

ÅRBOG

1990-91

Redigeret af Jørn Müller



DANSK PÆDIATRISK SELSKAB

FORORD

Årbogen 1990-91 indeholder som sædvanligt programmerne for Selskabets videnskabelige møder i det forløbne år. Der er endvidere medtaget programmer for efteruddannelsesmøderne, som blev introduceret i efteråret 1990, og som er blevet en stor succes. Den pædiatriske uddannelse er det sidste år blevet grundigt diskuteret, og både bestyrelsens oplæg til debatmødet i januar 1991 samt referatet af mødet er trykt i årbogen.

Tak til annoncørerne for deres velvillige interesse for Årbogen.

Bestyrelsen

INDHOLDSFORTEGNELSE

MØDER OG RESUMÉ AF FOREDRAG	Side
629. møde, 5. oktober 1990 FRIE FOREDRAG	9
630. møde, 2. november 1990 VACCINATIONER	17
631. møde, 4. januar 1991 DEBATMØDE OM VIDEREUDDANNELSES- OG FASTSTILLINGSREFORMEN	21
1. efteruddannelsesmøde, 5. januar 1991 PÆDIATRISK HEPATOLOGI	22
632. møde, 22. marts 1991 BØRNEREUMATOLOGI	23
2. efteruddannelsesmøde, 23. marts 1991 BØRNEREUMATOLOGI	29
633. møde, 12. april 1991 SAMARBEJDE MELLEM BØRNEPSYKIATRISKE OG PÆDIATRISKE AFDELINGER	30
634. møde, 6. september 1991 SAMARBEJDET MELLEM TANDLÆGER OG PÆDIATERE ORDINÆR GENERALFORSAMLING	37

BERETNINGER

Formandsberetning 1990/91	39
Beretning fra DPS' KONTAKTPERSONER TIL SUNDHEDSSTYRELSEN VEDR. §-14 VURDERINGER	45
- SUNDHEDSSTYRELSENS TILFORORDNEDE I PÆDIATRI	45
- UDDANNELSESUDVALGET	46
- VIDEREUDDANNELSESREFORMEN	46
- UDDANNELSESUDVALGETS BEMÆRKNINGER TIL DEN FREMTIDIGE PÆDIATRISKE SPECIALLÆGEUDDANNELSE	47
- EVALUERINGSMETODER I DEN LÆGELIGE VIDEREUDDANNELSE	48
- AIDSUDVALGET	49
- ALLERGOLOGIUDVALGET	49
- DIAGNOSEUDVALGET	50
- ERNÆRINGSUDVALGET	50
- PÆDIATRISK HÆMATOLOGI OG ONKOLOGI	51
- INFORMATIONSDUDVALGET	52
- NEONATOLOGIUDVALGET	53
- SCREENINGSUDVALGET	53
- U-LANDSUDVALGET	54
- VACCINATIONSUDVALGET	55
- LIPIDGRUPPEN	55

REFERAT AF GENERALFORSAMLING I DPS den 6. september 1991	57
KASSEREREN Regnskab for perioden 01.08.90 til 12.07.91	62
NYE MEDLEMMER I DPS efter 1. august 1990	64
DANSK PÆDIATRISK SELSKAB og beslægtede organisationer pr. 6. september 1991 Bestyrelse, udvalg, kommissorier m.v.	65
VEDTÆGTER	71
VEDTÆGTSÆNDRINGER pr. september 1991	74
ANTALLET AF AFDELINGER, SENGEPLADSER OG STILLINGER PÅ PÆDIATRISKE AFDELINGER pr. 1. september 1991	75
DEBATMØDE I DPS 4. JANUAR 1991 Oplæg til mødet	76
Referat	79
DIVERSE ORIENTERINGER	
Brev til Sundhedsministeriet om kiropraktorer	82

629. møde - 5. oktober 1990 - Rigshospitalet

Mødeemne: **FRIE FOREDRAG**

Tilrettelagt af Karin Brostrøm.

Ledet af Erling Nathan.

Program

1. **Screening af skolebørn for familær hyperkolesterolæmi ved måling af apolipoproteiner i kapillærblod.** Flemming Skovby, Birgit Jepsen og Lene Tegllund (Afsnit for klinisk genetik, afdeling GGK og GN Rigshospitalet); Bente Hansen og skolelægerne i Københavns kommune (Skolesundhedstjenesten); Snezana Micic, Severin Olesen Larsen og Bent Nørgaard Pedersen (Hormonafdelingen, Statens Seruminstitut).
2. **Forældrereaktioner på børns 1.feberkrampeanfald.** Thomas Balslev (Børneafdelingen Randers Centralsygehus).
3. **Nasal-CPAP og Ribavirin Behandling ved RSV-infektion hos børn under 3 måneder.** Birgitte Friis, Asbjørn Christensen og Peter Steen Frederiksen (Børneafdelingen Roskilde Amtssygehus).
4. **Ondine's syndrom - Kongenit centralt alveolært hypoventilationssyndrom.** Finn Becker-Christensen, Peter Dalager Andersen, Michael Wanscher og Paul Klint Andersen (Børneafdelingen og Anæstesiologisk afdeling Odense Sygehus).
5. **Den cephalocaudale progression af gulsot hos nyfødte børn. Kan konformationsændringer i det nydannede bilirubin-albumin molekyle forklare fænomenet?** Aage Knudsen (Børneafdelingen Aalborg Sygehus og Obstetrisk afdeling Hjørring Sygehus).
6. **Alpha-thalassæmi. Hæmoglobin-H sygdom og Hæmoglobin Bart's hydrops foetalis.** Inge Merete Nielsen og Zeynep Türmer (Klinisk kemisk afdeling Rigshospitalet og Kennedy Institutet).
7. **Neonatal sepsis/pneumoni forårsaget af nonkapsulær hæmophilus influenzae. Et nyt problem.** Finn Ebbesen og Henrik Schönheyder (Pædiatrisk og Mikrobiologisk afdeling Aalborg Sygehus).

SCREENING AF SKOLEBØRN FOR FAMILIÆR HYPERKOLESTEROLÆMI VED MÅLING AF APOLIPOPROTEINER I KAPILLÆRBLØD.

F.Skovby, B. Jepsen & L. Tegllund (Afsnit for klinisk genetik, afdeling GGK & GN, Rigshospitalet); B. Hansen og skolelægerne i Københavns Kommune, Skolesundhedstjenesten; S. Micic, S. Olesen Larsen & B. Nørgaard Pedersen (Klinisk biokemisk afdeling, Statens Seruminstitut).

3025 familier i København med børn i 1. klasse fik tilbudt et pilotprojekt med screening for familiær hyperkolesterolæmi ved måling af apolipoprotein A-1 (apo A-1) og apolipoprotein B (apo B) i kapillærblod fra børnene og ved analyse af familieanamnesen for tidlig iskæmisk hjertesygdom. 2084 familier valgte at deltage i undersøgelsen. Apo A-1 og apo B blev bestemt ved immunoelktroforese af blod elueret fra PKU-kort. 54 børn med apo B/apo A-1 ratio over 97,5 percentilen og/eller apo B over 99 percentilen fik gentaget analysen. 17 børn med analysesvar over de fastsatte grænser og deres slægtninge fik fastende målt serumlipider. Forhøjet LDL-kolesterol og en autosomal dominant nedarvning af hyperkolesterolæmi blev fundet i henholdsvis 12 børn og 10 familier. Familieundersøgelserne afslørede 29 slægtninge med hyperkolesterolæmi. Familieanamnesen for tidlig iskæmisk hjertesygdom blev undersøgt vha spørgeskemaer. En positiv familieanamnese blev kun oplyst for 5 af de 12 hyperkolesterolæmiske skolebørn. Analyse af apolipoproteiner kan anvendes til screening for familiær hyperkolesterolæmi, og denne metode er mere effektiv end screening baseret på familieanamnesen.

FORELDREREAKTIONER PÅ BARNES 1. FEBERKRAMPETILFÆLDE.

T. Balslev (Pædiatrisk afdeling, Randers Centralsygehus)

Den svære reaktion de fleste forældre gennemlever efter at have set deres barns feberkramper kontrasteres af den lægellige opfattelse af feberkramper som et helt godartet fænomen. Man ved at mange forældre tror at barnet er døende når anfaldet står på. Ialt 52 forældre hvis børn havde været indlagt med førstegangs feberkramper interviewedes om deres reaktion på kort og langt sigt.

De fleste forældre vidste kun lidt om feberkramper før feberkrampetilfældet. Forældre med viden om feberkramper handlede mere fornuftigt i forbindelse med krampetilfældet end de forældre, som intet vidste. Ialt 60% af forældrene sov uroligt i en periode efter feberkrampetilfældet, 13% vågede over deres barn om natten, og 29% havde dyspeptiske klager.

Den praktiserende læge og sundhedsplejersken bør som rutine yde generel information om feber og feberkramper til småbørnsforældre. Forældre som har set deres barn under et feberkrampetilfælde behøver specifik information for at undgå langtids reaktioner.

TABEL

Forældres forhåndsviden om feberkramper

Variabel	%
Fra læge eller sundhedsplejerske	4
Fra helsemagasin	6
Erfaring med krampesygdom i nærmeste familie	23
Overfladisk viden fra andre kilder	50
Ingen viden	17
Ialt	100

NASAL CPAP OG RIBAVIRIN BEHANDLING VED RSV-INFEKTIONER HOS BØRN UNDER 3 MÅNEDER.

B. Friis, A. Christensen & P.S. Frederiksen (Børneafdelingen, Roskilde Amtssygehus).

Der er tradition for at behandle respiratorisk distress hos nyfødte og spædbørn med n-CPAP, også når tilstanden er udløst af infektion i luftvejene. Vi har i 4 vintersæsoner prospektivt registreret alle RSV-inficerede børn under 3 mdr. med dagligt symptomscore, som omfatter registrering af apnø, pCO_2 , FIO_2 og RF/min. samt kliniske og objektive fund fra respirationsvejene. Ribavirin kan være livsreddende til RSV-børn. Det angriber myxovirus ved at hæmme nukleinsyresyntesen og ved capping af messenger-RNA. Der er ikke registreret bivirkninger, når stoffet gives som inhalation.

34 af ca. 160 RSV-børn var under 3 mdr. Heraf havde 20 behov for n-CPAP-behandling efter vore fastlagte kriterier ($pCO_2 > 7,1$ kPa, $FIO_2 > 40$, apnø eller RF > 80 /min.). Ribavirin blev givet til 6 af disse børn, idet dette var reserveret til risikobørn (morbus cordis, bronkopulmonal dysplasi, børn med svær respiratorisk distress i neonatalperioden, som var under 36 gestationsuger ved fødslen, immundefekt, kronisk lungesygdom samt respiratortruede RSV-børn).

Vi har givet 6 g Ribavirin over ca. 18 timer i døgnet i 3 døgn via small particle aerosol generator (SPAG). Partikelstørrelsen er estimeret til 1,2-4 mikrom. Nasal CPAP behandling er givet samtidigt. Der blev anvendt flow på 12-16 l/min. og ilttilskud efter behov. Slangetemperaturen i tilførende aerosolslange blev opvarmet til $32-34^{\circ}C$ via vandbad, hvilket nedsatte udfældning af Ribavirin i slanger og dyser. Binasal tube blev anvendt sammen med Benvenistedyse. Ulemper og tekniske vanskeligheder blev beskrevet.

\bar{X} (SD) dage, der blev givet n-CPAP, var for Ribaviringruppen 9,0 (2,6) og for n-CPAP-gruppen 7,4 (3,7). Ribaviringruppen havde større iltbehov og højere mediane kliniske score sammenlignet med n-CPAP-gruppen og en kontrolgruppe, men faldet i mediane score fra dag til dag forløb som i de andre grupper. Ingen børn måtte respiratorbehandles.

Det beskudte materiale tillader ikke nogen konklusion med hensyn til værdien af Ribavirinbehandling givet sammen med n-CPAP, som er forbundet med tekniske problemer. Vurderet enkeltvis giver de 6 patienters sygdomsforløb anledning til yderligere at arbejde med metoden.

ONDINE'S SYNDROM

KONGENIT CENTRALT ALVEOLÆRT HYPOVENTILATIONSSYNDROM

F. Becker-Christensen, P. Dalager Andersen, M. Wanscher & P. Klint Andersen
(Børneafdelingen og Anæstesiologisk afdeling, Odense sygehus)

Ved Ondine's syndrom (O. s.) forstås søvninduceret kongenit centralt betinget alveolær hypoventilation. Der er indtil nu publiceret ca. 40 tilfælde af O.s., heraf 3 svenske, men ingen danske. Det første danske tilfælde præsenteres.

Sygehistorie: Pt. født som tvilling A. Tv .B død 5 mån. gammel af cong. mb. cordis (vasculær ring). Fv. 2900 g., Apgar 4-5-5, intuberet 15 min. gammel, 0-3 måneders alder respiratorbehandling med mange forgæves aftrappingsforsøg, 3-20 mån. intermitterende respiratorbehandling. Forløbet præget af aspirationer, atelektaser, pneumonier. Under søvn blev respirationen overfladisk og samtidigt observeredes tiltagende hypercapni og hypoksæmi. Man stillede diagnosen O. s. Da hun var 20 måneder gammel, var hun blevet intuberet over 100 gange og havde fået taget næsten lige så mange rtg. billeder af thorax. Hun blev herefter tracheostomeret og fik frem til 7 års alder natlig respiratorbehandling på sygehuset. Forløbet ukompliceret. Da hun var 7 år gammel, blev hun udskrevet til hjemmet med natrespirator. Fortsat ukompliceret forløb.

Status 15 år gammel: Højde -2,5 SD, vægt - 2 SD, moderat spastisk paraparese, om dagen sufficient respiration med lukket trachealkanyle.

Normale undersøgelser: EEG, CT-scanning af cranium, Rtg. af thorax, spirometri, EKG, økocardiografi, EMG og ØNH.

Polysomnografi, d. v. s. undersøgelse under søvn med electrooculografi, EEG, respirationsovervågning med impedans, pulsoxyometri og capnografi (Undersøgelsen blev foretaget om dagen, idet pt. pt. kom søvndepriveret til sygehuset): Med åben tracheostomikanyle og spontan respiration kunne pt. undersøges i Non-REM søvn stadie I + II (+ III). Sammenlignet med vågen tilstand forblev respirationsfrekvensen uændret, men tidalvolumina blev mindre. Samtidigt steg endekspiratorisk CO₂ fra 41-55 mmHg og O₂ saturation faldt fra 97%-90%.

Natregistrering af respiration med impedansmåling kombineret med pulsoxyometri og capnografi: I vågen tilstand med spontan respiration normale forhold. Sovende i respirator normal endekspiratorisk CO₂ og normal O₂ sat. Sovende uden respirator observeredes efter 1 time stigende endekspiratorisk CO₂ 42-65 m.m. Hg og faldende O₂ sat. 98-80%. CO₂ response i vågen tilstand med genånding af en luftblanding indeholdende stigende mængde CO₂: Ved endekspiratorisk CO₂ stigende fra 40-50 mmHg let øgning af minutventilationen. Ved endekspiratorisk CO₂ 50-60 m.m. Hg Ingen øgning af minutventilationen.

