Ibsen

1997 Bente Hansen

2000 Jan Ulrik Secher

2004 Jesper Michael Nielsen

Yngre Pædiatere (YP)

Formand: Kursusreservelæge Kirsten Boisen.

Dansk Neuropædiatrisk Selskab

Formand: Overlæge Ian Westphall, Hvidovre

Dansk Selskab for Børne- og Ungdomsdiabetes.  
Formand Overlæge Birthe Olsen, Glostrup

Dansk Selskab for Børnepsykiatri og Klinisk Børnepsykologi med tilknyttede faggrupper.  
Formand: Psykolog Jytte Gandløse

Dansk Selskab for Børnesundhed  
Formand: Kommunallæge Annette Storr-Poulsen

Dansk Selskab for Folkesundhed.  
Formand : Direktør, ph.d. Finn Kamper-Jørgensen

Dansk Selskab for pædiatrisk allergologi og pulmonologi  
Formand: Overlæge dr.med. Kim Gjerum Nielsen

"RANDERS-sangen" - 3. Genoptryk (mindst)

Mel: Flickorna från Småland .....

At videnskab er objektiv, det ved jo alle vi,  
som sidder her og nyder, at vi endelig har fri.  
Den objektive sandhed om en meget kilden sag  
den kommer her og føres frem for første gang i dag.  
I vil sikkert let forstå den, den er ret elementær,  
og som alle store tanker har den ligget ganske nær.  
Det er no'et om kromosomer, som jo alle går og har,  
og den tvivl, som vi har haft, får nu sit rigtige svar.

Se, da Vorherre skabte os, da tænkte han sig om:  
hvad angår kromosomer blev hans endelige dom,  
at 23 par er, hvad et men'ske har behov,  
det 23. kaldte han XX - så'n lidt i sjøv.  
Han var sikker i sin skaben, men trods alt gik noget galt;  
- når det drejer sig om kromosomer, er det ret fatalt,  
alle disse mutationer har jo mangler hver og én.  
No'en i ho'det, no'en i armene, og no'en i deres ben.

En fejl, han observered', og som gjorde ham perpleks,  
det var, at mange mangled' lidt i deres ene X.  
Han tænkte, og han grublede deroppe på sin sky,  
så sa'e han: Skidt, jeg lader, som jeg ville ha' et Y.  
Denne lille dims forneden - altså X's ene ben -  
må der givet kompenseres for - det gi'r jo varigt mæn.  
Når 50% har fejlen, kan den næppe rettes op,  
så jeg tror, jeg sætter dimsen på de skadedes krop.

Som sagt, så gjort - og det må vi så leve med i dag,  
at det har skabt problemer, er en meget velkendt sag.  
Hvem skulle tro, at så'n en lille dims ku' ha' så stor  
betydning, som den faktisk jo har haft på vores jord?  
Når du drages imod manden, og den drages imod dig,  
hvis I synes, at I sammen vil gå henad livets vej,  
kort sagt, hvis du syn's, at livet får kulør ved hjælp af sex  
- er det kun, fordi han mangler dette ene ben i x.

Der er så mange ting, han tror, han ikke kan, det skind  
(naturligvis den lille mangel gi'r komplekser ind).  
Eksempler er der mange af, jeg nævner her 2-3  
problemer, som man meget ofte hos XY kan se:  
Han er bange for at vaske gulv, at skifte barnets ble,  
at der trænger til at ryddes op, det kan han ikke se.  
Han tør ikke lave mad, og for en opvask er kan sky  
- det er kun, fordi hans x blev skåret ned til et Y.

Så når han overlader alle disse ting til os,  
så skyldes det skam ikke, at han selv vil være boss,  
og fejlen ved sit kromosom den har han nu erkendt,  
han prøver på at ændre sig, og vi - vi venter spændt:  
Vil det lykkes ham at nå det, skønt hans handicap består?  
eller skal vi vente på det endnu mange, lange år!  
Vil han prøve på endnu engang at stemple dig som heks,  
kun fordi, som sagt, han mangler dette ene ben i x.

Resumé:

En lidelse beskrives her, hvis hyppighed er stor,  
50% er tallet, udbredt overalt på jord.  
Symptomer gennemgås, patogenesen gøres klar,  
der redegøres for de konsekvenser, morbus har.  
Og så kommer konklusionen, sådan én skal jo ha',  
den skal vise hele verden, hvor vor viden står i dag.  
Det kan siges ganske kort, skønt sagen ellers er kompleks:  
Den er skyld i mange ting, den lille mangel ved hans x.

*Randers-sangen, forfatter ukendt.*





# Figur oversigt

<i>Figur 1</i>	Monrad, S Pædiatriske forelæsninger og studier. Første række 1902 og anden række 1903, København Det Schubothske forlag 1902 .....	15
<i>Figur 2</i>	Fødselsstatistik: Antal levendefødte børn 1930-2004 .....	19
<i>Figur 3</i>	Børnelæge Christian Uldall undersøger et barn på en børneplejestation, 1956 .....	20
<i>Figur 4</i>	Ca. 12 år ældre Christian Uldall undersøger et andet barn. Bemærk forskellen på stetoskoperne på de to billeder fra 1956 og 1968 .....	20
<i>Figur 5</i>	Centralt placeret puslebord .....	22
<i>Figur 6</i>	Antallet af døde børn i perioden fra 1930-2004 .....	23
<i>Figur 7</i>	Oversigt over medlemsantal og kontingent i DPS .....	25
<i>Figur 8</i>	Lægeforeningen bragte ved foreningens 150 års fødselsdag bl.a. denne artikel i Ugeskrift for læger .....	27
<i>Figur 9</i>	Ammemælkscentralens bil. Billedet er venligst udlånt af Medicinsk Museion .....	29
<i>Figur 10</i>	"Da børnelægerne ikke blev regnet for noget" overskrift i avis ved DPS 50 års jubilæum 1958 .....	30
<i>Figur 11</i>	Strejftog i pædiatriens sidste 50 år .....	33
<i>Figur 12</i>	Avisomtale af åbningen af børneplejestation nr 33 .....	35
<i>Figur 13</i>	Dansk pædiatri frem til år 2000 .....	42
<i>Figur 14</i>	Typisk mødeplan og orientering af DPS medlemmer udsendt via postvæsenet 1991 .....	43
<i>Figur 15</i>	DPS nyt design. Årbog 2001 .....	50
<i>Figur 16</i>	YP's første formand Niels Jacob Brandt, æresmedlem af YP .....	55
<i>Figur 17</i>	Frisk luft var et af behandlingsmidlerne ved tuberkulose .....	57
<i>Figur 18</i>	Børn med vejtrækningsproblemer skulle sidde op .....	59
<i>Figur 19</i>	De tre børnecardiologer, til venstre Lars Søndergaard, i midten Joes Ramsøe Jacobsen og til højre Tim Jensen på The 3rd. World Congress of Pediatric Cardiology and Cardiac Surgery i Toronto, Canada 2001 .....	61
<i>Figur 20</i>	I mange lande indlægges syge børn på moderne børnehospitaler, f.eks. The Children Hospital Philadelphia, USA .....	63
<i>Figur 21</i>	Intensiv overvågning .....	65
<i>Figur 22</i>	Trillinger .....	67
<i>Figur 23</i>	De lukkede kuvøser på stand by, depotrum Glostrup ca. 1990. ....	68

<i>Figur 24</i>	Neonatalafdelingen Hvidovre hospital 2008.....	70
<i>Figur 25</i>	En stresset overlæge Finn Ursin Knudsen på vej til ambulatoriet .....	71
<i>Figur 26</i>	samme som afslappet foredragsholder på kursus på Lesbos ca. 1990.....	71
<i>Figur 27</i>	Overlæge dr.med. Henrik Hertz .....	73
<i>Figur 28</i>	Overlæge Knud W. Kastrup.....	77
<i>Figur 29</i>	Overlæge dr.med. Søren Krabbe .....	77
<i>Figur 30</i>	Professor Henrik B. Mortensen bag sit skivebord i Glostrup.....	79
<i>Figur 31</i>	Henrik B. Mortensen på Æseløen i Grækenland. Det er æslet til højre .....	79
<i>Figur 32</i>	Blodtryksmåling på redaktørens søn Morten, ca. 1980. ....	81
<i>Figur 33</i>	Allerede i 1983 havde Rigshospitalets børneafdeling et afsnit for prospektiv pædiatri med professor Zachau-Christiansen i spidsen .....	83
<i>Figur 34</i>	Figuren viser antal senge og lægestaben opdelt på fastansatte læger (overlæger og afdelingslæger) og yngre læger i perioden 1973-2002.....	95
<i>Figur 35</i>	Barnets udvikling og opvækst, lærebog for sygeplejeelever som de hed i 1980. Forsidebillede Marianne 9 måneder.....	96
<i>Figur 36</i>	Professor Plums afsked i 1976 .....	107
<i>Figur 37</i>	Auditoriet Frederiks hospital, nu Medicinsk Museion (tidligere Medicinsk Historisk museum) .....	109
<i>Figur 38</i>	Sengestue fra dengang sygeplejerskerne brugte kappe ca 1928 .....	113
<i>Figur 39</i>	Stuegang .....	116
<i>Figur 40</i>	Ekspertisen skulle samles .....	117
<i>Figur 41</i>	Børnehospitalet i Rigersgade .....	119
<i>Figur 42</i>	Dr. Louises børnehospital .....	120
<i>Figur 43</i>	Rigshospitalets hovedindgang ca 1976 .....	122
<i>Figur 44</i>	Dåbsfad fra Børnehospitalet på Martinsvej .....	123
<i>Figur 45</i>	Overlæge Christian Koch med en lille patient.....	123
<i>Figur 46</i>	Børnekirurgisk afdeling, Rigshospitalet mod Blegdamsvej.....	124
<i>Figur 47</i>	Rigshospitalet afsnit G2B, ca.1976.....	124
<i>Figur 48</i>	Fra "RH 75 år 1985" .....	125
<i>Figur 49</i>	Laboratoriet i kælderens Rigshospitalets børneafdeling 1976.....	128
<i>Figur 50</i>	Professor Johannes C. Melchior .....	129
<i>Figur 51</i>	Klinikchef Karen Vitting Andersen .....	129
<i>Figur 52</i>	Juliane Mariecentret, Rigshospitalet.....	130
<i>Figur 53</i>	Sengestue på Fuglebakken, afd. A, ca. 1940, venligst udlånt af Medicinsk Museion .....	132
<i>Figur 54</i>	Professor dr.med. Henning Andersen.....	132
<i>Figur 55</i>	Afd. C, havehuset var for de større børn, fuglebakken .....	133
<i>Figur 56</i>	Fuglebakken ca. 1949 (venligst udlånt af Medicinsk Museion).....	133