DEN CEPHALOCAUDALE PROGRESSION AF GULSOT HOS NYFØDTE BØRN.
KAN KONFORMATIONSÆNDRINGER I DET NYDANNEDE BILIRUBIN-ALBUMIN
MOLEKYLE FORKLARE FÆNOMENET ?

A. Knudsen. (Børneafdelingen Aalborg Sygehus & Gynækologisk
Obstetrisk afdeling Hjørring Sygehus).

At nyfødte med gulsot er mere gule i panden end på foden og at den cephalocaudale progression af gulsot tiltager med bilirubin koncentrationen, har været kendt i mange år. Det har derimod været vanskeligt at forklare baggrunden for fænomenet. Her præsenteres en ny teori.

Når bilirubin bindes til albumin dannes bilirubin-albumin molekylet indenfor millisekunder, men molekylet undergår konformationsændringer i 8 minutter efter dets dannelse, hvor større ændringer sker op til 30 sekunder efter dannelsen. I denne periode er bilirubin løst bundet til albumin. Da de nydannede bilirubin-albumin molekyler p.g.a. mindre afstand fra dannelsessted (hovedsagelig lever og milt) vil nå de proximale dele af organismen før de distale, vil der være en cephalocaudal gradient af nydannede bilirubin-albumin molekyler i blodkredsløbet og derved en cephalocaudal gradient af tiltagende bilirubin affinitet til albumin.

På den måde vil bilirubin lettere trænge ud i vævene proximalt i organismen, hvor det udfældes som bilirubinsyre. Således bliver den proximale del af organismen mere gul end distale del.

ALFA-THALASSÆMI. HÆMOGLOBIN H SYGDOM OG HÆMOGLOBIN BART'S HYDROPS FOETALIS.

I.-M. Nielsen & Z. Tümer (Klinisk kemisk afdeling Rigshospitalet & John F. Kennedy Institutet).

Hæmoglobinopater er recessivt arvelige, hæmolytiske anæmier. Det er især alfa- og beta-thalassæmi samt seglcelle anæmi, der globalt set er årsag til stor morbiditet og mortalitet. På grund af indvandring fra de lande, hvor disse sygdomme optræder endemisk, forekommer sygdommene nu også i Danmark.

Et normalt hæmoglobinmolekyle (Hb A) består af 2 beta-kæder og 2 alfa-kæder. Ved beta-thalassæmi er produktionen af beta-kæder nedsat eller ophørt. Denne sygdom forekommer især i Middelhavslandene, Mellemøsten og Sydøstasien. Ved nedsat eller ophørt produktion af alfa-kæder fås alfa-thalassæmi, som især forekommer hos folk, der stammer fra Sydøstasien. Normalt har mennesket 4 alfa-gener; to på hvert kromosom nr. 16. Ved alfa-thalassæmi er ekspressionen af et eller flere alfa-gener ikke fungerende, hvorved produktionen af alfa-kæder bliver nedsat delvist eller helt.

Anlægsbærere for alfa-thalassæmi mangler ekspression af 1 eller 2 alfa-gener. De er i det væsentlige raske med normal eller let afvigende hæmatologiske parametre såsom let anæmi, let nedsat MCV, MCH, Hb A2 og Hb F. En sikker diagnose kræver DNA analyser.

Ved mangel på 3 alfa-gener er produktionen af alfa-kæder stærkt nedsat, hvilket medfører overskud af beta-kæder. Disse frie beta-kæder kan ses som agglutinat i erythrocytter ved specialfarvning og som et bånd med hurtig mobilitet Hb H, ved hæmoglobinelektroforese. Hæmoglobin H sygdom, har en meget varierende symptomatologi med let til svær og behandlingskrævende anæmi, splenomegali og evt. hepatomegali.

Ved hæmoglobin Bart's hydrops foetalis mangler ekspression fra alle 4 alfa-gener og alfa-kæder produceres ikke. Denne tilstand er uforenelig med liv. Der ses død af foster i 3. trimester, dødfødsel eller fødsel af hydrops barn, som kun lever få minutter eller timer post partum. Ved hæmoglobinelektroforese forekommer et kraftigt bånd for Hb Bart, der består af 4 gamma-kæder.

Det er især vigtigt at kunne diagnosticere Hb Bart's hydrops foetalis syndromet, fordi disse graviditeter indebærer en ikke ubetydelig risiko for moderen med toxæmi og postpartum hæmorragi.

Rutine blodanalyser og hæmoglobinelektroforese er ikke altid nok til diagnosticering af alfa-thalassæmi. Derfor bør DNA undersøgelserne foretages især med henblik på diagnose af bærertilstand. Det er også muligt at foretage prænatal diagnostik på chorionvillus biopsi, amnionceller eller fosterblod for at påvise homozygote former for alfa-thalassæmi (hydrops foetalis).

TIDLIGT INDSÆTTENDE NEONATAL SEPSIS MED IKKE-KAPSULÆR
HAEMOPHILUS INFLUENZAE - ET NYT PROBLEM

F. Ebbesen & H. Schönheyder (Aalborg Sygehus, børneafdelingen
& klinisk mikrobiologisk afdeling).

Hyppigheden af neonatal sepsis forårsaget af ikke-kapsulær haemophilus influenzae har været stigende i det sidste årti. 4 danske tilfælde forårsaget af biotyperne 2, 3 og 5 optrådte hos børn født før termin med symptomer allerede inden for de første 12 levetimer i form af respiratory distress og en klinisk septisk tilstand. Barnet med den laveste gestationsalder (28 uger) døde, mens de andre tre med en gestationsalder på 30-34 uger blev raske under behandlingen med ampicillin og aminoglykosid. Infektionen erhverves antageligt in utero eller under fødslen fra den cerviko-vaginale flora. De tre undersøgte mødre bar den samme biotype i vaginalfloraen, som blev isoleret fra deres børn. Der blev lavet en longitudinal undersøgelse af disse kvinder og af to andre, som også havde positive dyrkninger fra vagina i 1. trimester. En bærertilstand hos to af kvinderne i henholdsvis 3 og 7 måneder blev afsluttet ved antibiotikabehandling. En moder, som havde været bærer, havde yderligere et svangerskab uden genopdukket af haemophilus influenzae. En undersøgelse af 532 fødende kvinder afslørede en bærerhyppighed på 1,8 per 1000 (95% sikkerhedsgrænser: 0,1-11). En bærertilstand af ikke-kapsulær haemophilus influenzae er således sjælden, og gravide kvinder kan med succes behandles for at reducere risikoen for neonatal infektion. Der var ikke nogen holdepunkter for immundefekt hos kvinderne.

42 isolater af ikke-kapsulær haemophilus influenzae blev fundet i vaginalfloraen hos ikke-gravide kvinder. Fordelingen af biotyper af de 42 isolater var den samme som de neonatale/maternelle isolater. Ingen af disse tilhørte biotype 4, som også kun var repræsenteret ved 2 isolater blandt de 42 isolater fra ikke-gravide kvinder. Dette er lig de observationer, der er gjort i England og i modsætning til situationen i USA og Frankrig. Alle isolater med een undtagelse var følsomme for ampicillin, og ampicillin er en adækvat behandling, når neonatale eller puerperale infektioner med dette agens mistænkes.

630. møde - 2. november 1990 - Rigshospitalet

Mødeemne: VACCINATIONER

Tilrettelagt af F. Karup Pedersen og C. Koch.

Ledet af C. Koch

PROGRAM

1. *) **WHO's expanded program of immunization - status og fremtidsperspektiver.** Henrik Zoffmann. (EPI WHO Geneve).
2. **Status vedrørende MFR-vaccination i Danmark.** Tove Rønne. (Epidemiologisk afdeling, Statens Seruminstitut).
3. *) **Acellulære tussisvacciner.** Ivar Heron. (Vaccineafdelingen, Statens Seruminstitut).
4. *) **En retrospektiv undersøgelse af relationer mellem tussisvaccinationer og feberkræmper, epilepsi og CNS infektion.** Vibeke Jacobsen, Dorte Buch, Claus Nielsen og B. Zachau-Christiansen. (Børneafdelingen GGK, Rigshospitalet).
5. **Invasiv *Hæmophilus influenzae* type b infektion i Danmark 1985-86.** Kim Kristensen, Tove Rønne, Kirsten Kaaber og Jørgen Henrichen. (Statens Seruminstitut).
6. **Vaccination mod pneumokokker, meningokokker og *Hæmophilus influenzae*.** (Streptokokafdelingen, Statens Seruminstitut).
7. *) **Booster immunisering imod difteri og tetanus.** Ivar Heron. (Vaccineafdelingen, Statens Seruminstitut).

*) Resume ikke modtaget.

STATUS VEDR. MFR-VACCINATION I DANMARK

T. Rønne (epidemiologisk afdeling, Statens Seruminstitut)

MFR-vaccination indførtes i det danske børnevaccinationsprogram 1.1.1987 med vaccinationstidspunkterne 15 måneder og 12 år. Pr. 1.1.1990 er loven ændret, så MFR-vaccination er blevet gratis op til det 18. år, hvorved vaccination af ikke-vaccinerede 12-årige kan indhentes. PLO har fremsat forslag om at rykke vaccinationstidspunktet fra 12 år frem til 5 år. Baggrunden er, at vaccinationsdækningen umiddelbart vil øges, idet den sidste rutinemæssige børneundersøgelse foregår i 5-års alderen. En anden fordel er, at andelen af immune blandt 6-11-årige umiddelbart vil øges, hvilket vil betyde færre sygdomstilfælde i denne aldersgruppe. Et stort problem er, at det endnu ikke er afklaret hvilken rolle evt. sekundært vaccinesvigt har. Hvis immuniteten viger vil en fremrykning betyde risiko for flere infektioner, evt. subkliniske, bl.a. med tilfælde af kongenit rubella syndrom til følge. Et andet vigtigt forhold er, at de 12-årige i dag og mindst 10 år fremover ikke rutinemæssigt er MFR-vaccineret tidligere. Da viruscirkulationen stort set er ophævet betyder det inden for ganske få år, at andelen af immune falder. Egne beregninger viser, at selv med en vaccinationsdækning på 50% i 12-års alderen vil immuniteten falde i slutningen af 90'erne i forhold til nu og først stige igen, når årgang 86, der var den første årgang der blev tilbudt MFR-vaccination i 15-måneders alderen, bliver 12 år. Tilslutningen til MFR-vaccinationen i 12-års alderen var i 1988 31%, i 1989 46% og var i andet kvartal af 1990 48%, hvilket er alt for lavt. Foreløbig har programmet haft til virkning, at mæslingeencefalitis ikke har været anmeldt siden 1986 og fåresygeencefalitis siden 1987 (der var fåresygeepidemi i begyndelsen af 1987, hvor vaccinationsprogrammet startede). Kongenit rubella syndrom er set én gang i perioden 1987-89, hos en dansk kvinde smittet i Afrika. Af neurologiske komplikationer efter MFR-vaccination har der kun været registreret et tilfælde med mulig kronisk skade (ensidigt høretab). Der er i løbet af 3 1/2 år givet i alt 450.000 vaccinationer.

Konklusioner:

12-års vaccination bør selvom der indføres 5-års vaccination bibeholdes i mindst 10 år endnu. Tilslutningen for de 12-årige er ikke nær god nok. Ønsket effekt er foreløbig nået med ikke flere - snarere færre - alvorlige komplikationer end forventet.

INVASIV HAEMOPHILUS INFLUENZAE TYPE B INFEKTION I DANMARK
1985 OG 1986.

K. Kristensen, K. Kaaber, T. Rønne & J. Henrichsen (Streptokokafdelingen & epidemiologisk afdeling Statens Seruminstitut).

En landsdækkende retrospektiv undersøgelse af invasive Haemophilus influenzae type b (Hib) infektioner i 1985 og 1986 identificerede 226 tilfælde blandt 225 børn fra 0 til 14 år. 93% af tilfældene forekom før fem års alderen, 68% før to års alderen og 6% hos børn mindre end seks måneder. Incidensen af invasiv Hib infektion var 40 tilfælde per 100.000 børn under fem år per år, mens incidensen af Hib meningitis og epiglottitis var henholdsvis 27 og 8 tilfælde per 100.000 børn under fem år per år. Der var ingen forskel på incidensen mellem landkommuner og bykommuner og heller ikke de forskellige amter imellem. Kun tre patienter havde en disponerende lidelse. Fire patienter (2%) døde og syv (3%) havde ved udskrivelsen svære neurologiske sequelae. Da opgørelsen var baseret på epikriser, og da undersøgelser fra Sverige og Finland har vist, at ca. 15% af patienter med Hib meningitis får lettere neurologiske sequelae først og fremmest i form af perceptivt høretab, må man antage, at andelen af patienter med sequelae i denne undersøgelse er underestimeret.

VACCINATION MOD PNEUMOKOKKER, MENINGOKOKKER OG *HÆMOPHILUS INFLUENZÆ*.

J. Henrichsen (Sektor for Mikrobiologisk Diagnostik, Statens Seruminstitut).

I Danmark er der årligt ca. 250 invasive infektioner forårsaget af pneumokokker, ca. 250 af meningokokker og ca. 125 af *Haemophilus influenzae* type b.

Pneumokokinfektionerne ses hos patienter i alle aldre, dog med et flertal af infektioner hos mindre børn og ældre voksne. Der findes en vaccine indeholdende i alt 23 forskellige kapselpolysakkarider (af 84 mulige), der tilsammen forårsager 90% af alle invasive pneumokokinfektioner. Vaccinen anvendes p.t. udelukkende til splenektomerede, hos hvem den giver god beskyttelse. Anvendelsen bør udvides til at omfatte alle over 60 år. En proteinkonjugeret vaccine er på vej. Den vil formodentlig være immunogen hos grupper, hvor rene polysakkarider ikke inducerer antistofdannelse, som fx. børn under 2 år.

Meningokokvaccine mod gruppe A og gruppe C har forlængst vist sig i stand til effektivt at beskytte mod infektioner mod meningokokker af disse grupper. Problemet i Danmark er blot, at op mod 80% af alle meningokokinfektioner skyldes gruppe B. A + C vaccinen anvendes ved ophobning af tilfælde.

I dag er tre forskellige *Haemophilus influenzae* type b (Hib) vacciner registreret til brug i USA. Det drejer sig om oprenset kapselpolysakkarid, polyribitolfosfat (PRP), konjugeret til protein; enten difteritoksoid (PRP-D) eller ikke-toksisk difteri-"toksin", der fremstilles fra en mutant-stamme, (HbOC) eller ydre-membran protein (OMP) fra en meningokokstamme (PRP-OMP). En fjerde, koblet til tetanus toksoid (PRP-TT), er på vej. De kan alle beskytte effektivt mod Hib infektioner; en eller to allerede fra 2-3 måneders alderen. Der arbejdes på at få én af disse vacciner (helst den bedste) indpasset i det danske børnevaccinationsprogram.

Fremtiden, lad os sige om 10 år, kan meget vel komme til at byde på muligheden for at forebygge bakteriel meningitis hos børn, måske endda et flertal tilfælde af otitis media, vha. vaccination med en kombineret proteinkonjugeret pneumokok-, meningokok- og Hib-vaccine.

631. møde - 4. januar 1991 - Rigshospitalet.

Mødeemne: **DEBATMØDE OM VIDEREUDDANNELSES- OG
FASTSTILLINGSREFORMEN**

Tilrettelagt af bestyrelsen og uddannelsesudvalget, ledet af E. Nathan.

Program

1. **Indledning.** Erling Nathan
2. **Yngre pædiateres enquete.** Karen Nørgaard Hansen
3. **DBO's tal om stillingsstrukturen på afdelingerne.** Karsten Kaas Ibsen og Carl Grytter
4. **Antallet af undervisningsstillinger og tidsbegrænsede stillinger iøvrigt. Baggrunden for bestyrelsens oplæg.** Erling Nathan
5. **Diskussion.**
6. **Blokansættelser (undervisningsstilling og 1. reservelægestilling).** Knud E. Petersen
7. **Modeller for strukturen på pædiatriske afdelinger.** Knud E. Petersen
8. **Problemer ved arbejdstilrettelæggelsen efter faststillingsreformen.** Catherine Rechnitzer
9. **Diskussion.**

1. efteruddannelsesmøde - 5. januar 1991 - Rigshospitalet.

Mødeemne: **PÆDIATRISK HEPATOLOGI**

Tilrettelagt af uddannelsesudvalget, ledet af P. A. Krassilnikoff.

Program

1. **Kolestatisk leversygdom - diagnostik og behandling.** Birgitta Strandvik, (Östra Sjukhuset, Göteborg).
2. **Diagnostik af hepatitis.** Peter Skinhøj (Medicinsk afd. M, Rigshospitalet).
3. **Behandling af kroniske leversygdomme.** Leo Ranek (Medicinsk afd. A, Rigshospitalet).
4. **Billeddiagnostisk og leverbiopsi.** Flemming Jensen (Radiologisk afdeling, Rigshospitalet).
5. **Arvelige leversygdomme.** Flemming Skovby (Afsnit for klinisk genetik, Børneafdeling GGK, Rigshospitalet).
6. **Ernæring af børn med leversygdomme.** Karsten Hjelt (Neonatalafdeling GN, Rigshospitalet).
7. **Levertransplantation af børn - medicinske aspekter.** Birgitta Strandvik (Östra Sjukhuset, Göteborg).

632. møde - 22. marts 1991 - Rigshospitalet

Fællesmøde med Dansk Reumatologisk Selskab.

Mødeemne: **BØRNEREUMATOLOGI**

Tilrettelagt af Eva Zachariae og Troels Herlin, ledet af Johannes Friis.

Program

1. *) **Mimics of juvenile arthritis.** Ronald M. Laxer (Division of Rheumatology, Hospital for Sick Children, Toronto, Canada)
2. *) **The incidence and types of JRA in the county of North Jutland. Changing patterns of types? A 20-year retrospective study.** Poul Aabel Østergaard og Kaj Lillquist (Børneafdelingerne, Aalborg Sygehus og Hjørring Hospital)
3. **Referral of children with rheumatic diseases in Denmark.** Jens Dørup (Institut for cellebiologi, Aarhus Universitet)
4. **Experience with splint therapy for the treatment of mandibular retrognathia in children with juvenile chronic arthritis.** Thomas Klit Pedersen og Janne Grønhøj (Institut for ortodonti, Aarhus Tandlægehøjskole)
5. **Aminoterminal peptide of type III procollagen in children with scleroderma.** Lene Heckendorff, Troels Herlin, Nina Birdi, Abraham Shore, Earl Silverman, Ronald Laxer, Hugh Zachariae (Depts. of Clinical Chemistry, Pediatrics and Dermatology, University of Aarhus and Division of Rheumatology, Hospital for Sick Children, Toronto, Canada)
6. **Cytokines and soluble II-2 receptors in patients with juvenile rheumatoid arthritis.** K. Müller, M. Diamant, F. Karup Pedersen, M. Høier-Madsen, K. Bendtzen (Børneafdeling GKG, Laboratorium for medicinsk immunologi, reumatologisk afdeling TTA, Rigshospitalet og autoimmunlaboratoriet, Statens Seruminstitut)
7. **Leukotriene B₄ and PGE₂ in synovial fluid from patients with juvenile chronic arthritis.** T. Herlin og K. Fogh (Pædiatrisk afdeling, Aarhus Kommunehospital, og dermatologisk afdeling, Marselisborg Hospital, Aarhus)

*) Resumé ikke modtaget

VISITATIONEN AF BØRN MED RHEUMATOLOGISKE LIDELSER I DANMARK

J. Dørup (Institut for Medicinsk Cellebiologi, De Anatomiske Institutter, Aarhus Universitet) I Sundhedsstyrelsens retningslinier fra 1976 "rheumabetænkningen" med flere efterfølgende uddybende redegørelser henstilles det til landets amter, at man visiterer børn med reumatologiske lidelser til Pædiatrisk/Rheumatologisk afd., Århus Kommunehospital, eller til Børnerheumatologisk afsnit ved Rigshospitalet. I et brev af 18. december 1987 fra Sundhedsstyrelsen til alle amtskommuner samt Frederiksberg og Københavns kommuner blev det atter præciseret, at disse børn bør visiteres til et af de to centre mindst én gang årligt. Baggrunden herfor var ønsket om at koncentrere og udbygge den lægelige ekspertise samt at skabe mulighed for at samle større grupper af patienter til gavn for forskningsaktiviteter indenfor børneleddegigtområdet. For at undersøge om henvisningspraksis svarede til Sundhedsstyrelsens anvisninger, blev der blandt medlemmerne af Gigtramte Børns Forældreforening (GBF) i 1989 og 1990 foretaget spørgeskemaundersøgelser til belysning af dette spørgsmål.

Ialt 392 skemaer (195+197) udsendtes. Ialt 246 besvarede skemaer kom retur. Børn, hvis sygdom var startet efter 1988, blev ekskluderet fra den sammenlignende undersøgelse (ialt 37). Herefter indgik 95 besvarelser i 1989-undersøgelsen og 114 i 1990-undersøgelsen. 80,4 % af de, som deltog i 1990-undersøgelsen deltog også i 1989-undersøgelsen. Børn/forældre blev spurgt, om de i perioden A: 1/3 1988 til 1/3 1989; B: 1/3 1989 til 1/3 1990, i forbindelse med deres børneleddegigt havde været henvist til de nævnte specialafdelinger (A: 1989-undersøgelsen, B: 1990-undersøgelsen). Begge undersøgelser blev foretaget i maj måned. Følgende tabel viser procent *ja* svar i de to undersøgelser fordelt på amter.

Amt	ÅKH		RH		ÅKH eller RH		Antal børn	
	1989	1990	1989	1990	1989	1990	1989	1990
KBH Amt	0.0	0.0	0.0	11.8	0.0	11.8	9	17
KBH Kom.	0.0	0.0	35.7	62.5	35.7	62.5	14	8
Fr. berg Kom.	0.0	0.0	100.0	100.0	100.0	100.0	1	1
Fr. borg Amt	0.0	0.0	100.0	66.7	100.0	66.7	1	3
Roskilde	0.0	0.0	77.8	44.4	77.8	44.4	9	9
Vestsjælland	0.0	0.0	66.7	100.0	66.7	100.0	3	1
Storstrøms	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2	4
Fyn	16.7	14.3	0.0	0.0	16.7	14.3	6	7
Bornholm	0.0	0.0	100.0	0.0	100.0	0.0	1	0
Sønderjylland	66.7	50.0	0.0	0.0	66.7	50.0	3	4
Ribe	0.0	16.7	0.0	8.3	0.0	25.0	6	12
Vejle	30.8	38.5	15.4	15.4	46.2	53.8	13	13
Ringkøbing	50.0	60.0	0.0	0.0	50.0	60.0	6	5
Århus	60.0	73.7	6.7	5.3	60.0	73.7	15	19
Viborg	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0	50.0	1	2
Nordjylland	0.0	11.1	20.0	22.2	20.0	33.3	5	9
TOTAL	20.0	25.4	22.1	18.4	41.1	43.0	95	114

Forskellene i visitationshyppighed imellem de to undersøgelser var ikke statistisk signifikante. Det skal understreges, at nogle medlemmer af GBF var uden symptomer på undersøgelsestidspunktet og derfor ikke kunne forventes at blive visiteret. Behovet for visitation hos den enkelte patient blev ikke forsøgt vurderet. De markante amtsforskelle tyder dog på, at et stort antal børn stadig ikke visiteres til årlig børnerheumatologisk specialistvurdering. Resultaterne tyder heller ikke på, at der sker en udvikling i retning at flere visitationer til de to børnerheumatologiske centre.

JUVENIL KRONISK ARTHRIT – ODONTOLOGISKE BEHANDLINGSMETODER VED KÆBELEDSINVOLVERING.

T.K.Pedersen, J.Grønhøj og B.Melsen.
(Institut for Ortodonti, Århus Tandlægehøjskole)

Hos 50–60% af patienterne med juvenil kronisk arthrit involveres kæbeledet i sygdommen. I alvorlige tilfælde, kan det hos børn i vækst, være årsag til mikrognathi af underkæben. Der er dog stor variation i graden af deformiteten af underkæben, men de fleste patienter bærer præg af en kæbeledsinvolvering. Hyppigt ses en retrognat mandibel, posterioert vækstmønster, åbent bid, distal molarokklusion, forøget horisontalt overbid og trangstilling af underkæbeincisiverne.

Affektionen af kæbeledet har ofte et kronisk forløb, men af og til ses akutte perioder. Det forholdsvis asymptomatiske forløb gør at processen ikke altid bliver diagnosticeret. I ca. 25% af tilfældene ses en unilateral kæbeledsaffektion, hos disse patienter findes ofte udtalte skævheder i mandiblen, idet den afficerede condyl ikke følger med den raske under væksten. Ubehandlet vil skævheden brede sig til maxillen, idet der sker en dentoalveolær kompensation.

I en del tilfælde er man henvist til en kombineret ortodontisk/kirurgisk behandling efter endt vækst. I tilfælde med unilateral kæbeledsaffektion kan skævheden i ansigtet mindskes med et orthopædisk funktionelt apparatur. Dette er en betydelig fordel ved vækstens afslutning, hvor der skal tages stilling til den videre behandling, som kan være et mindre kirurgisk indgreb eller alene en ortodontisk behandling. I de sidste par år er også patienter med symmetrisk kæbeledsaffektion, blevet behandlet med funktionelt apparatur, på Institut for Ortodonti, Århus Tandlægehøjskole. Erfaringerne viser, at behandlingen i både den akutte og i remissionsperioden, kan give gode resultater, hvis behandlingen sker i nøje overensstemmelse med patientens generelle og lokale sygdomsaktivitet.

I enkelte tilfælde opstår akutte symptomer fra kæbeledet. Subjektivt ses hævelse og smerter i området foran øret. Patienten klager over tyggebesvær og har problemer med at åbne munden. Objektivt ses området omkring leddet hævet og der er palpationsømhed. Gabevnen kan være reduceret til 10 mm. Ofte er der symptomer fra andre led. Den generelle behandling af denne tilstand institueres af rheumatologerne. De lokale kæbeledssymptomer kan stilles i ro med en refleksfrigørende stabiliseringsskinne. Erfaringer viser at skinnebehandlingen er nødvendig, da det sandsynligvis er i disse akutte perioder der sker den største destruktion af bruskvæv og knogle.

Behandlingen af børn med JCA er centraliseret to steder i Danmark. Rigshospitalet i København og på Århus Kommunehospital. Her er dannet centre, hvor rheumatologer, ortodontister, kirurger, øjenlæger og fysioterapeuter sammen danner et team til behandling af disse patienter.

På Institut for Ortodonti, Århus Tandlægehøjskole foretages for øjeblikket to undersøgelser, som beskriver en klinisk og radiologisk evaluering af kæbeledet, hos børn med JCA behandlet med funktionelt apparatur.

AMINOTERMINAL PEPTIDE TYPE III PROCOLLAGEN IN CHILDREN WITH SCLERODERMA.

L. Heickendorff, T. Herlin, N. Birdi, A. Shore, E. Silverman, R. Laxer & H. Zachariae.

Klinisk kemisk afdeling, Århus Amtssygehus; pædiatrisk afdeling, Århus Kommunehospital; Division of Rheumatology, Hospital for Sick Children, Toronto, Canada & dermatologisk afdeling, Marselisborg Hospital, Århus.

Bindevævssygdommen sclerodermi karakteriseres tildels ved en excessiv deponering af procollagen, fortrinsvis type I og III i huden og de indre organer. Skønt der ikke findes nogen god metode til at klarlægge organismens totale collagen omsætning synes serum-N-terminal propeptide for type III collagen at være relateret til collagen syntesen.

Sclerodermi er en sjælden sygdom hos børn, og der findes i dag ingen sikre metoder til at monitorere sygdomsaktiviteten på. Vi har derfor fundet det relevant at undersøge aktiviteten af s-N-terminal procollagen type III hos en stor gruppe børn med sclerodermi. Analysen blev undersøgt med 2 forskellige RIA assays fra henholdsvis Famos (PIIINP) og Hoechst (P3P).

Ialt indgik 27 børn i alderen 4 - 17 år i undersøgelsen. Heraf er 11 børn undersøgt mere end én gang. Der foretoges ialt 43 parrede analyser med de to assays. 20 af børnene havde morphea, hvoraf 11 havde udbredte læsioner; 6 havde lineær sclerodermi, hvoraf 2 havde scleroderma en coup de sabre. En patient havde progressiv systemisk sclerodermi.

Der fandtes tæt korrelation mellem værdierne for de to assays ($r=0.85714$, $p<0.001$, $n=43$). Der var imidlertid stor forskel i de angivne normalværdier for børn for de to assays, begge relateret til væksthastigheden i de første leveår, mens kønsforskelle i den pubertale vækstspurt sås kun for PIIINP's vedkommende. Således fandt vi i gruppen < 10 år: 1/5 med forhøjede værdier (>95% sikkerhedsgrænse) med PIIINP, mod 0/5 med forhøjede værdier med P3P. I gruppen 10-15 år havde 2/17 forhøjet PIIINP, mod 8/15 forhøjet P3P. I gruppen >15 år sås 1/6 med forhøjet PIIINP og 0/6 med P3P assayet. Værdien af analysen som redskab for monitorering af patienternes sygdomsaktivitet diskuteres.

Lymfokiner og interleukin-2 receptorer ved juvenil reumatoid arthritis.

K. Müller^{*}, F.K Pedersen ^{**}, A. Wiik^{***} & K. Bendtzen^{*}.

^{*}Laboratoriet for medicinsk immunologi, Medicinsk afd. TTA,

^{**}pædiatrisk afd. GSK, Rigshospitalet, og ^{***}Autoimmunlaboratoriet, Statens Seruminstitut.