<i>Figur 57</i>	Urintagningskolper til piger og drenge, anvendt på Fuglebakken. Fremvist af ejeren Peter A. Krasilnikoff.....	134
<i>Figur 58</i>	Gruppebillede af de ansatte, børnehospitalet på Fuglebakken ca. 1920.....	136
<i>Figur 59</i>	Alle røntgenbilleder på Fuglebakken blev vurderet af overlæge Mogens Eiken ca 1976 .....	136
<i>Figur 60</i>	Hovedbygningen på Fuglebakken ombygges til ejerlejligheder 2005 .....	137
<i>Figur 61</i>	Vejen til Hvidovre hospital, børneafdelingen 2008 .....	138
<i>Figur 62</i>	Børnemodtagelsen, Hvidovre hospital, 2008.....	139
<i>Figur 63</i>	Børnelæger på Hvidovre hospital. Jens Glazowski, Lamia Hvid og Kasper Lund, 2008.....	140
<i>Figur 64</i>	Overlæge dr.med.Palle Prahl (til vensre) tager afsked med professor dr.med. Peter A. Krasilnikoff, børneafdelingen Gentofte 1992.....	148
<i>Figur 65</i>	Børneafdelingen i Gentofte 1978. Der ryges og hygges. På billedet ses bl.a. Christian Koch, Ingrid Thorn, Paul Glenting, og med ryggen til Lars Petersen Bjerregaard og Erik Arthur Andersen. ....	150
<i>Figur 66</i>	Børneafdelingen i Glostrup logo .....	151
<i>Figur 67</i>	Professor Jørgen Vesterdal ved børneafdelingen i Glostrups jubilæum 1990.....	152
<i>Figur 68</i>	Overlæge Svein Vestermark i hvid smoking.....	152
<i>Figur 69</i>	To "rigtige" bakkesangerinder samt børneafdelingens administrerende overlæge optrådte. Børneafdelingen i Glostrups jubilæum 1990 .....	152
<i>Figur 70</i>	Indgang til Børnehospitalet i Glostrup.....	153
<i>Figur 71</i>	Årets julemand 1966 hed Peter A. Krasilnikoff.....	154
<i>Figur 72</i>	Moderne vugge .....	155
<i>Figur 73</i>	Festlig og farverig indkaldelse tegnet af kunstneren John Andersen for børneafdelingen i Glostrup.....	156
<i>Figur 74</i>	Den første beskrivelse af Gilles de la Tourettes syndrom på dansk.....	157
<i>Figur 75</i>	Skitsetegning til modernisering af børnehospitalet, udført af MAA Claus Francke .....	158
<i>Figur 76</i>	Amtsborgmester Per Kaalund på besøg på børneafdelingen i Glostrup. Til højre børneafdelingens adm. overlæge Karsten Kaas Ibsen .....	159
<i>Figur 77</i>	Børnehospitalet i Vangede blev indviet i 1966.....	161
<i>Figur 78</i>	Børnebyen, børnehospitalet i Vangede 1966.....	162
<i>Figur 79</i>	Allergologi har givet god omsætning i de fleste børnelægers speciallægepraksis .....	166
<i>Figur 80</i>	Ansigtsskammer anvendt som CPAP behandling 1976.....	174

<i>Figur 81</i>	Næstveds specielle BV-ventil .....	175
<i>Figur 82</i>	Jørgen Kringelbach var overlæge i Nykøbing Falster 1957-1980 .....	17
<i>Figur 83</i>	Børnehospitalet Filadelfia, Dianalund.....	177
<i>Figur 84</i>	Fra indvielsen i 1955, til venstre H.K.H. Dronning Ingrid og til højre overlæge H.P. Stubbe-Teglbjærg .....	177
<i>Figur 85</i>	Steffen Husbys første konference i Odense i 2000 som professor. Arne Høst sidder og leder, Steffen og Jens Kamper for bordenden. Bendt Broch-Jacobsen og Hans Ole Christensen på langsiden. I vindueskarmen til venstre overlæge Niels Carlsen.....	181
<i>Figur 86</i>	10 års astmamødejubilæum krævede en særlig påklædning og middagen var på Koldinghus.....	188
<i>Figur 87</i>	Hotel Koldingfjord som det ser ud i dag .....	189
<i>Figur 88</i>	Hotel Koldingfjord, søjlegangene. ....	190
<i>Figur 89</i>	Århus kommunehospital, børneafdelingen.....	191
<i>Figur 90</i>	Pavillon, Århus Kommunehospital.....	191
<i>Figur 91</i>	Indlagte børn, Århus kommunehospital.....	192
<i>Figur 92</i>	Oversigt over udviklingen i Århus i indlæggelsestal, sengedage, liggetid, ambulante konsultationer og lægestab i tre årtier (233) .....	193
<i>Figur 93</i>	Børneafdelingen fejrede de første 10 år på Skejby sygehus.....	193
<i>Figur 94</i>	Det ny Skejby sygehus.....	194
<i>Figur 95</i>	Overlæge Erling Nathan med en lille patient .....	195
<i>Figur 96</i>	To praktiserende børnelæger Marie Schultz og John Heine Jensen.....	196
<i>Figur 97</i>	Børneafdelingen i Viborgs logo .....	196
<i>Figur 98</i>	Børneafdelingen i Viborg, staben 1997 .....	197
<i>Figur 99</i>	Børneafdelingen i Viborg, 25 år i 1997. Afdelingens grundlægger overlæge Jørgen Haahr skrev jubilæumsbogen, her ses forsiden .....	198
<i>Figur 100</i>	Aalborg kommunehospitals første bygninger, hvor børneafdelingen senere blev placeret.....	205
<i>Figur 101</i>	Børneafdelingen, Sygehus Vendsyssel fejrede 25 års jubilæum i 2005. Her ses forsiden af jubilæumshæftet .....	209
<i>Figur 102</i>	Grønland, der ammes .....	212
<i>Figur 103</i>	Grønland, en patient.....	212
<i>Figur 104</i>	Grønlandsk familie .....	213
<i>Figur 105</i>	Overlæge Erik Arthur Andersen, kollega fra Sierre Leone og overlæge Lars Peter Hansen, Khamis Mushart, Saudi Arabien 1988.....	216
<i>Figur 106</i>	Jørgen Kringelbach. Avisudklip fra Ny Dag juni 1957 .....	223
<i>Figur 107</i>	Deklaration: Børn på sygehus	226
<i>Figur 108</i>	Fuglebakken ca.1926.....	227

<i>Figur 109</i>	Stuegang 1926.....	228
<i>Figur 110</i>	Vinita, født i Indien og adopteret til Danmark sammen med Marianne, født på Herlev Sygehus.....	231
<i>Figur 111</i>	Samrådsmøderne holdes nu i Region Hovedstaden i Statsforvaltningen. På billedet ses samrådenes jurister kontorchef Karen Rydahl og vicekontorchef Per Fønss 2008.....	232
<i>Figur 112</i>	Udenfor ventede flyttebilerne .....	232
<i>Figur 113</i>	Julemærkefondens protektor H.K.H.Kronprinsesse Mary fik sig en god snak med overvægtige piger fra julemærkehjemmet Hobro ved præsentationen af årets julemærke 2007 .....	233
<i>Figur 114</i>	Dronningen tegnede i 2003 årets julemærke. Det blev præsenteret i ”Grøften” i Tivoli. Til venstre fondens formand Peder Lund og til højre for Dronningen fondens direktør Joan Vestergaard. ....	235
<i>Figur 115</i>	Barnets hus fejrede 75 års fødselsdag i 1995. Her ses organisationens logo .....	236
<i>Figur 116</i>	Fonden Projekt Børn's logo .....	237
<i>Figur 117</i>	Fonden Projekt børn's bestyrelse og protektor Peter Smeichel.....	237
<i>Figur 118</i>	Kursuslokalet på Lesbos .....	240
<i>Figur 119</i>	Dansk pædiatri på kursus sydpå, klar til næste foredrag. På første række ses tolken Anni til venstre og børnelæge Ulla Heselbjerg til højre. I baggrunden flere i 1990.erne kendte pædiatere .....	240
<i>Figur 120</i>	To glade kursusedtagere praktiserende børnelæge Helle Rotne, Gentofte og overlæge Svein Vestermark, Glostrup.....	241
<i>Figur 121</i>	Besøg på universitetshospitalet, Ege Universitesi .....	241
<i>Figur 122</i>	Professor Peter A. Krasilnikoff .....	247
<i>Figur 123</i>	Lovpædiatri, lærebog i lommeformat. Blev udsendt til DPS og Dansk Skolelægeforening.....	249
<i>Figur 124</i>	Rigshospitalets gamle logo med kongekrone, anvendt frem til HS logo, og regionslogo blev indført (2007). På figuren ses også Juliane Mariecentrets logo fra 2004 .....	251
<i>Figur 125</i>	Børnehospitalet i Glostrup .....	252
<i>Figur 126-127</i>	Indlæggelstal og sengeforbrug , normering og økonomi på landets børneafdelinger, DPS og DBO enquete 1999 .....	255
<i>Figur 128</i>	Amterne blev nedlagt og erstattet af regioner. I spidsen for den største Region Hovedstaden stod fra starten 1. januar 2007 Vibeke Storm Rasmussen, her set på en valgplakat. ....	261

<i>Figur 129</i>	Forældreopholdsstue i neonatalafsnittet, hvor der er enestuer til mor og barn, samt mulighed for overnatning også for far. H.C.Andersen børnehospital Odense 2008 .....	263
<i>Figur 130</i>	Eventurgangen, H.C.Andersen børnehospital Odense 2008 .....	263
<i>Figur 131</i>	Interiør fra hallen ved den nye indgang til H.C.Andersen Børnehospital 2008.....	263
<i>Figur 132</i>	Uddeling af forskningspenge.....	264