Juvenil reumatoid arthritis (JRA) er en heterogen sygdom af ukendt ætiologi. Abnorm lymfocytaktivering anses dog at være af patogenetisk betydning. Afgørende for aktivering af lymfocytter er produktionen af en række immunhormoner (interleukiner) samt fremkomsten af receptorer for disse.

Vi målte med ELISA-teknik niveauet af interleukin (IL) -2, interferon gamma (IFN γ) og frie IL-2 receptorer (IL-2R) i sera fra 34 patienter med JRA . Sammenlignet med en kontrolgruppe af raske børn fandtes niveauet af IL-2R forhøjet i patientgruppen ($p=0.008$). IL-2R korrelerede signifikant til flere parametre for sygdomsaktivitet, herunder funktionsniveau ($r=0.58$, $p<0.001$), ledscore ($r=0.55$, $p<0.01$), subjektiv aktivitetsgradering (visuel-analog score) ($r=0.45$, $p<0.01$) og sænkingsreaktion ($r=0.39$, $p<0.05$). Der var ingen signifikant forskel på patienter med poly- og pauciartikulær debuttype.

Serumniveauet af IL-2 var også forhøjet i patientgruppen ($p=0.007$), men uden betydende korrelationer til sygdomsaktiviteten, mens IFN γ var under detektionsgrænsen.

Undersøgelsen støtter den antagelse at abnorm lymfocytaktivering er af patogenetisk betydning ved JRA. Måling af IL-2R i serum synes at kunne supplere andre kliniske og parakliniske aktivitetsmarkører. Igangværende longitudinelle studier vil give svar på om IL-2R niveauet i serum er en bedre monitor for sygdomsaktiviteten ved JRA end de hidtil anvendte parakliniske aktivitetsmarkører.

LEUKOTRIENE B₄ AND PGE₂ IN SYNOVIAL FLUID FROM PATIENTS WITH JUVENILE CHRONIC ARTHRITIS.

T. Herlin & K. Fogh.

Pædiatrisk afdeling, Århus Kommunehospital & dermatologisk afdeling, Marselisborg Hospital, Århus.

Leukotriener er potente inflammatoriske mediatorer, der dannes i stimulerede neutrofile granulocytter og monocytter/makrofager ved enzymatisk ændring af arachidonsyre via 5-lipoxygenase (5-LO). Leukotrien B₄ dannes via 5-LO og er et meget potent kemotaktisk agens og har desuden en række andre proinflammatoriske egenskaber som aggregation, degranulering og superoxidion dannelse.

Meget høje koncentrationer af LTB₄ har været påvist i ledvæske fra voksne patienter med reumatoid arthritis og spondylarthritis, men kvantitering heraf har været bedømt alene ud fra UV-absorption efter HPLC-separation.

Vi har bestemt koncentrationen af LTB₄ og PGE₂ i ledvæske fra 12 børn med juvenil artrit ved RIA-assays efter separation på HPLC. Børnene var i alderen 3,5 til 12,5 år. 5 af børnene havde oligoartikulær arthritis, 5 havde polyartikulær arthritis og 2 havde systemisk onsets arthritis. Koncentrationen af LTB₄ var 68.0 ± 16.7 pg/ml hvilket var højere end de værdier vi har fundet hos voksne med reumatoid arthritis (31 ± 4.2 pg/ml) og psoriasis arthritis (32 ± 6.3 pg/ml). Denne koncentration af LTB₄ svarer til et niveau, hvor vi i in vitro studier finder signifikant kemotaktisk aktivitet. PGE₂ koncentrationen var 132 ± 22 pg/ml, hvilket ikke var forskelligt fra patienter med reumatoid arthritis og psoriasisarthritis. Behandling af arthritis med 5-LO hæmmer diskuteres ud fra egne dyreeksperimentelle studier.

2. efteruddannelsesmøde - 23. marts 1991 - Rigshospitalet.

Mødeemne: BØRNEREUMATOLOGI

Tilrettelagt og ledet af F. Karup Pedersen.

Program

1. **Juvenil kronisk arthritis: klassifikation og klinik.** F. Karup Pedersen (Børneafdeling GGK, Rigshospitalet).
2. **Komplikationer til juvenil kronisk arthritis.** Susan Nielsen (Børneafdeling GGK, Rigshospitalet).
3. **Juvenil ankyloserende spondylitis og andre HLA-B27 associerede syndromer.** Troels Herlin (Pædiatrisk afdeling, Aarhus Kommunehospital)
4. **Behandling af juvenil kronisk arthritis.** F. Karup Pedersen og Eva Zachariae (Børneafdeling GGK, Rigshospitalet og Reumatologisk afd., Ortopædisk hospital, Aarhus).
5. **Kirurgiske indgreb ved juvenil kronisk arthritis.** John Bømler (Ortopædkirurgisk afd., Rigshospitalet).
6. **Kæbeledsaffektion og ansigtsudvikling ved juvenil kronisk arthritis.** Sven Kreiborg (Tandlægehøjskolen, København).
7. **SLE, dermatomyositis, sclerodermi og andre systemiske bindevævssygdomme hos børn. Diagnostik, behandling og prognose.** Ronald Laxer (Division of Rheumatology, Hospital for Sick Children, Toronto, Canada).

633. møde - 12. april 1991 - Aalborg Sygehus Nord.

Fællesmøde med Dansk Psykiatrisk Selskab, Børnepsykiatrisk fraktion.

Mødeemne: **SAMARBEJDE MELLEM BØRNEPSYKIATRISKE OG PÆDIATRISKE AFDELINGER**

Tilrettelagt af Jens Christoffersen og Nini Smedegaard, ledet af af Nini Smedegaard.

Program

1. **Velkomst**
2. **Problemstillinger indenfor konsultativ/liason virksomhed såvel i psykiatri som børnepsykiatri - belysning af den tværfaglige teammodel, der er udviklet ved Børnepsykiatrisk og Ungdomspsykiatrisk sektion på Rikshospitalet i Oslo.** Inger H. Vandvik (Rikshospitalets Barneklínik, Oslo)
3. **Samarbejdet mellem Børnepsykiatrisk afdeling og Børneafdelingen, Aalborg omkring behandlingen af anorexia nervosa.** Bjarne Nielsen (Børnepsykiatrisk afdeling, Aalborg)
4. **Nordjyske erfaringer med tværfaglig indsats overfor truede børn og deres familier.** Jens Christoffersen (Børneafdelingen, Aalborg sygehus Nord)
5. **Om den psykosomatiske afdeling, Danderyd, Stockholm.** Gitte Dehlholm (Børnehospitalet, Psykiatrisk Hospital, Aarhus)
6. **Samarbejdet i Aarhus amt mellem de to børneafdelinger og Psykiatrisk børnehospital, som det udspiller sig omkring tværfaglige konferencer, det psykosomatiske ambulatorium og anorexia nervosa behandling.** Niels Jørgen Nedergaard, Lene Rytter og Gitte Dehlholm (Børnehospitalet, Psykiatrisk Hospital, Aarhus og Børneafdelingen, Aarhus Kommunehospital)
7. **Etablering af børnepsykiatrisk konsulent- og liasonordning ved pædiatrisk afdeling i Esbjerg.** Jørgen P. Jacobsen og Birgitte Djernes (Børnepsykiatrisk ambulatorium og pædiatrisk afdeling, Centralsygehuset, Esbjerg)
8. **Fri diskussion**

**ERFARINGER OG PROBLEMSTILLINGER I BARNEPSYKIATRISK LIAISONVIRKSOMHET
BELYST VED EN TVERRFAGLIG TEAMMODELL. I. H. Vandvik, Barne- og
ungdomspsykiatrisk seksjon, Rikshospitalet, Oslo.**

Det tverrfaglige barnepsykiatriske sykehusteamet har ikke egne senger, men skal gi service til samtlige avdelinger som behandler barn og ungdom på Rikshospitalet. Arbeidet bygger på en biopsykososial forståelse på sykdom og en psykodynamisk og familiesystemisk tilnærming til diagnostikk og behandling. Målsettingen er å behandle og/eller forebygge psykososiale problemer i tilknytning til barns sykdom, sykehusopphold og død.

Teamet har 1 barnepsykiater, 2 psykologer, 3 sosionomer, og 1 pedagog. Alle har klinisk terapeutisk utdanning.

Arbeidet omfatter: 1) Pasientrettet virksomhet, 2) Veiledning/undervisning og 3) Forskning og evaluering. Hvert teammedlem er kontaktperson overfor en eller flere avdelinger, og tjener som en budbringer og koordinator mellom teamet og avdelingen. I 1990 arbeidet vi med 376 pasienter/familier. 68 % ble henvist fra pediatrik og barnekirurgisk avdeling. De viktigste somatiske diagnoser var: cancer 25 %, medfødte misdannelser 18 %, metabolske sykdommer 12 %. 9 % av pasientene hadde ingen somatisk sykdom. Heterogeniteten av kliniske problemer forutsetter en eklektisk og pragmatisk diagnostisk/terapeutisk tilnærming. Utredning av stønadsbehov ifølge Folketrygden kan være inngangsport for arbeid med andre problemer i familien. Barn med psykosomatiske symptomer krever et spesielt nært og tillitsfullt samarbeid mellom pediatri og barnepsykiatri. Familier kan følges poliklinisk etter utskrivning. BUP har eget reisebudsjett for overføring av pasienter til lokale instanser. Det drives ukentlige møter for foreldre til kreftsyke barn og premature barn.

Forskning har utgangspunkt i sykdomsgrupper som behandles på Rikshospitalet (revmatiske sykdommer, leukemi, hjernesvulster, medfødte misdannelser og PKU).

For å unngå utbrenthet bør perioder med mange kliniske oppgaver og terapeutisk engasjement balanseres med tid til videreutdanning/forskning.

SAMARBEJDET MELLE M BØRNEPSYKIATRISK AFDELING OG BØRNEAFDELINGEN, AALBORG, OMKRING BEHANDLINGEN AF ANOREXIA NERVOSA.

B.B. Nielsen (Børnepsykiatrisk afdeling Aalborg Psykiatriske Sygehus).

Anorexia nervosa er primært en psykiatrisk lidelse med tilhørende somatiske symptomer. I Aalborg er børneafdelingen og børnepsykiatrisk afdeling enige om, at den børnepsykiatriske afdeling er hovedansvarlig for behandlingen og dermed koordinator af både den psykiatriske og somatiske behandling.

Behandlingstilbudet er primært ambulant og består af familierterapi, individualterapi, kostvejledning og vægtkontrol.

Indlæggelse på børnepsykiatrisk afdeling finder sted, når 1) vægtproblemet ikke kan klares ambulant eller ved korterevarende indlæggelse på børneafdelingen, 2) familiedynamikken er gået i hårdknude, og der er brug for en adskillelse mellem barn og forældre.

Indlæggelse på børneafdelingen finder sted, når 1) almentilstanden er truet p.gr.a. vægttab, 2) der er brug for oplæring af patienten og forældrene omkring kostplan, 3) der er brug for øgning af motivationen hos såvel patienten som forældrene, idet en indlæggelse kan være med til at skabe en krise, som giver mulighed for udvikling. Under indlæggelsen på børneafdelingen er målet, at patienten spiser almindelig mad og tager 500 g på om ugen. Behandlingen koordineres af den børnepsykiatriske konsulent, som kommer på afdelingen mindst én gang om ugen, taler med patienten og giver supervision til plejepersonalet, så der sker en løbende bearbejdning af de følelsesmæssige problemer, der altid vil opstå i en større personalegruppe. Der er tale om et team-samarbejde, som indebærer, at der udpeges ansvarlige kontaktpersoner, og at aftaler og planer nedskrives detaljeret.

NORDJYDSKE ERFARINGER MED TVÆRFAGLIG INDSATS OVERFOR
TRUEDE BØRN OG DERES FAMILIER.

J. Christoffersen (børneafdelingen, Aalborg).

Den tværfaglige gruppe til forebyggelse af børnemishandling i Nordjyllands Amt blev etableret i 1978, som den første af sin art her i landet. Andre amter har senere udviklet lign. grupper, som samarbejder på uformelt grundlag.

Den nordjydske model tilstræber samarbejde mellem relevante offentlige instanser. Arbejdsgrupper fungerer efter et aftalt mønster, hvor de vigtigste elementer er konsulentfunktion, undervisning og oplysningsarbejde, overfor såvel fagpersoner som hele befolkningen. Et vejledningsringbind for fagpersoner er udarbejdet og ajourføres løbende i takt med ændringer i lovgivning og nye erfaringer på området.

Erfaringer med samarbejdsmodellen præsenteres.

OM DEN PSYKOSOMATISKE BØRNEAFDELING, DANDERYD SYGHEUS, STOCKHOLM.

G. Dehlholm, Psykiatrisk Børnehospital, Risskov.

På universitetshospitalet Danderyd Sygehus i Sverige er behandlingen af børn med psykosomatiske sygdomme siden 1975 varetaget på et særligt afsnit, der udgør én ud af 4 børneafdelinger. Afdelingen ledes til daglig af en overlæge i pædiatri. Herudover er der også ansat to sideordnede overlæger i børnepsykiatri på halv tid.

Med udgangspunkt i et studieophold på det psykosomatiske afsnit april 1990 beskrives afdelingen og samarbejdet imellem pædiater og børnepsykiater:

Afdelingen er på 10 sengepladser og modtager børn i alderen 0 - 17 år. Henvisningsårsager er, foruden de "almindeligste" psykosomatiske problemer (mavesmerter, hovedpine og encoprese), også svært regulerbar diabetes, anfaldsfænomener, astma, anoreksia nervosa og bulimi. Der indlægges dog kun 1 højst 2 patienter med anoreksi eller bulimi af gangen. Afgørende for indlæggelsen er, at barnets familie - eller skolesituation indebærer, at det er nødvendigt at arbejde med helheden omkring barnet i et medicinsk-psykiatrisk regi.

Indlæggelse er tidsbegrænset: To uger for børn med almindelige psykosomatiske sygdomme, tre uger for børn med anoreksi/bulimi. Børnene er dog (næsten) altid hjemme i week-enden.

Indlæggelsen indbefatter bl.a. somatisk undersøgelse og evt. udredning samt familiesamtaler/terapi med deltagelse af børnepsykiater, pædiater og sygeplejerske fra afdelingen. I visse tilfælde fortsætter familierapien ambulantly efter udskrivelsen, hvor også børnelægen deltager i den første tid.

Patienter med anoreksi kan henvises enten til det psykosomatiske afsnit eller til de børnepsykiatriske afdelinger i området. Der findes ikke nogen fastlagt fordelingsprocedure for disse henvisninger, men ofte er det de anoreksi patienter, som fysisk er mest afkræftede og som har det største vægttab, der havner på det psykosomatiske afsnit, hvor muligheden for medicinsk overvågning forefindes.