# Litteratur

1. Thamdrup E. Pædiatri i Danmark. Træk af den historiske udvikling. Lægeforeningens Forlag, København 1994
2. Lægeforeningens Forlag: Skrivelse med tilladelse af 19.9.2006, personlig meddelelse 2007
3. Monrad S. "Om uenighed blandt pædiatere" I forordet til 2. række af "Pædiatriske forelæsninger og studier", København 1903
4. Monrad, S. Om Rosensteins bog om sygdomme i børnealderen, 1764 i indledningen i Nordisk lærebog i pædiatri 1945.
5. Thamdrup E. Ros'en von Rosensteins lærebog i børnesygdomme. Bibl. Læger 1991; 183:447-58
6. Rasmussen Helge Sloth: Pædiatrien som eksamensfag ved det lægevidenskabelige fakultet –en historisk parentes anno 1917. OSVAL 2 opgave, Københavns Universitet 2001
7. Roed-Petersen, K. Harald Hirschsprung og den kongenitte aganglionose. Statusartikel Ugeskrift for læger 169;35:2866.
8. Monrad S. "Pædiatriske forelæsninger og studier I og II", København 1902-03
9. FN's Børnekonvention fra 1989, ratificeret af Danmark i 1991
10. Thamdrup E. Pædiatri i Danmark. Træk af den historiske udvikling. Lægeforeningens Forlag, København 1994, s 70 om mulighederne for at drive speciallægepraksis
11. Rotne H. Om antallet af praktiserende speciallæger, personlig meddelelse 2007
12. Den Danske Lægestand 15. udgave 1982
13. Den Danske Lægestand 16. udgave 1993
14. Lægeforeningens vejviser 2006-2007. Lægeforeningens forlag, København 2006
15. Brodersen P. antikvitetshandler. Personlig meddelelse 2007
16. Uldall P, om sin far Christian Uldall, personlig meddelelse 2007
17. Gordh T, Svädsudd,K, Uppsala: När dör doktorn, svenske anæstesiologers møde august 2000, refereret i Dagens Medicin
18. Gervil: M. Spørg børnelægen, internettet 2007
19. Bak-Jensen, S: Carl Friderichsen og pædiatriens etablering. Statusartikel Ugeskrift for læger 169;35:2881
20. Dansk Pædiatrisk Selskab, Forhandlingsprotokol I fra det konstituerende møde 13. oktober 1908, vedtægter, vedtaget ved selskabets 1. møde, samt mødereferat fra møderne 1-194, frem til 1940
21. Forhandlingsprotokol II: Sommer 1940 - Sommer 1963. Håndskrevet protokol for møderne 195- 381
22. Forhandlingsprotokol III over møderne 382-442
23. Dansk Pædiatrisk Selskabs forhandlingsprotokol 1956 og 1957, redigeret af selskabets sekretær Harald-Kreutzfeldt.
24. Dansk Pædiatrisk Selskabs forhandlinger 1958, redigeret af Harald Kreutzfeldt og Folke Tudvad
25. Dansk Pædiatrisk Selskabs forhandlinger 1959, redigeret af selskabets sekretær Folke Tudvad
26. Dansk Pædiatrisk Selskabs forhandlinger 1960-1967, for perioden 1960 redigeret af selskabets sekretær-Folke Tudvad,
27. 1960-1962, redigeret af Selskabets sekretær: Henning Andersen 1960-1962
28. 1962-1967, redigeret af Selskabets sekretær Torben Iversen 1962-1967, 1968.
29. 1967-1969, redigeret af Selskabets sekretær Peer Pærregaard, 1970
30. Dansk Pædiatrisk Selskabs forhandlinger 1970-1971, redigeret af Niels Jacob Brandt 1972
31. Dansk Pædiatrisk Selskabs forhandlinger 1971-1972, redigeret af Knud E. Petersen 1974

32. Dansk Pædiatrisk Selskabs årbog 1974-77, redigeret af Knud W Kastrup og Jens Kamper 306
33. Dansk Pædiatrisk Selskabs årbog 1977-79, redigeret af Jens Kamper
34. Cystisk fibrose redigeret af Jens Kamper, Dansk Pædiatrisk selskab 1977
35. Dansk Pædiatrisk Selskabs årbog 1980-81, redigeret af Niels Christian Christensen
36. Dansk Pædiatrisk Selskabs årbog 1981-82, redigeret af Bendt Brock Jacobsen
37. Dansk Pædiatrisk Selskabs årbog 1982-83, redigeret af Bendt Brock Jacobsen og Niels Clausen
38. Dansk Pædiatrisk Selskabs årbog 1983-84, redigeret af Niels Clausen
39. Dansk Pædiatrisk Selskabs årbog 1984-85, redigeret af Niels Clausen og Søren Krabbe
40. Dansk Pædiatrisk Selskabs årbog 1985-86, redigeret af Søren Krabbe
41. Dansk Pædiatrisk Selskabs årbog 1986-87, redigeret af Søren Krabbe
42. Dansk Pædiatrisk Selskabs årbog 1987-88, redigeret af Karin Brostrøm
43. Dansk Pædiatrisk Selskabs årbog 1988-89, redigeret af Karin Brostrøm
44. Dansk Pædiatrisk Selskabs årbog 1989-90, redigeret af Karin Brostrøm
45. Dansk Pædiatrisk Selskabs årbog 1990-91, redigeret af Jørn Müller
46. Dansk Pædiatrisk Selskabs årbog 1991-92, redigeret af Jørn Müller
47. Dansk Pædiatrisk Selskabs årbog 1992-93, redigeret af Jørn Müller
48. Dansk Pædiatrisk Selskabs årbog 1993-94, redigeret af Ole Pryds
49. Dansk Pædiatrisk Selskabs årbog 1994-95, redigeret af Ole Pryds
50. Dansk Pædiatrisk Selskabs årbog 1995-96, redigeret af Ole Pryds
51. Dansk Pædiatrisk Selskabs årbog 1996-97, redigeret af Jes Reinholdt
52. Dansk Pædiatrisk Selskabs årbog 1997-98, redigeret af Jes Reinholdt
53. Dansk Pædiatrisk Selskabs årbog 1998-99, redigeret af Jes Reinholdt
54. Dansk Pædiatrisk Selskabs årbog 1999-00, redigeret af Jes Reinholdt
55. Dansk Pædiatrisk Selskabs årbog 2001, redigeret af H Andersen og Karen Taudorf
56. Oversigt over medlemstal og kontingenter udarbejdet ud fra oplysninger i DPS arkiver, årbøger mv.,
57. Hertz P. Causeri over emner fra de første DPS møder, holdt ved DPS 50 års jubilæum Jub 1958
58. Kruse Pedersen J. Kvindemælkscentralen ved Børnehospitalet på Fuglebakken, 1943 -1977. Forlaget GMT 1980, ISBN 87-7330-116-7 DPS beretning 2005-06
59. Iversen T. Børns sygdomme og sundhed, kronik i Berlingske Tidende 13. oktober 1958
60. Avisudklip fra Politiken, Børsen, Information, Kristelig Dagblad og "Socialdemokraten", samt diverse provinsaviser i anledning af selskabets 50 års jubilæum, 1958.
61. Bræstrup P. Tale ved DPS 50 års jubilæum 1958
62. Gæstebog skænket af Københavns Lægeforening i anledning af selskabets 50 års fødselsdag.
63. Friderichsen C. Strejftog gennem pædiatriens sidste 50 år. Udsendt til Nordens pædiatere i anledning af Friderichsens 80 års fødselsdag 1966
64. Torben Iversens tale til Friderichsens 80 års fødselsdag
65. Foredrag af Preben Plum, båndoptagelse fra DPS møde nr 500, udlånt af Knud W. Kastrup 2008
66. Hobolth N. Vejledning i lysbilleder, personlig meddelelse 2007
67. Melchior J C et al: Dansk pædiatri frem til år 2000, samlende resume af betænkningen og de på generalforsamlingen fremførte synspunkter. DPS årbog 1983-84.
68. DPS udvalg: Redegørelse for dansk pædiatri frem til år 2000. Samlet resume af betænkningen og de på generalforsamlingen i 1993 anførte synspunkter. Vedtaget på DPS generalforsamling 1984. Ugeskrift for læger 1983;147: 904-11.
69. Statistik om fødsler og døde i 1. leveår. Danmarks statistik, internettet 2008.
70. Lov af 1996 om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge.
71. Koordinationsgruppen for voldsramte børn i Københavns Amt
72. Forskning i pædiatrien, kapitel 7 i specialefordelingsudvalget i pædiatri i Region Hovedstaden, 2007.



73. Udvalget om Almen Pædiatri maj 2005, vejledning til uddannelsesgivende læger, beskrivelsen findes på DPS hjemmeside 307
74. DPS medlemsmeddelelse 2007
75. Sjældne handicap – forslag til fremtidig organisering sundhedsstyrelsen 1994
76. Behandling af traumatiske hjerneskader og tilgrænsende lidelser. Redegørelse Nuværende og fremtidige organisering Sundhedsstyrelsen 1996
77. Sundhedsstyrelsens vejledende anbefalinger om spædbarnets ernæring 1998
78. Dyggve HV, Melchior JC, Clausen J. "The Dyggve-Melchior-Clausen (DMC) syndrome - a 15 years follow-up and a survey of the present clinical and chemical findings. *Neuropädiatre Stuttgart* 1977; 8: 429-442.
79. Hirschsprung H. Takkebrev i anledning af udnævnelsen til æresmedlem af DPS 1908
80. Yngre pædiatere, personlig meddelelse 2008
81. Thamdrup E. Pædiatri i Danmark. Træk af den historiske udvikling. Lægeforeningens Forlag, København 1994, p 81 om tuberkulose
82. Tuberkulose på verdensplan, Statens Seruminstitut hjemmeside 27.4.2008
83. Valerius NH: Afsnittet om infektionssygdomme i Schiøtz PO, Skovby: F. Praktisk Pædiatri, 2. udgave Munksgaard 2006
84. Høgh B. Afsnittet om international pædiatri i Schiøtz PO, Skovby: F. Praktisk Pædiatri, 2. udgave Munksgaard 2006
85. Kringelbach J. Pædiatri før og nu. Uddrag af 7 maskinskrevne A4 ark skrevet i 1972.
86. Instruks om mælkeallergi, Fuglebakken 1971
87. Schiøtz PO, Skovby: F. Praktisk Pædiatri, 2. udgave Munksgaard 2006
88. Bisgaard H. COPSAC Copenhagen Studies On Asthma In Childhood (COPSAC), Hjemmeside på nettet, [www.COPSAC.COM](http://www.COPSAC.COM)
89. Bisgaard H. Dansk Børne Astma Center. Hjemmeside på nettet [www.dbac.dk](http://www.dbac.dk)
90. 75 år børneafdelingen Rigshospitalet pp 27-28, 1985.
91. Kamper J, Wulff, Larsem & Lindequist *Acta Pæd Scand* 1993;82:193-97
92. Kamper J, Lenstrup C. Det perinatale beredskab i Danmark. Rapport fra DSOG og DPS 1988
93. Skrivelse til Sundhedsstyrelsen fra DPS formand dateret 19.04.1994 om "Neonatologiens fremtidige organisation"
94. Kamper J. Perinatalmedicin - de nyfødte børns problemer. Kapitel 14 i *Lægevidenskab ved Odense Universitet, 1966-1991: 231-246*
95. Fødeplaner Kbh. Amt
96. Uldall P, Juul Hansen.F. Cerebral parese, forfattet i forbindelse med Dansk Neurologisk Selskabs 100 år i 2000, festskrift pp 221-227, og redigeret af Karsten Kaas Ibsen
97. Knudsen F U. Intermitterant diazepam prophylaxis in febrile convulsions. Disputats 1991
98. Michelsen, N. personlig meddelelse 2007
99. Hertz H. Børneonkologi-kræft hos børn og Børnehæmatologi, blodsygdomme hos børn. Personlige meddelelser 2007
100. Andersen, HJ. Studies of hypothyroidism in children. Disp 1960
101. Thamdrup E. Precocious sexual development. A clinical study of 100 children (disp 1961). Også udgivet som monografi i USA.
102. Andersen, Else, Skeletal maturation of Danish school children in relation to height, sexual development and social conditions. Disp 1968
103. Brock Jacobsen B. Thyroid function in infancy. Review of the serum levels of thyrotropin, thyroxine, triiodotyronine, thyroxine-binding globulin, prealbumin and albumin in mature, small-for-gestational age and premature infants. Disp 1983
104. Krabbe S. Calcium homeostasis and mineralization in puberty. Disp 1988.

105. Petersen KE. Undersøgelse af binyrefunktion. DPS rapport fra møde november 1986
106. The Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications Research Group. Retinopathy and Nephropathy in Patients with Type 1 Diabetes Four Years after 308 a Trial of Intensive Therapy. *The New England Journal of Medicine* 2000; 342(6):381-389.
107. Svensson J, Carstensen B, Molbak A, Christau B, Mortensen HB, Nerup J et al. Increased Risk of Childhood Type 1 Diabetes in Children Born After 1985. *Diabet Care* 2002; 25(12):2197-2201.
108. Nordly S, Mortensen HB, Andreassen AH, Hermann N, Jorgensen T. Factors associated with glycaemic outcome of childhood diabetes care in Denmark. *Diabet Med* 2005; 22(11):1566-1573.
109. Anderson BJ, Vangsness L, Connell A, Butler D, Goebel-Fabbri A, Laffel LM. Family conflict, adherence, and glycaemic control in youth with short duration Type 1 diabetes. *Diabet Med* 2002; 19(8):635-642.
110. Christau B, Kromann H, Christy M, Andersen OO, Nerup J. Incidence of childhood Insulin-dependent diabetes mellitus (0-29 years of onset) in Denmark. *Acta Med.Scand., suppl.* 624, 54-60. 1976.
111. Mortensen HB, Hougaard P. Comparison of metabolic control in a cross-sectional study of 2,873 children and adolescents with IDDM from 18 countries. The Hvidovre Study Group on Childhood Diabetes. *Diabetes Care* 1997; 20(5):714-720.
112. Danne T, Mortensen HB, Hougaard P, Lynggaard H, Aanstoot HJ, Chiarelli F et al. Persistent Differences Among Centers Over 3 Years in Glycemic Control and Hypoglycemia in a Study of 3,805 Children and Adolescents With Type 1 Diabetes From the Hvidovre Study Group. *Diabet Care* 2001; 24(8):1342-1347108.
113. Zachau-Christiansen B. The Influence of Prenatal and Perinatal Factors on Development During the First Year of Life with Special Reference to the Development of Signs of of Cerebral Dysfunction. A prospective study of 9006 pregnancies. 2 volumes (Text & Tables). 1972.
114. referat møder 1982-83, udgået fra Socialpædiatrisk initiativgruppe, Afsnit for Prospektiv Pædiatri, afsnit 7112, Rigshospitalet, Tagensvej 18, 2200 Kbh.N, senere G 3811, Blegdamsvej 9, 2100 Kbh.Ø.
115. Bach-Mortensen N, Appleyard M, Kaas Ibsen K. Lung function and antropometric data from children and adolescents. The Copenhagen City Heart Study, dept. 7112, Rigshospitalet, University of Copenhagen, Tagensvej 20, Copenhagen N 1991, 64 sider.
116. Krasilnikoff PA, Vesterdal J: DPS møde nr. 398 serumlipider hos præmature
117. Nathan E. 2 tilfælde af coronarocclusion med fatal udgang i 1966
118. From-Hansen P, Vestermark S. :Glostrup-undersøgelserne: Eet tilfælde af familiær hypercholesterolemia, DPS møde
119. Kaas Ibsen K, Lous P, Eg Andersen G. Coronary heart risk factors in 177 children and young adults whose father died from ischemic heart disease before age 45. *Acta Pædiatrica Scand* 1982;71:609-13.
120. Kaas Ibsen K. Rygning blandt skolebørn, en landsdækkende undersøgelse af 9000 skolebørns rygevaner. Institut for social medicin, Københavns Universitet, rapport 21, 1981. Indgik i "Farvel og Tobak, idebox 6.-10. klasse.", udsendt af Kræftens Bekæmpelse i 1981 til alle danske folkeskoler.
121. Kaas Ibsen K. Skolelægen i går – i dag og i morgen. *Kronik Berlingske Tidende* 2. oktober 1979
122. Om Peter Sabroe og vanrøgtede, vanartede og forbryderiske børn. [www.pladstilosalle.dk](http://www.pladstilosalle.dk) 2008
123. Nielsen JO. AIDS, I DPS årbog p 60, 1985-86
124. Peitersen B. Aids på Hvidovre Hospital, personlig meddelelse 2007
125. Instruks om enuresis behandling, Børnehospitalet på Fuglebakken, 1971.
126. Ovesen L. Naturlægemidler. Lægemiddelkataloget 2005-06 pp 68-71.
127. Arrøe M. Lægemidler til børn. I Lægemiddelkataloget 2005-06 pp 68-71
128. Peitersen: B. Lægemidler og amning. Lægemiddelkataloget 2005-06 pp 64
129. Skovby F. Nefrotisk cystinose, n-acetylglutaminsyntasemangel, Gauchers sygdom og mucopolysakkaridose, type 1. Lægemiddelkataloget 2005-06 pp 121-122.
130. Lund A. Fabrys sygdom og arvelig tyrosinæmi, type 1 Lægemiddelkataloget 2005-06 pp 122

131. Juul A. Antiandrogen, Lægemiddelkataloget 2005-06 pp 240
132. Bjerrum L, Kristiansen IS. Medicamentel behandling af raske. Lægemiddelkataloget 2005-06, pp 71-74 309
133. Klarlund Pedersen: B. Fysisk aktivitet som lægemiddel. Lægemiddelkataloget 2005-06 pp 78
134. Melchior JC. Københavns Universitet 1479-1979, bind VII p 95-102 og 103-09.
135. Plum P, Iversen T: Pediatrics in Denmark . Nord Med 1956; 56: 1001-04.
136. Thamdrup E. Pædiatri i Danmark. København Lægeforeningens Forlag 1994 p24-26
137. Monrad S. ”Pædiatriske Forelæsninger og Studier I , II og III fra 1902, 1903 og 1913 samlet i én bog, København og Kristiania Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag 1913
138. Frölich T, Lichtenstein A, Monrad S. Nordisk Lærebog i Pædiatri. 1. udgave 1941, Ejnar Munksgaard 1941
139. Bloch CE. Lægers Uvidenhed om Børnesygdomme, Ugeskrift for Læger 1917;79:428
140. Specialistnævnets brev om særlige kurser for pædiatere, 1956
141. Generalforsamlingsreferat i 1958, DPS. s Skrivelse til specialistnævnet.
142. Friis-Hansen B. Forslag ved generalforsamlingen i. 1964. Generalforsamlingsreferat
143. DPS årbog 2001 uddannelsesudvalget ved overlæge Klaus Børch: Forslag til revision af den pædiatriske speciallægeuddannelse.
144. Målbeskrivelse for Speciallægeuddannelsen i Pædiatri, rapport DPS 2003, 45 sider
145. Beskrivelse af Børneafdeling G, pp.33-35 i ”Det nye Rigshospital”, rapport 1972
146. Speciallægekommissionens betænkning 1977.
147. Subspecialiseringen i pædiatrien, rapport fra det i 1985 af DPS nedsatte udvalg, 1987
148. Neonatologiens fremtidige organisation
149. Formandsberetning 1999-2000 DPS
150. Høst A. Den gode børneafdeling, afsnittet om fagområder 1. udkast 2005, DPS hjemmeside
152. Frölich T, Lichtenstein A, Monrad S. Nordisk Lærebog i Pædiatri. 2. omarbejdede udgave, Ejnar Munksgaard 1945
153. Krasilnikoff PA et al. Nordisk Lærebog i Pædiatri. Munksgaards Forlag, 10. udgave 1993
154. Boserupkomiteen. Pædiatrisk Kompendium udgivet af F.a.d.L.'s Forlag ved Københavns Kredsforening, København, sommeren 1961
155. Melchior: JC. Pædiatrisk kompendium F.A.D.L.'s forlag, 2. udgave 1969, 3. udgave 1971.
156. Hertz H, Yssing M. Pædiatri, Munksgaards basisbøger, 2.udgave 1997
157. Schiøtz PO, Skovby F. Praktisk Pædiatri, 2. udgave Munksgaard 2006
158. Eiken, M. Børneradiologi, FADLs forlag 1977
159. Pedersen JL: ”Akut Pædiatri og neonatologi”, 552 sider, FADL's forlag 2002. 1. udgave fandtes frit tilgængelig på [www.forlag.fadl.dk/bog/akutpaediatri](http://www.forlag.fadl.dk/bog/akutpaediatri).
160. Peitersen B, Arrøe M. Neonatologi. Det sunde og det syge nyfødte barn. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck 1991
161. Kaas Ibsen, K. Lovpædiatri, FADLs forlag 1980
162. Jakobsen KH, Kaas Ibsen K. Barnets udvikling og opvækst, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck 1990
163. Faustrup K, Gotenborg B, Kaas Ibsen K. Sundheds- og sygepleje inden for pædiatrien/pædiatriske sygdomme. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.3.udgave 1988
164. Kaas Ibsen K, Talbro AM, Lykke Aastrup D. Pædiatrisk sygepleje/pædiatri. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck 5. udgave 2000.
165. Plum P: Mystik, mirakler og videnskab, 1. udgave 1982, 2. udgave Viby J. Centrum 1997, heftet
166. Melchior JC, Poulsgaard K: Bogen om barnet. Politikens forlag, 2. udgave 1. oplag 1989
167. Vesterdal J. ”Tanker om Tyren Ferdinand Fra pc og tv til zen”, internettet <http://home.tiscali.dk>.
168. Vesterdal J. Børnemishandling og vanrøgt. Gyldendals pædagogiske bibliotek 1978, 146 sider