I behandlingen af anoreksia nervosa patienter er målsætningen bl.a. at tage så få medicinske risici som muligt uden at havne i magtkamp med patienten. Vægt, motion eller kostindtagelse kontrolleres ikke. Det nære samarbejde imellem pædiater og børnepsykiater bevirker et mere gnidningsfrit forløb, en mere human atmosfære og langt mindre behov for en formynderisk holdning over for barn og forældre. Samtidigt synes det også tydeligt, at man tør gå længere med disse anoreksi patienter. Herudover er indlæggelsestiden kortere og det behandlingsmæssige resultat mindst lige så tilfredsstillende.

Det er mit indtryk, at en integreret somatisk og familierapeutisk behandling af børn med psykosomatiske symptomer har fordele - ikke alene for barnet, men også for dets familie og for samfundet. Disse fordele er bl.a.:

- Familien fornemmer interesse for helheden somatisk såvel som psykisk.
- Pædiaters samtidige tilstedeværelse er en garanti for familien, modstanden mindskes og arbejdet med familien bliver lettere.
- Større mulighed for at finde den rette balance imellem somatisk og psykiatrisk udredning.
- Mulighed for supplerende uddannelse af yngre læger i pædiatrien.
- Kortere indlæggelsestid og færre genindlæggelser.

De ulemper, der kunne forekomme ved denne form for behandling er bl.a.:

- Den er umiddelbart tidskrævende - mange personer om hver familie.
- Det er vanskeligt med skiftende yngre pædiatriske læger begrundet i bl.a. vagter, turnus og kurser.
- Tålmodighed er nødvendig. Forandring kræver tid, og pædiaterne er vant til at se hurtigere resultater!

Interessen for afdelingen og for de arbejdsmetoder, som anvendes på det psykosomatiske afsnit på Danderyd Sygehus har været stor, hvilket de mange nordiske studiebesøg igennem årene vidner om. Der er endnu ingen somatiske børneafdelinger i Danmark, der har taget initiativ til oprettelse af et psykosomatisk afsnit med tilknytning af børnepsykiater. Seksten års erfaring fra Danderyd Sygehus vidner om, at det er værd at forsøge.

**SAMARBEJDET I ÅRHUS AMT MELLEM DE TO BØRNEAFDELINGER
OG PSYKIATRISK BØRNEHOSPITAL I RISSKOV**
v.klin.psyk.B.Lyhne(pæd.afd.Århus KH)og overl.N.J.
Nedergaard(Psykiatrisk Børnehospital,Risskov)

Indtil 1980-erne var samarbejdet hovedsagligt begrænset til børnepsykiatriske tilsyn og spredte ad hoc visitationskonferencer.

I Randers har der på børneafdelingen været stillet lokale til rådighed for en fremskudt amb.børnepsykiatrisk virksomhed.Omkring skole- og pubertetsbørn har der været afholdt månedlige tværfaglige konferencer med gensidig konsultation omkring fællesptt.,viderevisitation til børnehospitalet af særligt behandlingskrævende.

Børnepsykiatrien i Århus startede i beg.af 50-erne i kælderen under børneafdelingen på Århus KH.Efter Børnehospitalets start i Risskov 1958 blev samarbejdet de to afdelinger imellem præget af en vis ambivalent distance grundet forskelle i arbejdsstil og temperemeter.Børneafdelingen fik i løbet af en 80-erne en ret veludbygget klin.psykolog-betjening,hvilket var medvirkende til at profilere og afgrænse samarbejdet med børnepsykiaterne.Krisebehandling i relation til neonatalafsnittet og onkologisk afdelings børn blev således varetaget af psykologerne.Faste procedurer omkring den psykologiske støtte til børn med diabetes og cystisk fibrose blev på samme måde en psykologopgave.I en årrække deltog børnepsykiaterne i en månedlig bredt tværfaglig handicapkonference på børneafd.med deltagelse desuden fra Taleinstituttet, skolepsykologisk kontor og kontakstedet til betjening af børn og unge med vidtgående handicap.Hver 14.dag desuden en af børneafdelingens psykologer struktureret konference omkring børn med særlige psykosociale problemer med mulighed for videre visitering til psykiatrisk børnehospital.

Aktuelt deltager to børnepsykiatriske speciallæger i ugentlige tværfaglige konferencer på henholdsvis afd. for 0-2 årige og afd. for de større børn.Konferencerne af 1 times varighed.Over en 8 mdr.s periode er 10 børn viderevisiteret til børnepsykiatrisk behandling,evt. i et fortsat samarbejde med pædiatrisk afdeling. En arbejdsgruppe,bestående af personale fra såvel børneafdelingen som psykiatrisk børnehospital har siden okt.90 prøvet at skabe en model for en integreret pædiatrisk-børnepsykiatrisk indsats over for anoreksia nervosa-ptt.Der arbejdes ligeledes med en model for et vist samarbejde mellem det psykosomatiske ambulatorium på børneafdelingen og børnehospitalet i Risskov,men det har endnu ikke fundet sin endelige form.

ETABLERING AF BØRNEPSYKIATRISK KONSULENT- OG LIAISONORDNING VED PÆDIATRISK AFDELING I ESBJERG.

J.P. Jakobsen & B. Djernes (Børnepsykiatrisk Ambulatorium, Amtssygehuset, Esbjerg & børneafdelingen, Esbjerg Central-sygehus).

I litteraturen bruges og defineres begreberne konsulent- og liaisonarbejde ofte i flæng. Konsultation kan opfattes som specifik undersøgelse og rådgivning vedrørende en konkret sag og liaison som en mere bred vurdering og rådgivning. Børnepsykiatrisk Ambulatorium i Esbjerg blev etableret for godt 10 år siden, mens den pædiatriske afdeling har bestået i ca. 25 år. I 1987 etableredes liaisonsamarbejde mellem Børnepsykiatrisk Ambulatorium og børneafdelingen. Forud gik et grundigt forarbejde bl.a. med udgangspunkt i beskrevne erfaringer fra Rigshospitalet i Oslo: Vigtige forudsætninger for etablering af samarbejde mellem 2 hospitalsafdelinger er, at der på forhånd aftales klare rammer omkring mål, forventninger og ansvarsplacering gennem forhandling på ledelsesplan. Endvidere er det vigtigt, at disse rammer revideres regelmæssigt. Det er endvidere vigtigt at huske på, at konsulenten er gæst, hvilket betyder, at ansvaret for patientbehandlingen helt og holdent ligger hos værtsafdelingen. Konsulenten skal i sit arbejde tage udgangspunkt i værtsafdelingens faglige ståsted og vurderinger og der udfra arbejde på at skaffe en atmosfære, hvor alle tør sige deres mening, omtale deres uenighed, deres usikkerhed og overvejelser, så personalegruppens forskellighed bliver en ressource. Derigennem øges trivlsen i afdelingen. Samarbejdet er etableret som ugentlige møder på samtlige sengeafsnit, hvor det konkrete samarbejde består i: visitation, diagnostik, tilsyn, rådgivning og supervision, undervisning samt personalemøder og personaletræning. Ordningen kræver tidsmæssige ressourcer i form af møder 1/2 dag pr. uge. Derudover kommer tilsyn og ad hoc undervisningsopgaver. Samarbejdet vurderes gensidigt som tilfredsstillende.

634. møde - 6. september 1991 - Rigshospitalet.

Program

1. **Samarbejdet mellem tandlæger og pædiatere.** Sven Kreiborg
(Tandlægehøjskolen, København)
2. **ORDINÆR GENERALFORSAMLING**

Dagsorden:

1. Valg af dirigent
2. Formandens beretning
3. Beretning fra udvalg og Nordisk pædiatrisk Forening
4. Aflæggelse af det reviderede regnskab
5. Fastsættelse af kontingent
6. Indkomne forslag fra bestyrelse og medlemmer
7. Valg af bestyrelse blandt de ordinære medlemmer
8. Valg af 2 revisorer
9. Valg af udvalgsmedlemmer og repræsentanter for selskabet
10. Eventuelt

Formandsberetning 1990/91

Dansk Pædiatrisk Selskab består nu af 349 medlemmer.

Der er anmodet om optagelse eller udmelding af de, som står anført på vedlagte liste.

Efter generalforsamlingen september 1990 konstituerede bestyrelsen sig med undertegnede som formand, N.C. Christensen som næstformand og Jens Christoffersen som kasserer, Jørn Müller som videnskabelig sekretær, Catherine Rechnitzer som faglig sekretær (YP-repræsentant) og Helle Rotne (DBO-repræsentant).

Der har været afholdt i alt 6 møder i selskabet. De 4 var temamøder, hvoraf de 2 var i samarbejde med henholdsvis Dansk Reumatologisk Selskab og Dansk Børnepsykiatrisk Selskab. Bestyrelsen skal hermed takke mødearrangørerne ved temamøderne. Et møde var debatmøde om uddannelse, specielt med henblik på antallet af undervisningsstillinger, blokstillinger og faststillingsreformen, i henhold til generalforsamlingens ønske i september 1990.

Bestyrelsen fik efterfølgende Sundhedsstyrelsens accept af den ønskede reduktion af undervisningsstillingerne til i alt 6. Disse fordeles til en af hver af afdelingerne på Glostrup, Hvidovre, Odense, RH, Ålborg og Århus. Sundhedsstyrelsen ønskede derimod ikke at man fastlagde blokke for uddannelsen efter undervisningsstillingen. Dette er imidlertid de amtslige videreuddannelsesudvalgs kompetenceområde.

Videreuddannelsesudvalgene har udtrykt tilfredshed med de aftaler, som blev indgået på baggrund af de retningslinier for blokstrukturen, som selskabet enedes om i debatmødet, nemlig: Introduktionsstillinger på landsdels- og/eller "B"-afdeling Undervisningsstilling på landsdelsafdeling, og

1. reservelægestilling i 1 1/2 - til 2 år på "B"-afdeling godkendt til 18 måneders 1. reservelægeuddannelse.

Den resterende 1. reservelægetid/afdelingslægetid, som er nødvendig til paragraf 14 kvalifikation og til eventuel subspecialisering - og som ikke er omfattet af blokuddannelsen - skulle så erhverves på landsdelsafdelingerne ("A"-afdeling).

En anbefaling af, at der reserveredes 1. reservelægestillinger til sidstnævnte formål, var begrundet i, at funktionstiden i afdelingslægestillingerne i pædiatri måtte forventes at blive lang i mange år frem. Bestyrelsen har skrevet til Sundhedsstyrelsen og anmodet om, at enkeltstillingsklassifikationen kom til at omfatte ca. fire 1. reservelægestillinger på hver "A"-afdeling til disse formål. Vi har ikke fået tilbagemelding.

29 ansøgere har af Sundhedsstyrelsen fået dispensation for dele af speciallægeuddannelsen (overgangsordningen). De, der mangler A-tid, vil blive anvist stillinger via videreuddannelsesudvalgene. Opmærksomheden henledes dog på, at disse udvalg kan undlade at skaffe stillinger, hvis dette af den

ene eller den anden grund måtte være hensigtsmæssigt. Der foreligger fra Sundhedsstyrelsen ingen pålæg til videreuddannelsesudvalgene om at skaffe eventuel manglende 1. reserve-lægestilling til de 29. Disse må således søge ledige 1. reserve-lægestillinger på lige fod med alle andre. Alle de 29 skal gennemgå de obligatoriske kurser. Dette i forbindelse med overskuddet af allerede uddannede special-læger er baggrunden for, at bestyrelsen foreslår, at antallet af undervisningsstillinger i 1992/93 uændret bliver 6. Bestyrelsen ønsker generalforsamlingens accept heraf.

De nye bestemmelser vedørende bedømmelse af ansøgere til overlægestillinger trådte i kraft i 1990. I stedet for Sundhedsstyrelsens paragraf 14 råd skal den lægefaglige vurdering nu foretages af et lokalt bedømmelsesudvalg. I stedet for paragraf 14 rådene har Sundhedsstyrelsen nu et kontaktpersonsystem og bestyrelsen skal påpege muligheden for at lade Pædiatrisk Selskabs kontaktperson eller en af dennes suppleanter indgå som medlem i dette bedømmelsesudvalg. I de vejledende retningslinier for vurderingen af ansøgere anbefaler Sundhedsstyrelsen at ialt 4 års 1.reservelægeansættelse ved to afdelinger skal være minimumskvalifikationskrav. Bestyrelsen har fra et enkelt amt været anmodet om at udpege den udefra kommende overlæge. Vi pegede på Jens Kamper som er selskabets kontaktperson.

De nye paragraf 14 regler har nødvendiggjort en ændring i Dansk Pædiatrisk Selskabs vedtægter. Vedtægtsændringen har været fremsendt og diskuteret på mødet i marts 1991. Vedtagelse kræver herefter, at 2/3 af de fremmødte medlemmer på generalforsamlingen stemmer for.

Ved debatmødet i januar var der et udbredt ønske om, at bestyrelsen til indeværende generalforsamling udarbejdede forslag til ny specialistuddannelse i pædiatri, især med henblik på længere uddannelsesvarighed og på kvalitetssikring. Bestyrelsen vil sammen med uddannelsesudvalget anbefale, at uddannelsen kommer til at omfatte i alt 60 måneder udelukkende på pædiatriske afdelinger:

- a) 1-2 års introduktionsstilling (A- og/eller B-afdeling).
- b) 2 års undervisningsstilling på A-afdeling. Et antal dage af ansættelsen (f.eks. 20 dage) skal foregå som surnumerær med undervisningsforløb i laboratorium, klinisk fysiologi, neurofysiologi, røntgen m.v., tilpasset den enkeltes interesser. Mindst 6 måneder af undervisningsstillingen skal være med dagarbejde og vagtfunktion på neonatalafdeling. En væsentlig periode skal være med bagvagtsfunktion, forstået sådan, at det ved vacancer i bagvagten altid er undervisningsstillingens indehaver, som først oprykkes. Vedrørende øvrige indhold og mål henvises til det forslag, som er udsendt.

Evalueringen af den teoretiske viden foreslås gennemført i form af tentamen efter hvert af de obligatoriske kurser med mulighed for reeksamination en gang, og ved utilfredsstillende resultat derefter krav om endnu et kursusforløb. Evalueringen af de kliniske færdigheder foreslås gennemført ved mundtlig og skriftlig evaluering i starten, midtvejs og ved slutningen af forløbet, med det indhold som

fremgår af de fremsendte udkast til evalueringsskemaer.
 c) 2 års 1. reservelægetid på B-afdeling.
 Bestyrelsen ønsker generalforsamlingens accept af, at vi arbejder på gennemførelse af uddannelsesreformen med start fra september 1992.

Debatmødet i januar var selskabets første med den nye mødeform med to mødedage i træk, og hvor 2. dag er reserveret efteruddannelse.

Mødeformen har været en succes bedømt på fremmødet. Mødeformen vil derfor blive fortsat med dobbeltmøder i oktober, januar og marts foruden vårmødet. Vi vil tillige fastholde et én-dagsmøde i december, da der ellers bliver for få muligheder for frie foredrag. I november erstatter efteruddannelseskurset selskabets ordinære møde.