169. Kaas Ibsen K, Ellerbek N, Ellerbek PE. Nicolai-hvad gør vi nu?. En handicappet families erfaringer LEV 1988, 141 sider. Er også udsendt som lydbånd 1-3, Infoko lydbogsforlaget 1989 ISBN 87-98 2445-2-3.
170. Holm JC. Børnebog om "Det lille eger", eget forlag
171. Uddrag af instruks om blod og blodprøver for Børnehospitalet på Fuglebakken udarbejdet 1971.
172. Instruks fra maj 1983 Roskilde amtskommune, pædiatrisk afdeling om isolation 310
173. Uddrag af instruks for Børnehospitalet på Fuglebakken om åndssvageforsorg, udarbejdet 1971
174. Øster J. Det åndssvage barn 1962
175. Øster J. Moderens ABZ, 195
176. Bent Claësson: Vejledning fra børnepsykiateren til børneafdelingerne Københavns amt sept. 1982.
177. Per Hove Thomsen: Encoprese, afsnit om børnepsykiatriske sygdomme i Peter Olaf Schiøtz og Flemming Skovby: Praktisk Pædiatri, 2. udgave Munksgaard 2006
178. Husby S. Encoprese, afsnit side 172 i Peter Olaf Schiøtz og Flemming Skovby: Praktisk Pædiatri, 2. udgave Munksgaard 2006
179. Müller J. Personlig meddelelse 2007.
180. Biskop Jan Lindhardt, journalisten Thomas Breinholdt m.fl. om Preben Plum og bevidsthedsfænomener. i Possession ORDET, redigeret af AVPD, 2. digitale udgave, fundet på nettet 2008
181. Kritisk forum for det okkulte. <http://www.skeptica.dk/1999/fragmentarium>.
182. Bennedbæk O. Citat om det etablerede sundhedsvæsen og alternativ behandling. <http://www.skeptica.dk/1999/fragmentarium>.
183. Dagbladet Information 2-3 januar 1999 Oluf Bennedbæk om forsøg med zoneterapi, fortvivlede forældre og deres kolikramte børn.
184. Høst A. Den gode børneafdeling, 1. udkast, rapport fra Dansk Pædiatrisk Selskab 14 sider, juni 2006. Findes på DPS hjemmesider.
185. Den højt specialiserede enhed i det danske sygehusvæsen. En rapport fra Dansk Medicinsk Selskab nr. 13, 2000.
186. Evidence based medicine. WHO 2004.
187. Den Gode Medicinske Afdeling. Standarder og Indikatorer for Det Tværsektorielle Patientforløb. [www.dgma.dk](http://www.dgma.dk), 2005.
188. Charter for Children in Hospital. Udarbejdet af European Association for Children in Hospital, Leiden, 11.-13. maj 1988, og vedtaget på den første europæiske konference om børn på sygehus, med repræsentanter fra 12 vesteuropæiske lande. Oprindelig udgivet i plakatform under titlen "DEKLARATION - BØRN PÅ SYGEHUS", af NOBAB (Nordisk forening for syge børns behov). Ny oversættelse udarbejdet af Arne Høst. til "den gode børneafdeling, 2006
189. The World Medical Association's Declaration on the Rights of the Child to Health Care, WMA, Ottawa, Canada, October 1998.
190. Meyer I, Munck O: Dåbsfad fra Børnehospitalet på Martinsvej. SET & SKET i Medicinsk-historisk Museum, 2000;10: 84-86.
190. Ryssing E. Historien om Børnehospitalet i Rigsgade og Dronning Louises Børnehospital. Dansk medicinhistorisk årbog 1981:58-92
191. Ryssing E. Historien om Børnehospitalet i Rigsgade og Dronning Louises Børnehospital. Fotokopi 33 sider.
192. Bloch CE: Om Børneafdelingen på Rigshospitalet, Ugeskrift for Læger 1499-1511; 74:1912.
193. Bloch CE. Mere om Børnehospitaler. Ugeskrift for Læger 1644-1649;74:1912
194. Plum P. Om subspecialisering i Pædiatri. Ugeskrift for Læger 1957 119 1143-44
195. Heinild S. Sygdomsmønstræts ændring gennem 100 år. I "Kysthospitalet på Refsnæs 1875-1975" jubilæumsskrift 1975.
196. Zachau-Christiansen B, beskrivelse i Den Danske Lægestand 1993, 16. udgave

197. Brandt NJ, Skovby F. Fra "Metabolisk Laboratorium" til "Klinisk Genetisk Afdeling", personlig meddelelse 2007
198. 75 år børneafdelingen Rigshospitalet pp 27-28, 1985.
199. Koch C. CD-rom med power-point fra Henrik Hertz afskedssymposium 2002
200. Strategi - og handlingsplan, Juliane Marie Centret 2004-2009, HS 2004 pp 1-23.
201. Vitting Andersen: K. Personlig meddelelse 2007 311
202. Beretning for Afdeling for Vækst og reproduktion, Rigshospitalet 1993-1999, 32 sider
203. Petersen KE. Børnehospitalet på Fuglebakken: Personlig meddelelse 2007
204. Terslev E. Congenital isolated ventricular septal defect in children and infants especially under two years of age. Disputats 1974
205. Peitersen B. personlig meddelelse 2007
206. Sag nr 5. Etablering af aftale- og kontraktstyringsmodel for pædiatrisk afdeling ved Amager Hospital, Sygehusudvalget Københavns amt 2003
207. Saurbrey N. Lukning af Amager hospitals børneafdeling. Personlig meddelelse 2008
208. Hobolth N. Om overlæge Bræstrup. Personlig meddelelse 2007
209. Børneafdelingen, Amtssygehuset i Glostrup, årsrapport 1986
210. Børneafdelingen: Amtssygehuset i Glostrup, årsrapport 2000
211. Amtssygehuset i Glostrup, årsrapport 1998
212. Nielsson I, Kaas Ibsen K. Multible tics og ufrivillige lydudbrud hos børn- Gilles de la Tourettes syndrom. En vejledning udarbejdet af Undervisningsministeriet, Inspektionen for specialundervisning 1982
213. Sygehusplan, Københavns Amts sygehusvæsen 1995
214. Davidsen, A-M: Akut hjælp i tryk atmosfære- Om observationsafsnittet Glostrup Amtssygehus. Vores børn 78-81
215. Andersen EA. Her er vi dus. Personlig meddelelse 2007
216. Børnehospitalet i Vangede, Statens Åndssvageforsorg 1966
217. Vangedehuse 25 års jubilæum 1966-1991, Københavns amt 1991
218. Beretning fra sygehusafdelingen for multihandicappede, året 1982
219. Rotne H. Personlig beskrivelse af livet som praktiserende børnelæge 2008.
220. Skrivelse fra Regionsdirektøren for Region Hovedstaden om implementering af Hospitalsplanen- Gynækologi/obstetrik og Pædiatri dateret, 22. oktober 2007
221. Andersen O. Børneafdelingen i Hillerød. Personlig meddelelse 2007
222. Havgaard H: En afdeling på børnenes præmisser. Om børneafdelingen i Hillerød. Helse :7:I-IV,1999
223. Kaas Ibsen K. Rapport og vejledning om koordineret indsats i Roskilde Amt.
224. Børneafdelingen CNF 1957-1980, fremsendt af Lene Bohr og Erik Arthur Andersen
225. Bjerglund L. Børneafdelingen Nykøbing F. og Benvenistes ventil. Personlig meddelelse 2007
226. Hamre B. Syge må plejes med kærlighed. Kolonien Filadelfia 1897-1997, pp151-54.
227. Brock-Jacobsen B. Odense Børnehospital. Historien om det første børnehospital uden for København- et 100 års jubilæum. Særtryk fra Dansk Medicinsk-historisk Selskabs Årbog 2000; 155-168.
228. Høst A. personlig meddelelse 2007
229. Muff M. om børneafdelingen i Esbjerg, personlig meddelelse 2008
230. Kofoed P-E Om børneafdelingen Kolding sygehus, personlig meddelelse 2008
231. Tarbensen K og Julemærkefonden: Julemærket til gavn for børn, jubilæumsbog udgivet i anledning af julemærke nr. 100, 1993
232. Petersen S, Christensen IP, Nødgaard H, Elgård Pedersen L. Børneafdelingen 10 år på Skejby Sygehus, Århus 2006
233. Nathan E. Børneafdelingen i Århus. Træk fra afdelingens historie 1940-2006. Bragt i forkortet Form i festskrift. Fremsendt som personlig meddelelse 2007.