Det sociale arrangement med servering efter fredagsmøderne har efter bestyrelsens opfattelse været mindre succesrige, og desuden vanskelige at organisere. Det havde været bedre, hvis der kunne have været borde og stole, man kunne sidde ved; men der var ingen mulighed på RH. Vi finder, at det som tidligere må være op til medlemmernes eget initiativ, hvis man vil samles til en øl eller en bid mad efter møderne. Vi vil således ophøre med at arrangere spisning, med mindre generalforsamlingen har vægtige argumenter for at fortsætte med det.

Den forrige bestyrelse nedsatte efter henvendelse fra Sundhedsstyrelsen en arbejdsgruppe med henblik på forslag til revision af Indenrigsministeriets cirkulære om vejledende retningslinier for visitation af patienter til lands- og landsdelsygehusene m.v. Arbejdsgruppen, som bestod af P.A. Krasilnikoff (formand), Jens Christoffersen, Niels Clausen og Jens Kamper, supplerede sig i oktober med Birgit Peitersen. Jens Christoffersen blev i februar 1991 erstattet med Poul Østergaard. Betænkningen er i juni 1991 fremsendt til Sundhedsstyrelsen. Bestyrelsen har i et ledsagebrev gjort opmærksom på, at tilstedeværende ekspertise på pædiatriske afdelinger uden for lands- landsdelsafdelingerne vil kunne forefindes, og at betænkningen ikke bør danne grundlag for lægelige eller administrative påbud om ændret visitation. Betænkningen er sendt til alle pædiatriske afdelinger til orientering. KAS Glostrup har herefter ønsket ændringer i betænkningen og har protesteret mod udvalgets sammensætning. Bestyrelsen har efter kontakt til udvalget ikke fundet ændringer påkrævet, men har nævnt, at KAS Glostrup jo selv har den mulighed at meddele Sundhedsstyrelsen deres eventuelle lands- og landsdelsfunktioner.

Folketingets drøftelse af en kommende autorisation af kiropraktorer har været fulgt med betydelig bekymring af bestyrelsen. Vi har derfor rettet skriftlig henvendelse til Sundhedsministeren med indtrængende anmodning om, at der ikke blev givet autorisation til behandling af børn, og hvis dette skete, at det da kun blev efter lægelig henvisning. Sundhedsministeren har efter anmodning også kopieret brevet til sundhedsudvalgets øvrige medlemmer. Henvendelsen har været fulgt op af pressemeddelelse fra Informationsudvalget samt af Krasilnikoff, som har repræsenteret bestyrelsen ved et foretræde for sundhedsudvalget. Bestyrelsen vil, i samarbejde med in-

formationsudvalget, fortsat modarbejde en ubegrænset autorisation samt forsøge at få et forbud mod kiropraktorernes røntgenfotografering af børnene.

Stillingen som Sundhedsstyrelsens sagkyndige rådgiver i pædiatri er desværre ikke blevet genopslået. Bestyrelsen har skrevet til Sundhedsstyrelsen med anmodning om, at den snarest bliver slået op igen.

Som noget nyt har Sundhedsstyrelsen oprettet et referenceudvalg, som skal udarbejde retningslinier for undersøgelses- og behandlingsreferencer for forskellige sygdomme. Medlemmerne er udpeget af Sundhedsstyrelsen tilsyneladende udenom de videnskabelige selskaber. Et af udvalgene vedrører pædiatri og drejer sig om urinvejsinfektion hos børn fra 0-5 år. Bestyrelsen har skrevet til Sundhedsstyrelsen og tilbudt assistance fra sagkyndig side og har tillige kraftigt anbefalet, at eventuelle referenceforslag blev sendt til høring i selskabet før en endelig vedtagelse. Hans Jørgen Andersen og undertegnede var derefter inviteret til møde den 18.04.91 med arbejdsgruppen, som var enig i at benytte sig af den tilbudte ekspertise.

På anmodning fra et medicinalfirma har Sundhedsstyrelsen anerkendt, at en enuresis-brochure ikke var en reklame for Minirin, og dermed godkendt at brochuren anbringes på biblioteker m.v. Bestyrelsen har skrevet til Sundhedsstyrelsen og protesteret, idet vi ikke mener at kunne gå ind for brochurens behandlingsvejledninger.

Sundhedsstyrelsen har i den forløbne tid nedsat et udvalg med arbejdsgrupper, som skulle beskæftige sig med de private sygehuse. Bestyrelsen har anmodet Karen Taudorf om at deltage vedrørende Dianalund. Der er fra anden side kommet anmodning til bestyrelsen om at komme med støtteskrivelse fra Dianalund, men under henvisning til udvalgsarbejdet har vi ikke fundet dette hensigtsmæssigt.

En af arbejdsgrupperne drejede sig om institutionerne for muskeldystrofi-behandling. Der har ikke været pædiatere i dette udvalg. Opmærksomheden henledes på, at betænkningerne er rundsendt til høring i amterne, hvorfra de vil kunne rekvireres med henblik på eventuelle kommentarer.

Karen Taudorf har ligeledes været selskabets repræsentant i udarbejdelsen af Sundhedsstyrelsens rapport om kirurgisk behandling af medikamentel intraktabel epilepsi. Rapportens konklusioner er tidligere udsendt til medlemmerne.

Gorm Greisen og Kim Fleischer Michaelsen har deltaget i udarbejdelsen af en dansk udgave af en engelsk ammevejledning. Sundhedsstyrelsen har tilbudt den til DPS' medlemmer. Vi har taget imod tilbuddet, og den vil blive udsendt til medlemmerne, når den er trykt.

Dansk Selskab for Medfødte Hjertesygdomme fremsendte den 20.11.90 et forslag til endokarditprofylakse. Forslaget er rundsendt til medlemmerne.

Bestyrelsen har efter anmodning fra FASIP fremsat udtalelser om stabsstrukturforslag fra Frederiksborg Amt, Nordjyllands Amt, Ribe Amt, Roskilde Amt, Vejle Amt, Vestsjællands Amt og Viborg Amt. Der er gjort indsigelse i de tilfælde, hvor staben er reduceret med mere end een reserveløge, samt hvis antallet af stillinger på 1. reserveløgeniveau eller derover er reduceret. Der er taget forbehold over for 2 amter, hvor de pædiatriske afdelinger har oplyst, at forhandlingerne ikke var afsluttet. I et enkelt amt er der efter anmodning fra den pædiatriske afdeling fremsendt en beskrivelse af den blokstruktur og stabsstruktur, som blev resultatet af mødet i januar.

I Nordjyllands Amt er man i gang med en analyse af strukturen blandt andet for pædiatrien. Efter anmodning fra amtet har bestyrelsen bedt Niels Christian Christensen om at deltage i udredningen.

Norsk Pædiatrisk Selskab har nedsat en arbejdsgruppe med henblik på behovet for ungdomspædiatri. Da bestyrelsen har fundet at behovet bør afklares også i Danmark, er der nedsat et udvalg bestående af Ole Andersen, Niels Hobolth, Bendt Brock Jacobsen, Jørn Müller og Marianne Rix.

Fra Norsk Pædiatrisk Selskab er der endvidere blevet fremsendt en norsk genoplivningsplakat med forespørgsel, om der er fundet behov for at gøre plakaten fællesnordisk. Tanken var, at man med en sådan plakat på sengeafdelinger, intensivafdelinger og fødesteder skulle have en nem og ensartet vejledning til valg af fremgangsmåder i tilfælde, hvor der er behov for genoplivning. Birgitte og Mogens Djernæs har haft udkastet til udtalelse. Der er påpeget en række forskelle i medikamenter m.v., som gør det tvivlsomt, om en fællesnordisk plakat vil være praktisk anvendelig. Det er bestyrelsens opfattelse, at sådanne vejledninger findes på de enkelte afdelinger, og at fordelene ved at gøre dem ens ikke vil stå i rimeligt forhold til arbejdets omfang.

Professor Torben Iversens rejsefond har uddelt 3 portioner à 5.000 kr. Vi udbød desuden portioner à 500 kr. til rejsestøtte til mødet i DPS i marts måned. Der var kun 2 ansøgere, som hver fik en portion. Bestyrelsen har, for de store portioner, lagt følgende kriterier til grund, hvis antallet af ansøgere gjorde det nødvendigt at prioritere:

1. Foredrag antaget.
2. Foredrag eller posters tilmeldt.
3. Ansat i Danmark (hertil regnes dog også personer med midlertidig forsker- eller studieophold i udlandet).

Fra Agnete Parving har vi modtaget opfordring til at påpege risikoen for at overse hørehandicap hos retarderede børn med henvisning til en artikel i Ugeskrift for Læger.

Fra Flemming Skovby har vi modtaget brev om lipidgruppens organisatoriske forhold, idet flere selskaber havde ønsket lipidgruppens tilknytning. Bestyrelsen har støttet, at Medicinsk Selskab er det mest logiske tilhørssted.

Skolelægeforeningen har skrevet til en række pædiatriske afdelinger og bedt om hjælp til efteruddannelse/uddannelse af skolelæger. Bestyrelsen har bedt om en uddybning af ønskerne med henblik på en nærmere drøftelse, dels af behovet for efteruddannelse dels med henblik på et fremstød for at få pædiatri som en væsentlig og integreret del af skolelægernes uddannelse.

Nordisk Pædiatrisk Forenings forslag om ændring til føderation bliver diskuteret ved generalforsamlingen i tilslutning til Nordisk Pædiatrisk Kongres i august 91. Bestyrelsen har støttet forslaget og har tillige fundet, at formændene for de nationale pædiatriske selskaber burde være fødte medlemmer af føderationens styrelse med henblik på at styrke denne. Bestyrelsen har anmodet Troels Lyngbye, Jørn Müller og Henrik Sardemann om at indgå i den gruppe, som i Nordisk Pædiatrisk Forenings regi skal arbejde med forureningsproblemer i Østersøområdet.

UNEPSA har drøftet mulighederne for europæisk central registrering af sjældne sygdomme. Bestyrelsen har betænkeligheder på grund af registerproblemerne. Vi har bedt N. J. Brandt om at deltage i drøftelserne.

UNEPSA har i oktober 91 inviteret til en workshop om spædbarnsmortaliteten i Europa. Jens Hertel og Finn B. Kristensen foretager dataindsamlingen og deltager sammen med undertegnede i mødet.

Inden for CESP arbejdes der med uddannelsen og med subspecialiseringsprogrammer. Det er tanken, at der skal opnås harmonisering inden for EF. Bestyrelsen er sammen med uddannelsesudvalget i gang med at lave et oplæg til sådanne programmer, som vil blive forelagt medlemmerne, når de er klar.

Et udvalg under DPS, Dansk Neuropædiatrisk Selskab og Dansk Neurologisk Selskab har fremsendt et forslag til subspecialisering i børneneurologi. Det er udsendt til medlemmerne. Udvalget beder om realitetsbehandling ved generalforsamlingen. Forslaget er i overensstemmelse med de forudsætninger og tanker, som danner grundlaget for det arbejde, bestyrelsen og uddannelsesudvalget er i gang med. Vi finder derfor, at drøftelsen af neuropædiatrien bør udskydes til de ovennævnte oplæg til programmer foreligger.

Den 19.07.91

E. Nathan

BERETNING FRA DANSK PÆDIATRISK SELSKABS KONTAKTPERSON(ER)
TIL SUNDHEDSSTYRELSEN VEDRØRENDE §-14 VURDERINGER

Ved lov nr. 278 af 2. maj 1990 afløstes de hidtidige §-14 råd af en kontaktperson (med suppleanter) mellem Sundhedsstyrelsen og de videnskabelige selskaber. Der skete en skærpelse af §-14 kravene, idet der nu foruden speciallægeanerkendelse fordres 1. reservelægetid i mindst 4 år ved ansættelse på mindst 2 afdelinger og dermed i 2 forskellige "miljøer". Mindst 1 år af 1. reservelægetiden eller afdelingslægetiden bør være tilbragt i en stilling på et sygehus af mindst samme specialiseringsgrad og med mindst samme opgaveniveau, som på det sygehus, hvor stillingen søges.

Den faglige vurdering af ansøgerne er overgået fra det hidtidige §-14 råd til lokalt nedsatte, faglige bedømmelsesudvalg, som inddeler ansøgerne i kvalificerede og ikke-kvalificerede. Den ændrede procedure bygger således på en forudsætning om, at Sundhedsstyrelsen (og dennes kontaktpersoner) alene kontrollerer, at den (de) indstillede personer i alle tilfælde er kvalificerede til at bestride den konkrete stilling.

I det forløbne år, er der foretaget vurderinger i forbindelse med 3 vagtbærende overlægestillinger i Esbjerg, et overlægevikariat i Århus og en stilling som sideordnet overlæge i Nykøbing F. I sidstnævnte tilfælde var undertegnede medlem af det faglige bedømmelsesudvalg, hvilket også er tilfældet i et nynedsat bedømmelsesudvalg vedrørende en sideordnet overlægestilling i Holbæk.

Det er mit indtryk, at den nye procedure har medført en rationalisering og virker efter hensigten.

Jens Kamper, kontaktperson
Timo Klinge
Minna Yssing
Suppleanter

BERETNING FRA SUNDHEDSSTYRELSENS TILFORORDNEDE I PÆDIATRI

De tilforordnede har sammen med Knud Petersen fra uddannelsesudvalget vurderet ansøgningerne om dispensation i forbindelse med overgangsordningen. Der var 53 ansøgninger i pædiatri, hvoraf de 29 fik dispensation. 20 fik dispensation for undervisningsstilling, da de havde været på en A-afdeling. 9 fik ligeledes dispensation for undervisningsstilling under forudsættelse af ansættelse på en A-afdeling i 12 måneder. Alle der fik dispensation mangler 18 måneders 1. reservelægetid efter det teoretiske kursus.

Der er desuden vurderet en række ansøgninger om speciallægeanerkendelse og som tidligere synes reglerne at være velkendte, hvorfor ansøgerne almindeligvis har opfyldt kravene.

Else Andersen
N.C. Christensen

BERETNING FRA UDDANNELSESUDVALGET

Kursus 1990/91: Det korrigerede og "rationaliserede" program er gennemført med neuropædiatri (i kombination med efteruddannelse), neonatologi, gastroenterologi/ernæring og tværfaglige kurser.

Undervisningsstillinger 91/92: Blandt 21 ansøgere (90/91: 33) blev 3 kendt ukvalificerede, 12 kvalificerede og 6 velkvalificerede - og disse blev ansat i undervisningsstillinger (som nu er 6 - se i øvrigt nedenfor).

Efteruddannelse: Udover kursus i neuropædiatri er der annonceret et kursus i pædiatriske infektionssygdomme. I forbindelse med den nye mødestruktur i selskabet har udvalget arrangeret efteruddannelsesmøder på lørdag formiddage - foreløbig leversygdomme og rheumatologi. Udvalget har kontakt med lægeforeningen (møder og enquete om efteruddannelse SUK).

Videreuddannelsesreformen.

Videreuddannelsesreformen er trådt officielt i kraft pr. 1.1.91. Målbeskrivelser på alle specialer foreligger nu. Den pædiatriske målbeskrivelse er trykt i årbogen 89/90.

Uddannelsesprogrammer er indsendt fra de fleste afdelinger til videreuddannelsesudvalgene i amterne og til selskabets uddannelsesudvalg, som har gennemgået dem. De bygger på selskabets målbeskrivelse og rekommendationer fra Sundhedsstyrelsen og ligner derfor hinanden. Det er udvalgets indtryk, at flere af dem må betegnes som "hensigtserklæringer". Enkeltstillingsklassifikationen drøftes stadig og er ikke helt på plads.

Evaluering: Der foreligger en publikation for Hans Karle og Jørgen Nystrup om specialisteksamen i Norden og et debatoplæg fra specialistnævnet om evaluering. Selskabet var repræsenteret ved et møde på Christiansborg den 30.01.91. Der indledes nu forsøgsordninger med både den kliniske evaluering (evalueringssamtaler, checklister m.v.) og tentamen efter de enkelte teoretiske kurser. Indenfor selskabet er videreuddannelsesreformen drøftet ved den ordinære generalforsamling 14.09.90 og ved debatmøde den 4.1.91. Ved dette møde blev afdelingernes stabsstruktur drøftet ud fra tal fra YP og DBO, og der blev fremsat en model for strukturen på afdelingerne år 2000.

Forslaget om 6 undervisningsstillinger, som kom fra Sundhedsstyrelsen i november 1990, blev accepteret for 1991/92. Bestyrelsen foreslog blokansættelser med 1 års undervisningsstilling på A-afdeling kombineret med 1½ års 1. reservelægestilling på B-afdeling. Forsamlingen pålagde bestyrelsen at udarbejde forslag til 2 års ansættelse i begge stillinger.

Blokansættelser var påtænkt for undervisningsstillingerne 91/92, og der foreligger en færdig fordelingsplan aftalt i de 3 regioner med principiel tilslutning til blokstillingerne fra FAYL. På mødet den 30.1.91 lagde formanden for specialistnævnet en dæmper på udviklingen.

Overgangsordning: Blandt ca. 60 ansøgere i pædiatri fik 29 dispensation - på den måde at de skal have kurser og 1. reservelægeansættelse - 9 af de 29 skal yderligere have A-ansættelse. Deres kandidatalder strækker sig fra 1973 til 84. Meddelelse om dispensationerne blev givet i februar 1991 og på kursusledermøde

16.4.91 blev det bekendtgjort, at kurserne for "dispensanterne" kunne afvikles over 3 år - til sommeren 1994. Undertegnede kursusleder har nu lavet en plan for de næste års kurser - for dispensanter og ordinære kursister. Der bliver tale om dublering - således at kurserne gennemføres hvert år efter et fast skema, og der bliver også tale om en øget "klassekvotient" (max. 20). 1-års kurser vil omfatte klinisk genetik, vækst og udvikling/pædiatrisk endokrinologi, nephrourologi, neuropædiatri, neonatologi, gastroenterologi/ernæring, børnepsykiatri, udviklingspsykologi og socialpædiatri (2 dele), pædiatriske hjertesygdomme/lungesygdomme, og der vil være deltagelse i de tværfaglige kurser i hæmatologi, immunologi, mikrobiologi og farmakologi (+ SOSA). - Sundhedsstyrelsens kursusoversigt for 1992 vil være forsinket. Med hensyn til stillingsansættelser skal dispensanterne henvende sig til videreuddannelsesudvalgene i amterne, ansættelser på A-afdeling skal ske uden opslag, mens 1. reservelægestillinger skal ske efter opslag i "fri konkurrence". Mindst 6 måneder af den krævede 1. reservelægeansættelse skal finde sted efter gennemgangen af hovedparten af det teoretiske uddannelsesprogram. Sundhedsstyrelsen har fundet det nødvendigt at ophøre med refusion af transportudgifter for uddannelsessøgende læger, som deltager i kurser.

Knud E. Petersen

Uddannelsesudvalgets bemærkninger til den fremtidige pædiatriske speciallægeuddannelse

Der er et klart flertal i uddannelsesudvalget for bestyrelsens forslag, men på grund af sommerferier har udvalget ikke samlet kunnet drøfte forslaget og heller ikke kunnet udarbejde det af bestyrelsen ønskede.

Det fremhæves fortsat stærkt, at indholdet i undervisningsstillingen (jvf. den pædiatriske målbeskrivelse) er ligeså vigtig som længden af ansættelsen.

Udvalget har ikke nået at udarbejde standarduddannelsesprogram for undervisningsstilling og 1. reservelægestilling.

Udover det, der fremgår af målbeskrivelsen, er det foreslået, at man for undervisningsstillingens vedkommende supplerer med:

1. "Stuelæge"funktion på neonatologisk afsnit i en periode.
2. Bagvagtsfunktion i en periode.
3. En vis tid (f.eks. 20 arbejdsdage) til surnummerær tjeneste på forskellige laboratorier.

Klinisk evaluering: Det drøftes, om kursisten skal vurderes på viden, patientkontakt, forældrekontakt, personaleomgang. Det drøftes, om man skal lave skemaer for kursistens vurdering af evalueringssamtalerne, den teoretiske undervisning, supervision og deltagelse i stuegang, ambulatoriearbejde og vagtarbejde. Det er foreslået, at skemaer sendes til uddannelsesudvalget.

Evaluering af den teoretiske uddannelse: Der planlægges tentamen efter hvert kursus og mulighed for at gå om, hvis tentamen ikke bestås. Der henvises i øvrigt til vedlagte notat.

Knud E. Petersen

NOTAT VEDR. EVALUERING (TENTAMEN) I DEN TEORETISKE SPECIALLÆGE-
UDDANNELSE MED UDGANGSPUNKT I SPEIALISTNÆVNETS DEBATOPLÆG OM
EVALUERINGSMETODER I DEN LÆGELIGE VIDEREUDDANNELSE (NOV. 1990).

Hidtil har man evalueret de pædiatriske kurser ved hjælp af skemaer, der udfyldes af kursisterne, og hvor kursisterne vurderer undervisernes kursusmateriale, niveau, indhold, udbytte og pædagogisk indsats. Der anvendes dels talværdier fra 1-3 og konkrete verbale ytringer.

Delkursuslederne er orienterede om de samlede resultater, ligesom hovedkursuslederen og uddannelsesudvalget har vurderet skemaerne. Konsekvenserne har været ændringer i de teoretiske programmer, og udskiftning af lærere eller evt. delkursusledere.

I øvrigt har der ved enkelte kurser været anvendt opgaveløsninger i grupper og præ- og posttest (multiple choice).

Specialistnævnet har nu foreslået kursuslederne i de kommende par år at eksperimentere yderligere med tentamen.

De nærmere detaljer er gennemgået i Jørgen Nystrup og Hans Karles publikation "Specialistexamen i Norden? (September 1990).

Metodemæssigt er det praktisk gennemførlige og realistiske multiple choice kortvarsspørgsmål og evt. essaysvar.

Man kan dog også tænke sig direkte opgaver, "spottest" eller fremlæggelse af sygehistorier ved kursisterne.

Formålet med evaluering af kurserne er, at det kan være et studieincitament (forberedelse og aktiv medvirken) og som ovenfor anført kontrol af kursernes indhold og form.

Konsekvenser for de uddannelsessøgende: Der bør næppe være voldsomme sanktioner, så længe det drejer sig om en forsøgsperiode, og planen for tentamen, herunder indhold, form og kriterier, ikke er godkendt af specialistnævnet/Sundhedsstyrelsen. Men der bliver naturligvis tale om godkendelse eller ikke godkendelse af deltagelse i det pågældende kursus evt. ny tentamen, evt. ny gennemgang af kurset, evt. et andet kursus i stedet.

Knud E. Petersen

BERETNING FRA AIDS-UDVALGET

Udvalget har fortsat fulgt udviklingen vedrørende HIV-positivitet hos børn i Danmark og har foretaget en undersøgelse af, hvor mange HIV-positive børn, man indtil nu har kendskab til. Det drejer sig om 26 børn, der er født HIV-positive og 16 børn med hæmofili, der før 15 års alderen har fået konstateret HIV-antistof.

Efter tilladelse fra Sundhedsstyrelsen, Etisk Komite og de involverede forældre, er karakteristika og forløb for patientgruppen samlet og vil blive præsenteret ved den 23. Nordiske Pædiatriske Kongres i København i august 1991, samt efterfølgende publiceret i Ugeskrift for Læger.

F. Karup Pedersen

BERETNING FRA ALLERGOLOGIUDVALGET

Udvalget har i en fælles skrivelse med Ernæringsudvalget besvaret en forespørgsel fra Sundhedsstyrelsen, om man generelt bør anbefale hypoallergen modermælkserstatning til nyfødte på barselsangene, der henvises til beretning fra Ernæringsudvalget.

Desuden har de to udvalg drøftet anvendelsen af produktet NAN-HA som modermælkserstatning til børn med erkendt komælksallergi. Der er enighed i de to udvalg om, at udvalgene ikke kan anbefale brugen af NAN-HA i behandlingen af erkendt komælksallergi. Sundhedsstyrelsen har nu anmodet allergiudvalget om en vurdering af, hvorvidt produktet, med baggrund i dens sammensætning, må anses for at have den fornødne hypoallergene egenskab til anvendelse som modermælkserstatning til børn med risiko for udvikling af komælksallergi. Dette spørgsmål bliver besvaret snarest muligt.

Endvidere har Allergologiudvalget diskuteret Pharmacias meddelelse, juli 1991, vedrørende ophør med Phazet-produktionen. Allergologiudvalget har beklaget denne beslutning og har benyttet lejligheden til at opfordre Pharmacia til at overveje at revurdere beslutningen, idet vi mener, at firmaet har pådraget sig væsentligt ansvar og forpligtelse til at fortsætte produktionen, efter at de fleste af landets børneafdelinger gennem en længere periode har omstillet deres arbejdsgang til denne nye rutine.

Ole Østerballe

BERETNING FRA DIAGNOSEUDVALGET

Udvalget har 4 medlemmer: Henrik Sardemann, Jens Hertel, Finn Becker-Christensen og undertegnede (formand).

Den pædiatriske diagnoseliste er nu i færdigredigeret form fremsendt juli 1991 til landets børneafdelinger. Listen har været rundsendt til de danske pædiatriske afdelinger og den modtagne kritik har i videst mulige omfang været søgt imødekommet i den nu foreliggende revision. Listen omfatter ca. 1600 diagnoser, men knapt så mange 5-cifrede numre, idet en del identiske eller næsten identiske sygdomsenheder kan have forskellige navne, men samme kodenummer.

Den nye liste er fortsat ikke uden problemer, idet en del veldefinerede pædiatriske sygdomsenheder fortsat, specielt inden for neonatologien, har samme kodenummer. Sundhedsstyrelsen har afslået vort ønske om at tage en række nye 5-cifrede koder i brug.

Finn Ursin Knudsen

BERETNING FRA ERNÆRINGSUDVALGET

Med sin afgang pr. 1.3.90 har udvalgets hidtidige formand professor Bent Friis-Hansen ikke ønsket at fortsætte på denne post længere, men heldigvis for udvalgets arbejde gerne som såkaldt menigt medlem. Undertegnede er herefter valgt som formand for udvalget, som yderligere fra juni 1991 har suppleret sig med Kim Fleischer Michaelsen.

Ernæringsudvalget har sammen med allergologiudvalget besvaret Sundhedsstyrelsen's forespørgsel vedr. brugen af modernælkserstatninger, der ikke fremkalder allergi (hypoallergene modernælkserstatninger) til nyfødte på barselsgange samt vedr. brugen af modernælkserstatninger i det hele taget til nyfødte børn.

Udvalget har i denne sammenhæng henvist til de vejledende retningslinier vedr. forebyggelse af allergi, således som disse er offentliggjort i Ugeskrift for Læger 15.10.90 (Ugeskr.f.Læger 1990; 1952:3089).

Udvalget anbefaler generelt, at alle nyfødte får hypoallergen modernælkserstatning på barselsgange i de relativt få situationer, hvor tilskud efter disse regler bliver nødvendigt. Det er vigtigt, at kun de børn, der tilhører højrisikogruppen, skal fortsætte med en hypoallergen modernælkserstatning efter udskrivelsen fra barselsgangen, hvis amning ikke kan gennemføres. Tilskud frarådes generelt, før amningen er etableret. Kun hvis barnet virker uroligt eller tørstigt, gives primært lidt kogt vand efter amning. Hvis barnet er meget sultent efter, at det har diæt og kogt vand er forsøgt, kan der gives lige dele kogt vand og hypoallergen modernælkserstatning. Visse tilstande hos det nyfødte barn kan begrunde, at der gives tilskud af ufortyndet modernælkserstatning i de første levedøgn: Børn med lav fødselsvægt, light for date og dysmature børn, børn med risiko for lavt blodsukker

og børn med konstateret lavt blodsukker. Ernæringsudvalget anbefaler, at landets fødesteder i samarbejde med de regionale børneafdelinger udarbejder retningslinier, der fremmer brysternæring til det nyfødte barn på barselsgangen og anfører de begrænsede medicinske indikationer, der er for at give tilskud til amning.

Diskussionen vedr. forebyggelse af allergi fortsætter løbende i udvalget, og udvalget har i den forbindelse besvaret skrivelse fra astma/allergiforbundet vedr. annoncering for et bestemt hypoallergent modernælkspræparat i fagpressen.

I det kommende arbejdsår vil rekommandationer for behandling af børn med akut gastroenterit samt rekommandationer vedr. tilskud af vitaminer og jern til alle præmature samt calciumbehovet hos spædbørn blive diskuteret.

P.A. Krasilnikoff

BERETNING FRA UDVALGET FOR PÆDIATRISK HÆMATOLOGI OG ONKOLOGI

Udvalget har i det forløbne år holdt møde den 13.12.1990 i Odense og den 24.9.1990, 1.3.1991 og 17.6.1991 på Rigshospitalet.

I efteråret 1991 aktiveres nye fælles nordiske behandlingsprotokoller for børn med akut lymfoblastær leukæmi. For første gang i NOPHO's 10-årige historie er der indbygget en randomisering i behandlingsprotokollen, som i øvrigt styres fra Danmark. Det nordiske samarbejde er yderligere fasttømret både for så vidt angår fælles registreringsopgaver som forskning og behandling. Interessen i disse år samler sig om de gode prognostiske resultater samt om de såkaldte "late effects" og de nordiske lande er gået sammen om en større undersøgelse af forekomsten af sekundær malign sygdom hos personer, der har haft kræft som børn. En række epidemiologiske data og behandlingsresultater vil blive fremlagt ved DPS's møde i oktober om hæmatologi/onkologi.

I 1991 er den danske multicenter undersøgelse vedr. ITP aktiveret. Endvidere er autotransplantation på børn indført på Århus Kommunehospitals børneafdeling i 1990, og nu også på Rigshospitalets børneafdeling.

NOPHO's årlige videnskabelige møde afholdtes i april 1991 i Århus med betydelig tilslutning fra samtlige nordiske lande og med flere udenlandske gæsteforelæsere. Det næste årsmøde i NOPHO afholdes primo juni 1992 i Tromsø.