234. Børneafdelingen 25 år – fortalt af afdelingens grundlægger Jørgen Haahr, Jubilæumsskrift udgivet af Viborg sygehus ISBN 87-981297-1-6
235. Viborg sygehus årsskrift 1998 og 1999
236. Nyhedsbreve, børneafdelingen Viborg, 2000-2004 312
237. Hobolth N, Fjord Christensen M. Jyske pædiatere og den jyske pædiatri, personlig meddelelse 2008
238. Herning sygehus, børneafdelingen, beskrevet af M. Fjord Christensen og Mauris Dirdal
239. Østergaard E. Om børneafdelingen Ålborg, Personlig meddelelse 2007
240. Børneafdelingen Sygehus Vendsyssel 1980-2005. Jubilæumsskrift udarbejdet af Kaj Lillquist, Birthe
241. Nielsen IM. Om Grønland, personlig meddelelse 2007
242. Olsen BL. Børneafdelingen Nuuk, personlig meddelelse 2007
243. Andersen EA. Om Saudi-Arabien, personlig meddelelse 2007
244. Sygeplejersker skal erstatte skolelæger. Artikel Berlingske Tidende 12. januar 2007.
245. Sygeplejersker skal erstatte skolelæger. Artikel Berlingske Tidende 14. februar 2007
246. Hertz P. Lægen i skolen. København H. Aschehoug og Co. 1924
247. Bojlén K. Skolelægearbejdets organisation i Danmark. Skolehygiejnisk tidsskrift 1948:6-9.
248. Koch J. Skolelægens arbejde i København gennem 75 år. Københavns Kommuneskole 1975: 765-67.
249. Zachau-Christiansen B. Skolesundhedsplejen er under stadig udvikling. Skole og Samfund april 1977.
250. Betænkning nr. 933 om skolesundhedstjenesten, udarbejdet af det den 24 april 1980 af sundhedsstyrelsen nedsatte udvalg 1981
251. Småbørn og tidlig indsats, udvalgsrapport 4, børnekommissionen. København 1980
252. Sundhedsstyrelsens pressemeddelelse ”forslag om ændret skolesundhedstjeneste” af 21. august 1981
253. Kaas Ibsen K og Voigt G: Det glemte børnear. Berlingske Tidende 31.12. 1980
254. Due E. Lægen i skolen i 100 år. Ugeskrift for Læger debatindlæg 7.april 2000
255. Sundhedsstyrelsen og forfatterne: Skolesundhedsarbejde .Munksgaard 2005. pp 156-160.
256. Sundhedsministeriet Lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge af 14. juni 1995, implementeret i Sundhedsloven af 24. juni 2005, gældende pr. 1. januar 2007 og Anbefalinger af forebyggende sundhedsydelse til børn og unge, Sundhedsstyrelsen, 2007 hæfte 104 sider
257. Andersen JB. Læger kan frit anvende vildledende stillingsbetegnelser. Ugeskr Læg.2006;168,496
258. Dagbladet ”Ny dag” 4. juni 1957: ”Børn skal være trygge og glade på et sygehus” en udtalelse fra børneoverlæge Jørgen Kringelbach
259. Fem bud, formanden for DPS Karen Taudorf i Dagens Medicin 3. maj 2001, nr. 14, 2001
260. Rygerunger ryger på hospitalet. Om forældre rygning Arne Høst og Susanne Halten i Dagens Medicin 3. maj 2001, nr. 14, 2001
261. Men drikker mindre sodavand, Kim Fleischer Michaelsen i Dagens Medicin 3. maj 2001, nr. 14, 2001
262. Fede børn får sukkersyge, Karsten Kaas Ibsen i Dagens Medicin 3. maj 2001, nr. 14, 2001
263. Kornfede babyer, Gorm Greisen, i Dagens Medicin 3. maj 2001, nr. 14, 2001
264. Skade på sjælen. Københavns radio 12.september 2006 i anledning af Lise Gjødesens nye bog
265. Adoptionssamrådenes og adoptionsnævnets arbejde. Årsrapport adoptionsnævnet 2005
266. Antallet af adoptioner, artikel Berlingske Tidende 29. januar 2008
267. Julemærket til gavn for børn, udgivet i anledning af Julemærke nr 100, 2003, ISBN: 87-989709-0-9
268. Tilsyn med sociale institutioner, lov af 30. april 1909 §5
269. Barnets Hus 75 år. Jubilæumsskrift udgivet af organisationen Barnets Hus i anledning af jubilæet 1. november 1995
270. Fonden ”Projekt børn” og verdens bedste målmand, information fra fonden 2004
271. Brøndby IF, information fra Per Bjerregaard 2000-2003
272. Hertz H. Børnecancerfonden. Personlig meddelelse 2008 og [www.boernecancerfonden.dk/hjemmeside](http://www.boernecancerfonden.dk/hjemmeside) om bestyrelse, forskning og uddelinger

273. SIV Ronge K. Et meningsyldt liv for aslvorlig syke barn. Tidsskr. Norsk Lægeforening 1528,121:2001  
Hertz H RonaldMcDonald huset. Personlig meddelelse 2008
274. Krasilnikoff PA. Beskrivelse om opsigelse i protest, personlig meddelelse 2008
275. Rådgivning og behandling af 600 børn og deres familier, Team for Seksuelt misbrugte børn Rigshospitalet 2003 + 2006.
276. SISO, UFC børn og unge – Statusrapport 2003
277. Medical Necessity for the Hospitalization of the Abused Child. Committee on Hospital Care and Committee on Child Abuse and Neglect. Pediatrics 1998;1001: 715-16.
278. Den pædiatriske indsats for børn udsat for seksuelt overgreb eller mistænkt herfor. Dansk Pædiatrisk Selskab 2001:
279. Redegørelse om en forstærket indsats mod seksuelt misbrug af børn. Den tværministerielle arbejdsgruppe om en forstærket indsats mod seksuelt misbrug af børn 2000.
280. Christensen E, Egelund T. Børnesager. Evaluering af den forebyggende indsats. Socialforskningsinstituttet (SFI)2002
281. Christensen E. Trængte familier. SFI 1991 Christensen E, 7 års børneliv. SFI 2004
282. The APSAAC Handbook of Child Maltreatment, 2001
283. Campo JV. Somatization in pediatric primary care:association with psychopathology, functional impairment, and use of services. J AM Child Adolesc 1999;38:1093-1101.
284. Nyhedsbrev 05-05-2006: Organisationsplan klar for koncernen Region H.
285. Region Hovedstadens hjemmeside ”Organisationsplan klar for koncernen Region H, 2007 313
286. Skrivelse fra Regionsdirektøren for Region Hovedstaden om implementering af Hospitalsplanen- Gynækologi /obstetrik og Pædiatri dateret, 22. oktober 200 bilag 1 oversigten over disputatser og Ph.D afhandlinger er udarbejdet på baggrund af søgning i
287. REX databasen, Det Kongelige Bibliotek
288. Diverse børneafdelingens biblioteker
289. Lægeforeningens vejviser 2006-07.





# Navneliste

De med § mærkede har ydernummer

De med (§) har tidligere haft ydernummer til hel eller deltidspødsaks (1,10,13)

Almind, Gerd 219

Alving, Jørgen 177

Amundsen, Esther 136

Andersen, Bent Nicolai 105,200

Andersen, Bonnie 243-245

Andersen, Dorothy 63

Andersen, Else 52,80,167,215,225,230,285

Andersen, Erik Arthur 8,13,158,160,175,216

Andersen, Gunnar Eg 33,85,265

Andersen, Hans Christian 182,262,263

Andersen, Hans Jørgen 52,265

Andersen, Henning Jesper 24,32,49,52,80, 81,98,103,104,115,128,132,285

Andersen, Jesper 177,265

Andersen, Jesper Brandt § 221

Andersen, John 164 Daniel 186

Andersen, Jørgen Bent (§) 167

Andersen, Karen Vitting 8,129,140,245,265

Andersen, Kurt 69-70

Andersen, Ole 52,168,173,210,230

Andersen, Oluf 24,104,121,122

Arrøe, Mette 92,101,231

Asmund, August Vilhelm 25

Astrup, Poul 126

Auk, Inge 167

Baagøe, Kaj 197,212,265

Bach, Kirsten 148

Bang Jens 137

Barfoed, Kirsten 234

Bargholtz, Pia 237,238

Bay, Jørgen 186

Bech Jørgen Peter Herman 25

Beck, Bente 145,155,165,222

Becher-Christensen, Finn 265

Bengtsen, Helle 265

Bennedbæk, Olav § 107,208

Benveniste, Daniel 175

Biering Axel 220,265

Biering-Sørensen, Knud (§) 19

Birkebæk, Niels 292

Bisgaard, Hans § 60-61,103,105,151,157,199-200, 265

Bjarnhof, Carl 106

Bjerregaard, Lars Petersen 158

Bjerregaard, Per 239

Bjerglund, Lise 8

Blad, Axel 123

Bloch, Carl Edvard 25,34,53, 63,95,104,121,122, 144,265

Bode, Susan 129

Bohr, Lene 11

Boesen, Ib 19,37,62

Bogø 37

Boisen, Kirsten 55-56

Bojesen, Aage 35,36,144,231

Borberg, Tove 206

Brandt, Niels Jakob 8,55,56,126-128, 265

Brandt, Sven 69,266,328

Breinholdt, Thomas 107

Brixtofte, Peter 244

Brostrøm, Karin 48,306

Bruun, Ingrid 177

Bræstrup, Poul W.31,32,37,49,52,147,149,229,266

Brødholt, Vinita 231

Brøndum-Nielsen, Karen 100,105,165,239,266

Busch, Paul (§) 149,172

Buchholt, Jette 189

Bubber 243

Bæggaard, Peter 8,155,165,210

Børch, Klaus 8,13,52,142,272

Carlsen, Niels 181, 266,

Carstensen, Henrik 238

Christian d. 8. 119

Christensen Ernst137

Christensen, Hans Ole 181

Christensen, Mogens Fjord 8,200,201

Christensen, Niels Christian 8,52,183,230

Christensen, Vagn 266

Christensen, Viggo 234

Christiansen, Peter § 8,11,153,156

Christoffersen, Jens 222  
 Cläesson, Bent 101  
 Clausen Johannes 52  
 Clausen, Jørgen 53  
 Clausen, Niels ,243,266  
 Cohn, Jørgen 39,106,266  
 Cordes Dina 266,

Damkjær, Meta 80  
 Daniel, Peter Flemming 272  
 Danielsen, Jørgen 177  
 Dannemann, Karen 177  
 Dirdal, Maurits 8,11,203  
 Dissing, Ragnhild (§) 17,142,169  
 Djernes, Birgitte 185  
 Drejer, Joachim Lund 129  
 Dronning Louise 26,35,130  
 Drucker, P 28,57  
 Due, Eva 221  
 Dupont, Annalise 37, 266  
 Dyggve, Holger Victor 53

Ebbesen, Finn 103,106, 208,  
 Egeblad, Mogens 239  
 Eiken, Mogens 101,136,137  
 Ellerbæk Nina 105,182  
 Ellerbæk Poul 105,182  
 Engell, Oluf 243  
 Engelsted, S 134  
 Eiring, Ruth 41  
 Eriksen, Aase 176

Falch, Inger Bendtson 171,172, 266  
 Fabritius-Bjerre, Einer 27  
 Fastrup, Kate 289  
 Fenger L 119  
 Flensborg, Erhard Winge 31,34,39, 266  
 Fogh-Andersen, Poul 35,144  
 Fogh-Andersen, Vagn 35,144  
 Francke, Claus 158  
 Frantzen, Esther 74  
 Frantzen, Johannes 30  
 Frederiksen, Birgitte § 176  
 Frederiksen Ole 238  
 Friderichsen, Carl 27,30,32,64,144,252,266  
 Friis, Birgitte 171  
 Friis-Hansen, Bent 29,32,34,53,64,104, 266  
 Friis-Hasche, Erik 83

Fuglsbjerg Karen 208  
 Færk Jan 172  
 Færø, Odmar 215  
 Fønss, Per 232

Galen 16  
 Gam, Margit 181  
 Gammeltoft 57  
 Gervil, Morten 21  
 Geller, Uri 107  
 Gilberg, Christopher 76  
 Gjodesen, Lise 227  
 Gjørup, Ernst 121  
 Glasowski, Jens 140  
 Glenting, Poul 70,158,267  
 Gotenborg, Birgit 289  
 Greisen, Gorm 63-65,104,129,140,33,225,267,

Haahr, Jørgen 8,39,201  
 Haarder Bertell 229  
 Halken, Susanne 8,48,183,200,225,267  
 Halse, John Aasted 245  
 Hamborg-Petersen, Bente 183  
 Hamre, Bjørn 189  
 Hansen, Anita § 149,172  
 Hansen, Bente 18,217,220,275  
 Hansen Dorthe 273  
 Hansen, Erik 73  
 Hansen, Flemming Juul 8,69-71  
 Hansen, Karen Nørgaard  
 Hansen, Kirsten Skamstrup 273  
 Hansen, Kurt 244  
 Hansen, Lars Peter 215,216  
 Hansen, Lars K  
 Hansen, Kjeld Gade.  
 Hansted, Christian 200,205,208  
 Hartmann Grethe 39  
 Hasch'e, Erik Friis 86  
 Heilmann, Carsten 103,111,131, 267  
 Heinild, Svend 107,135,172  
 Henrik, Hans Kongelige Højhed Prins 264  
 Hendriksen, Emil Frederik 27  
 Herlin, Troels 106, 267,  
 Hermann Stig 155,167, 171  
 Hertel Axel 218  
 Hertel, Jens 13,41,71,155  
 Hertel, Steen Aksel 129  
 Hertel, Niels Thomas 292

Hertz, Henrik 8,38,55,56 77-79,99,129,145,215,  
 229,242,243,287  
 Hertz, Poul 26,29,32,52,144  
 Hesselbjerg, Ulla 167,240  
 Hipogrates 13,18  
 Hirschprung, Harald 17,27,52,53,95,119,120, 287  
 Hjallgrin, Helle § 8,155, 293  
 Hjelt, Karsten 8,33,164,172,261,287  
 Hobolth, Niels 8,41,52,54,81,149,200  
 Holbøll, Einer 234  
 Holck, Flemming (§) 16,176  
 Holm, Jens Christian 105,234,293  
 Holm, Kirsten 293  
 Holm, Uffe 245  
 Holm, Vagn 38,52,201,202  
 Holzer, Kirsten Inger Mygind § 167  
 Hornemann, Emil 218  
 Howitz, Peter 142,185  
 Hove, Hanne 287  
 Hove, Karl Anders 182  
 Husby, Steffen 48,101,105,181,182,239,287  
 Hummer Lotte 128  
 Hurtigkarl, Jan 153  
 Hvid, Lamia 140  
 Høgh, Birthe 103,104,141,142,287  
 Højby, Niels 248  
 Host, Arne 8,52,100,120,181,182,183,200,  
 225,256,287  
  
 Ibsen, Karsten Kaas (§) 1,2,11,13,15,38,70,85,86,9  
 1,101,104,145,146,153,159,  
 165,173,200,217,220,225,230,236-239,249,264  
 Ibsen, Marianne Kaas 231  
 Ibsen, Valdemar Karsten Amkær Kaas 1,2  
 Illum, Niels 223  
 Ingrid, H.M. Dronning 168,177  
 Ingomar (§) 38  
 Israel-Rosenthal, Emil 26  
 Iversen, Torben 32,34,54,105,251,287  
  
 Jacobsen, Bent Brock 8,80,135,179,181,306  
 Jacobsen, Hans Peter §  
 Jacobsen, Ingeborg 26  
 Jacobsen, Joes Ramsøe (§) 61,62,145  
 Jacobsen, Anne Holten 159  
 Jensen, Birgit Møller 8  
 Jensen, Britta Skov 181  
 Jensen, Johannes V. 200  
 Jensen, Tim  
 Jepsen, Jørgen 219  
 Jeppesen, Dorthe 293  
 Johannesen, Arne 144  
 Johansen, Ellen 83  
 Johnsen, Inge 219,222  
 Jonsbo, Finn 129  
 Juliane Marie, Enkedronning  
 Juul, Anders 105,108,130, 287,293  
 Jørgensen, Anker 137  
 Jørgensen, Per Schultz 245  
 Jørgensen, Inger Merete 293  
  
 Kaad, Per-Henrik 8,222  
 Kålund, Per 159  
 Kai, Claudia Mau 293  
 Kamper, Jens 8,13,66-68,181,249,268  
 Karup-Petersen, Freddy 268  
 Kamper-Jørgensen, Finn 219,233  
 Kastrup, Knud W. 8,11,80,81,135,156,169  
 Kaiser-Nielsen, H 172,268  
 Kennedy John F. 163  
 Kildeberg, Poul 105,181,268  
 Kjer-Petersen, R 201  
 Kjær, Birgitte Boisen 293  
 Klan, Jo 210  
 Klebak Søren 220  
 Klinge Timo 172,229  
 Klug, Bent 288  
 Knudsen, Finn Ursin 74,157,215,268  
 Koch, Christian 1,268  
 Koch, Robert 135  
 Kofoed, Poul-Erik 8,198-199  
 Konstantin-Hansen, Karen §  
 Korsgaard, Anne 239,263  
 Krabbe, Knud 27,30,53  
 Krabbe, Søren 80,135,173,210,268  
 Krarup, J.C., B. 27  
 Krasilnikoff, Peter A 8,32,34,99,103,104,141,147,  
 151,154,159,231,247-250,253,268  
 Kreiborg, Sven 131  
 Kreuzfeldt, Harald 83,122  
 Kringelbach, Jørgen 58,63,176,223  
 Kristensen Kim 332  
 Kristensen, Kristine Hauge 172  
 Kristensen, Majken 233  
 Krogsgaard, Karen 207

Lange, Aksel 293  
 Larsen, Egon 185  
 Larsen, Jørgen Falck 67-68  
 Larsen, Lars 262  
 Larsen, Ole Andre' 222  
 Lassen, Karin 293  
 Lassen, Lissi Bank  
 Lassen, Niels 66  
 Lauersen, Eva Mosfeldt 293  
 laugaard-Jacobsen, H.C. 231  
 Lauersen, Helga 288,332  
 Lauritzen Runa §  
 Lausen, Birgitte  
 Laugaard.Jacobsen, H.C. 253  
 Lavard Lene, 142  
 Lassen, Niels 69  
 Lazarus 106  
 Lee, Kirsten Damgaard 167,168,288  
 Lenstrup, Carsten 68  
 Lenstrup, Einer 27,52,144  
 Lenstrup, Jørgen 164  
 Lenstrup, Otto 25  
 Lennox-Buchthal 74  
 Lethagen,Stefan 131  
 Lille Lars 245  
 Lillquist, Kaj 8,209,210  
 Lindhardt, Jan 107,241  
 Lindholm, Lone 13,167  
 Lindskov, Bente 153  
 Lindquist Bertil 33  
 Loland, Lotte 293  
 Lou, Hans 66,105,268,  
 Lukman, Berit § 153  
 Lund, Allan 92,131,268,  
 Lund, Esther 239  
 Lund, Frederik 201  
 Lund, Kasper 140  
 Lund, Peder 234,235  
 Lykkegaard, Erik § 19,182  
 Lykkegaard, Erling (§) 19,167,172  
 Lyskjær, Ulla 70  
 Løchte, Jens (§) 19,170,171  
  
 Madsen, Lars P 231  
 Madsen , Westergaard 36.  
 Main, Katharina 293  
 Manniche, Vibeke 221,223  
 Margrethe den 2., Dronning af Danmark 257  
  
 Mari, Chr. Martin La 27  
 Marinelli, Karin 213  
 Marner Aage 106  
 Marner, Birgitte § 19,142,150,155,169,231  
 Mary, H:K:H: Kronprinsesse 9,235,  
 Meisen, Helga 28  
 Melchior, Johannes C 39,42,52,101,103,105,109,11  
 0,129,145, 229,288,333  
 Meloni, Fru 106  
 Merrich, Joav 85,86  
 Meyer, Adolph 27,28,52,288  
 Meyer, Benny 27,30,34,35,52,121,145  
 Meyer, Leopold 27  
 Michaelsen, Kim Fleischer  
 48,111,131,134,225,233,234,288  
 Michelsen, Niels 8,75-77,85,86,104,114,145,219,  
 233,234,288  
 Mikkelsen, Margaretha 165  
 Moltke, Casper 238  
 Moltesen, Bodil 8,258-260  
 Monrad, S 6,18,27,28,34,91,95,98,101,102,121,1  
 22  
 144,288  
 Mortensen, Else 172  
 Mortensen, Henrik B  
 8,,81,103,104,155,166,213,288  
 Mortensen, Niels Bach 83,200, 215  
 Mortensen, Ole 206  
 Mouritsen, Inge-Lise 219  
 Muff, Margrethe 185  
 Müller, Jørn 103,110,288,306  
 Munkner Troels 128  
 Møller, Carla Flemming 28  
 Møller, Jørn 57  
  
 Nathan, Erling 8,52,86,206-207,230  
 Nielsen Bent Windelborg 268  
 Nielsen, Gunnar 8,30,208  
 Nielsen, Hans Erik 152,268  
 Nielsen, Inge-Merethe 8,211-215,231  
 Nielsen, Jens Ole 86  
 Nielsen, Jens Peter 11,210  
 Nielsen, Jesper Michael § 275  
 Nielsen, Jytte Bieber 269  
 Nielsen, Kim Gjerum § 276  
 Nielsen, Ole 241  
 Nielsen, Susan 213  
 Nielsen Svend Erik (§) 145

Nordmark, Maren 196  
 Nysom, Karsten 108,269,274  
 Nygaard, Anne 33  
 Nødgaard, Hanne 231  
 Nørby, Githa 242  
 Næraa, Rune 8  
  
 Olsen, Birthe 155,213,276  
 Olsen, Britta Louise 8,214-215  
 Olsen, Else Marie 273  
 Olesen, Søren 30  
 Olesen, Tony 82  
 Olufsson, Kern § 167  
 Oxhøj, Henrik 270  
  
 Paludan, Jacob 106  
 Panum, Peter L 95  
 Passer, Dirch 134  
 Pedersen, Freddy Krarup 105,131,243,270  
 Pedersen, Inger Leer 215  
 Pedersen, Jens Kruse 134  
 Pedersen, Juri Lindi 101,270  
 Pedersen, Søren 200,270  
 Peitersen, Birgit 8,92,101,132,134,136,138,141,144,215  
 Pelck, Inger § 189  
 Petersen, Karsten Roed 14  
 Petersen, Jes Reinholdt 286  
 Petersen, John 146  
 Petersen, Knud E. 8,38,39,57,80,81,135,210,222,230  
 Petersen, Niels Tønnes 231,236  
 Petersen, Oline 8,11  
 Petersen, Sten 11,208  
 Petersen, Søren 38,110,199-200,288  
 Petersen, Søren Anker 39,139,172  
 Petersen, Steen 138  
 Petersen, Vibeke Faurholt 155  
 Petersen, Werner § 167,236  
 Pettersson, Gösta 243,244  
 Philip, John 127  
 Plum, Preben 29,36,52,69,70,104,107,122,126,127,262,270  
 Pontoppidan Fr. 201  
 Poulsen, Valdemar 28,34,52,132,133,233,234,270  
 Poulsgaard, Kirsten 105  
 Prael, Palle 147,151,200,270  
 Pressler, Tacjana 270  
  
 Propetius 13  
 Pryds, Ole 290,306  
 Pærregaard, Anders 270  
 Pærregaard, Peer 38,54,135,145,270  
  
 Rasmussen, Henning 184  
 Rasmussen, Karsten 127  
 Rasmussen Lars Løkke 168,235  
 Rasmussen, Niels Henrik 148  
 Rasmussen, Vibeke Storm 176,261  
 Ramsøe Jacobsen, Joes (§) 65-66,153  
 Ravn, Birgitte Holst 177  
 Rechnitzer, Catherine 270  
 Reimers, Jesper 62,270  
 Riese, Sigrid 223  
 Rittig, Søren 225  
 Rosenberg, Thomas 39,163,172  
 Rosenstein, Rosen von, 15,101  
 Rothe-Meyer, Arne 52,132,234,256  
 Rotne, Helle § 8,19,165,239,241  
 Rydahl, Karen 232  
 Ryelund, Karen (§)  
 Rylle, se Melchior, Johannes C.  
 Ryssing, Erik 54, 122, 271  
  
 Sabroe, Peter 2,85  
 Sardemann, Henrik 52,171  
 Sauerbrey, Nina 8,143,14  
 Scheibel, Elma 86  
 Scherling, Birgitte 171  
 Schultz, Marie 175  
 Schiøtz, Peter Oluf 105,210,271  
 Schmeichel Peter 237  
 Schwartz, Marianne 137  
 Schmiegelow, Keld (§) 103,105,131,271,  
 Schmiegelow, Marianne § 274  
 Schwartzenburg, Jürgen § 170  
 Secher, Anne Bertelsen § 17,175  
 Secher, Jan Ulrik § 8,17,169  
 Sigsgaard, Erik 241  
 Sigaard, Charlotte 294  
 Skakkebæk, Niels Erik 110,130,131,138,139,271,  
 Skov, Annebeth Rosenvinge 153  
 Skov, Liselotte 70,117,155,1,271,  
 Skovby, Flemming § 8,92,100,  
 105,110,126,-128,131,239,271,  
 Skov-Jørgensen 249  
 Stafanger, Gerd 62

Steinicke, Oluf 38,173,175,234,271  
 Steffensen, Otto 200  
 Stockholm, Keld 173  
 Stockholm, Poul 69  
 Stelling, Kirsten (§) 176  
 Storr-Poulsen, Anette 276  
 Stubbe-Teglbjærg, H.P. 177  
 Søndergaard, Lars 61  
 Sørensen, Jacob 127  
 Sørensen, Søren K 127  
 Sørensen, Torben B § 99  
  
 Talbro, Annemette 289  
 Taudorf, Karen 52,210,224,233,234,306  
 Teasdale Tom 86  
 Terslev, Erik 115,132,135, 138,291,336  
 Thamdrup, Erik 8,11,13,28,38,49,52,53,80,133,1  
 67,234,271  
 Tholstup, Niels 184  
 Thomsen, Per Hove 101  
 Thorn, Ingrid 148, 271  
 Thorstinsson, Karina 142  
 Thorsteinsson, Susanne Lanng 271  
 Tobiesen, Fritz 233,234  
 Tolstrup, K 29  
 Topp, Monica 274  
 Torch, Sven 112  
 Trane, Nina 294  
 Trautner, Hans 202  
 Tudvad, Folke 140, 271  
  
 Uldall, Christian (§) 22,23,35,165,167,231  
 Uldall, Peter 8,20,21,72-74,103,105,131, 271  
 Ulrich, Georg Rottbøl 200  
  
 Vagning, Karen 207  
 Valerius, Niels Henrik 86, 139, 271  
 Veirum, Jens Erik 274  
 Verder, Henrik 103,105,172,236,271  
 Vesterdal, Jørgen 32,33, 49,52,104,147,149,152,15  
 3,154,161, 271  
 Vestergaard, Joan 235  
 Vestermark, Svein 32,149,152,153,154,215  
 Videbæk, Birgitte Frederiksen § 182  
 Virkner, Helle 134  
 Vollmond, Klaus (§) 167  
 Vrang, Carsten 11,173  
  
 Wamberg, Erik 38,275,277  
 Warburg, Mette 163,171  
 Wedell-Wedelsborg, Vilhelm 234  
 Weile, Birgitte 26,32,151, 272  
 Westphall, Ian Theodor 84  
 Wichmann, JV 121-122  
 Wichmann, Robert 133  
 Wilken-Jensen, Knud 28,38  
 Wolters, Ole § 17,272  
  
 Ylppö, Arvo 53  
 Yssing, Minna 55, 229  
  
 Zachau-Christiansen, Bengt 49,75,85,103,105,107  
 ,126,129,145,172,229,,272,275  
 Zlotnik, Gideon 40  
  
 Ørum, H.P.T. 29  
 Øster, Jacob 32,52,105,200,272,  
 Østerballe, Ole 99,200,210,272  
 Østergaard, Erik 8,205,208  
 Østergaard, John Rosendahl 272  
 Østergaard, Marianne Stubbe 274  
 Østergaard, Poul Aabel 99,272  
  
 Aagaard, Knud 184











**Af samme forfatter udkom tidligere,  
evt. i samarbejde med andre:**

**Rygning blandt skolebørn:**

En landsdækkende undersøgelse  
af 9000 skolebørns rygevaner.  
Institut for Socialmedicin,  
Københavns Universitet 1981.

**Farvel og tobak, idebox 6.-10. klasse.**

Kræftens Bekæmpelse 1981

**Det talehæmmede barn.**

København Kommunes forlag 1983

**Gilles de la Tourettes syndrom.**

Undervisningsministeriets forlag 1983

**Blodtrykket hos børn og unge.**

FADLs forlag 1985

**Lovpædiatri.**

FADLs forlag 1985

**Mongolbarnet.**

Undervisningsministeriets forlag 1987

**Sundheds- og sygepleje indenfor  
Pædiatrien/Pædiatriske sygdomme.**

NNF forlag 1988

**Nicolai – hvad gør vi nu?**

LEV 1988, Infoko 1989

**Barnets udvikling og opvækst.**

NNF forlag 1990

**Lung function and antropometric data  
from children and adolescents.**

Rigshospitalet, University of Copenhagen 1991

**Pædiatrisk sygepleje og pædiatri.**

NNF forlag 4. udgave 1992, 5. udgave 2000

Børnelæger – børneafdelinger - børns sygdomme – sygehuse – børnehospitaler – speciallæger – behandlingsresultater - udviklingen over 100 år - beskrevet af børnespecialister fra hele landet, uddrag af PÆDIATRIENS og Dansk Pædiatrisk Selskabs 100 årige HISTORIE suppleret, samlet og redigeret af børnelægen Karsten Kaas Ibsen, der på sin egen uhøjtidelige måde fortæller om livet og mulighederne som børnelæge på baggrund af egne oplevelser.

I navnelisten finder vi navne som Dronning Margrethe, Prins Henrik, Dronning Ingrid, Kronprinsesse Mary, Ghita Nørby, Peter Schmeichel udover et bredt udsnit af danske børnelæger.

I bogen finder du svar på spørgsmål som:

Hvad fejlede børnene før og nu?

Hvornår åbnede Danmarks første børnehospital?

Hvorfor gik professoren og smækkede med døren?

Hvorfor er Blekingegadesagen omtalt?

Har man behandlet tuberkulose med rødvin og portvin?

Hvorfor lander der helikoptere på Rigshospitalets tag?



*Jubilæumsbogen er udgivet i anledning af*

*DANSK PÆDIATRISK SELSKABS 100 Års jubilæum 2008*

ISBN 978-87-87924-37-5