Udvalget skal indstille til generalforsamlingen, at Ole Henrik Nielsen indtræder i Dansk Pædiatrisk Selskab's udvalg for hæmatologi og onkologi i stedet for Knud Mauritzen, som er fratrådt sin stilling og at Erik Østergaard indtræder i stedet for Jens Christoffersen, som ligeledes er ophørt som overlæge.

Henrik Hertz

BERETNING FRA INFORMATIONSUDVALGET

Udvalget har i det forløbne år haft adskillige møder og været i kontakt skriftligt og telefonisk flere gange.

En række sager har vi arbejdet meget med, og nogle har været publiceret i pressen på forskellig vis.

Således har Ole Andersen haft et indlæg om vold i dagpleje, som kom i dagspressen bl.a. Politiken, og Niels Chr. Christensen har påtaget sig at dække konsensus-rapporten fra mødet om de meget for tidligt fødte børn, og her kommet med et indlæg, som også har været publiceret flere gange, og blevet omtalt meget i pressen, da det kom frem.

En sag som i allerhøjeste grad har optaget udvalget har været hele spørgsmålet om autorisation af kiropraktorbehandlingen af børn med sygdomme uden for bevægeapparatet, specielt behandlingen af kolik-børnene. Den har medført en række skrivelser, og har medført publikation dels i dagspressen dels i Ugeskrift for Læger.

Omkring nytår 1990/91 indvalgte yngre pædiatere Gunvor Fuglsang som medlem af udvalget, der har følgende sammensætning på nuværende tidspunkt:

- formand: professor, overlæge dr.med. J.C. Melchior
- overlæge, dr.med. Erik Thamdrup
- overlæge, dr.med. Ole Andersen
- fung. overlæge Karin Brostrøm
- afdelingslæge, dr.med. Karsten Hjelt
- fung. overlæge G. Fuglsang

I øjeblikket er der et indlæg om behandling af enuresis nocturna på vej til Ugeskrift for Læger, og der er også overvejelser om, i løbet af efteråret, at komme med en publikation til presse og offentlighed vedrørende RS-infektioner hos børn.

Udvalget er fortsat interesseret i kontakten med medlemmerne og med anmodninger fra dem, om at tage et eller andet emne op. Det har desværre skortet, også i det forløbne år, på denne specielle kontaktform.

J.C. Melchior

BERETNING FRA NEONATOLOGIUDVALGET

Udvalget har holdt møde d. 19.10.90 i Odense og d. 23.05.91 på Rigshospitalet. Endvidere var udvalget repræsenteret ved konferenceskonferencen om ekstremt lavvægtige nyfødte børn i december 1990 samt i projektgruppen vedrørende afprøvning af Curosurf, som forestås af Henrik Verder, Holbæk. Udvalget har især diskuteret "grænser for liv" og er enig om at tage afstand fra direktiver eller lovforslag, der sætter grænser for liv og dermed behandling jvf. tidligere responsum til Etisk Råd. Udvalget arbejder med planer om regionale, evt. landsdækkende registreringer af alle nyfødte børn inkl. aborter og dødfødsler med gestationsalder på og over 20 uger. Endvidere planlægges en om muligt landsomfattende efterundersøgelse til 5, evt. 10-års alderen af børn med ekstremt lav gestationsalder og/eller fødselsvægt. Endelig har udvalget diskuteret sikkerheden af peroral K-vitaminindgift til nyfødte, idet der fra Sverige er meddelt 13 tilfælde af sent indsettende hjerneblødning (efter 4-10 uger) hos særlige risikobørn. Sundhedsstyrelsen vil fremkomme med rekommandationer og eventuelle ændringer i nugældende fremgangsmåde.

Jens Kamper

DANSK PÆDIATRISK SELSKABS SCREENINGSUDVALG

Udvalget har holdt 6 møder med det formål at forsøge at katalogisere sygdomme i fire grupper:

- 1) Sygdomme, for hvilke der bør foretages neonatal screening.
- 2) Sygdomme, hvor værdien af neonatal screening er uafklaret.
- 3) Sygdomme, hvor neonatal screening ikke kan anbefales.
- 4) Sygdomme, der bør screenes for i særlige populationer.

Oplagte kandidater for screening er, efter udvalgets opfattelse, fortsat kun de to, der allerede screenes for her i landet, nemlig fenylketonuri og kongenit hypothyreose.

Sygdomme i gruppe 2, for hvilke der anbefales udført pilotscreeningsprojekter, omfatter:

- Hereditær hyperkolesterolemie, cystisk fibrose, Duchennes muskeldystrofi, toksoplasmose og adrenogenitalt syndrom
- Gruppe 3, altså sygdomme, som udvalget ikke anbefaler screening for, udgøres af følgende sygdomme:

- Maple syrup urine disease, galaktosæmi, homocystinuri, alfa-1-antitrypsin defekt.

Screening i udvalgte grupper anbefales for følgende sygdomme:

- Hæmoglobinopati og glukose-6-fosfatdehydrogenase defekt (indvandrere fra Asien, Afrika og Middelhavsområdet), AIDS (screening af gravide).

Udvalgets beskrivelse af de enkelte sygdomme og argumenterne for og imod screening samt udvalgets konklusioner fremgår af kartotekskort, som påtænkes udsendt til medlemmerne af DPS.

N.J. Brandt

BERETNING FRA U-LANDSUDVALGET

Udvalget har i samarbejde med Børnehospital nr. 1 i Ho Chi Minh City, Vietnam, og Dansk-Vietnamesisk Forening udarbejdet et forslag til et samarbejdsprojekt om undervisning og forskning vedrørende akutte luftvejsinfektioner hos børn i Sydvietnam. Projektet omfatter en undersøgelse af ætiologien til pneumoni hos sydvietnamesiske børn samt resistensforholdene hos de isolerede bakteriestammer, en undersøgelse af effekten af vitamin A ved behandlingen af pneumoni i Sydvietnam, en pilotmodel for et regionalt træningscenter for luftvejsinfektioner på provinsniveau i Sydvietnam, samt en pilotmodel for integration af behandling af luftvejsinfektion i det øvrige primære sundhedsprogram på distriktsniveau i Sydvietnam.

DANIDA har i efteråret 1990 bevilget 1.625 millioner kr. til det 3-årige projekt. Bevillinger er givet til Dansk-Vietnamesisk forening, men administreres på kontraktbasis af Rigshospitalets børneafdeling.

Det faglige ansvar for projektet varetages af en styringsgruppe bestående af 2 læger fra Dansk-Vietnamesisk forening og 2 læger fra Dansk Pædiatrisk Selskabs uddannelsesudvalg (overlæge Else Andersen og overlæge F. Karup Pedersen).

Projektaftalen med børnehospitalet blev indgået i december 1990. I forbindelse med igangsættelsen af arbejdet var 2 vietnamesiske børnelæger og 1 vietnamesisk mikrobiolog i foråret 1991 på et 2 måneders studieophold ved henholdsvis Rigshospitalet, Frederiksborg Amts sygehus og Statens Seruminstitut. Arbejdet i Sydvietnam er igangsat i forbindelse med udsendelse af 3 danske læger i juni/juli 1991 til børnehospitalet i Sydvietnam, 1 pædiater (overlæge Carl Grytter), 1 mikrobiolog (læge Jørgen Prag) og 1 øre-næse-halslæge (overlæge Viggo Balle). Det videre samarbejde omfatter fortsat årlig udsendelse til det sydvietnamesiske børnehospital af 2 danske læger.

Et af U-landsudvalgets medlemmer (læge Poul Erik Kofoed) har i foråret 1991 for midler stillet til rådighed af Københavns Universitet, foretaget en rejse til Ghana med det formål at give en pædiatrisk vurdering af eksisterende planer om et samarbejdsprojekt i Accra, Ghana og Københavns Universitet omkring luftvejsinfektioner hos børn. Hans rapport er indgået i det videre planlægningsarbejde samt i behandlingen af universitetets ansøgning til DANIDA om støtte til projektet.

F. Karup Pedersen

BERETNING FRA VACCINATIONSUDVALGET

Vaccinationsudvalget har i det forløbne år diskuteret tilslutning til MFR-vaccination og muligheder for at øge denne, samt haft et forberedende møde om holdningen til vaccination mod *Hæmophilus* type B infektioner. En beslutning vedrørende dette spørgsmål vil blive taget i udvalget i efteråret 1991.

De pædiatriske medlemmer af udvalget har desuden deltaget i flere møder på Statens Serum-instituts epidemiologiske afdeling, hvor enkeltpersonsager indsendt til udvalget har været behandlere.

Endelig har de pædiatriske medlemmer af udvalget organiseret DPS's møde om vaccinationsproblemer.

C. Koch
F. Karup Pedersen

BERETNING FRA LIPIDGRUPPEN

Aktiviteten på gruppens fem møder i 1990 har drejet sig om udarbejdelse af behandlingsvejledning for voksne lipidpatienter og en drøftelse af den vejledning til praktiserende læger om forebyggelse af hjertekarsygdomme, som siden er udsendt af Sundhedsstyrelsen, PLO/DSAM og Hjerteforeningen. En rapport om hyperlipidæmi hos børn vil blive færdig i løbet af efteråret, og der er nedsat et underudvalg til vurdering af behovet for kosttilskud til børn med hyperlipidæmi.

Lipidgruppens organisatoriske tilhørsforhold er ændret, og gruppen vil fremover blive associeret Dansk Medicinsk Selskab.

Flemming Skovby

Referat af generalforsamling i Dansk Pædiatrisk Selskab Fredag 6. september 1991

1. Valg af dirigent

Henrik Hertz blev valgt og kunne konstatere at generalforsamlingen var rettidigt indkaldt.

2. Formandens mundtlige beretning

Erling Nathan forelagde og kommenterede den udsendte beretnings hovedpunkter. Selskabets medlemsantal er nu steget til 355.

Sundhedsstyrelsen har godkendt DPS's ønske om en nedsættelse af undervisningsstillingerne antal til 6 for 1991-92. Sundhedsstyrelsen har ikke udvist interesse for oprettelse af blokansættelser i speciallægeuddannelsen. Imidlertid har DPS aftalt sådanne blokansættelser, hvilket flere videreuddannelses udvalg har udtrykt tilfredshed med. Bestyrelsen har bedt Sundhedsstyrelsen om, at der bliver reserveret fire 1. reservelægestillinger på hver landsdelsafdeling til supplerende uddannelse m.h.p. kvalifikation til ansættelse som overlæge og subspecialisering. Ønsket er særligt begrundet med, at der vil være en begrænset udskiftning i afdelingslægestillingerne i de kommende år. Behovet for 1. reservelægestillinger reserverede til uddannelse i subspecialer vil formentlig vise sig at være endnu større.

29 læger har modtaget dispensation for dele af speciallæge uddannelsen. Mens manglende "A"-stillinger vil blive anvist af de respektive videreuddannelses udvalg, skal 1. reservelægestillinger søges på lige fod med andre ansøgere.

Antallet af undervisningsstillinger foreslås holdt uændret på 6 i 1992-93 og med samme fordeling som i 1991-92. Dette begrundes med det store antal "dispensanter", der skal færdiguddannes de kommende år og med aldersfordelingen for færdiguddannede specialister.

Bestyrelsen og uddannelsesudvalget har udarbejdet et forslag til ændringer af uddannelsen som speciallæge i pædiatri. Uddannelsen foreslås forlænget til i alt 60 mdr bestående af:

Introduktionsstilling, 12 mdr på "B" eller "A"-afdeling,

Undervisningsstilling, 24 mdr på "A"-afdeling,

1. reservelægestilling, 24 mdr på "B"-afdeling.

20 dage af undervisningsstillingen skal tilbringes på laboratorier, klinisk fysiologisk eller røntgenafdeling, samt 6 mdr på neonatologifsnit med dagfunktion og vagtfunction.

Endelig skal kursisten oprykkes i bagvagtfunction i tilfælde af vakance. Tentamen foreslås indført efter hvert kursus. Ved utilfredsstillende resultat gennemgås ny tentamen og, ved atter utilfredsstillende resultat, nyt kursus.

Bestyrelsen ønskede forsamlingens aksept af ændringsforslaget for at kunne indstille til Sundhedsstyrelsen om disse ændringer af specialistuddannelsen.

Til vårmødet 1992 vil Esbjerg børneafdeling være vært.

Vedr. revision af rapporten om fordeling af lands- og landsdelsfunktioner i pædiatri henvises til den skriftlige beretning.

I Juni 1991 har bestyrelsen modtaget Sundhedsstyrelsens vejledende retningslinier om fordeling af lands- og landsdelsfunktioner. Det fremgår heraf, at man ikke ønsker spredning af enkelte lands- eller landsdelsfunktioner. Bestyrelsen har ikke fundet det relevant at ændre den af arbejdsgruppen udfærdigede rapport om fordeling af lands- og landsdelsfunktioner i pædiatri som følge af Glostrup børneafdelingens henvendelse vedr. diabetes og "near miss" børn.

Bestyrelsen ser med bekymring på folketingets autorisation af kiropraktorbehandling af børn. Børn under 1 år må dog kun behandles af kiropraktor efter at deres egen læge har erklæret, at de kan tåle denne behandling. Bestyrelsen vil fortsat arbejde for en begrænsning af kiropraktor behandling af børn, og for at forhindre røntgenundersøgelser af børn hos kiropraktorer.

I anledning af en konkret sag indskærpede bestyrelsen at enhver henvendelse til patientfamilier i forsknings øjemed skulle formidles af den lokale afdeling ved den primære kontakt.

Af Torben Iversens rejsefond er i 1991 uddelt 3 portioner a 5000 kr. til studierejser i udlandet samt to portioner a 500 kr. til deltagelse i DPS mødet, marts 1991.

Vedrørende subspecialisering udarbejder bestyrelsen et oplæg til drøftelse ved december mødet.

Diskussion

Ophør med fællesspisning efter eftermiddagsmøderne godkendes af forsamlingen uden kommentar.

Uændret antal kursusstillinger (6) for 1992-93 med uændret fordeling blev vedtaget.

Vedr. forslagt ændring af speciallægeuddannelsen :

Knud E. Petersen bemærkede, på uddannelsesudvalgets vegne, at der ikke eksisterer standardprogrammer for uddannelsen. Den kliniske evaluering skal ikke indberettes til uddannelsesudvalget. Uddannelsesudvalget har til opgave at sikre, at den uddannelsessøgende får den rigtige uddannelse ifølge programmerne. Følgende modeller for uddannelsen blev opstillet :

	nu	forslag	
Pædiatri eller medicin	12		
Introduktionsstilling	12	12	18
Undervisningsstilling	12	24	24
R1-stilling	18	24	18
	54	60	60

1.reservelægestillingen kunne foreslås gennemført såvel på "A" som på "B"-afdeling.

K. Brostrøm var bekymret for, at uddannelsen kunne komme til at foregå på kun een "A"-afdeling.

Yngre Pædiatere kunne tilslutte sig bestyrelsens forslag med undtagelse af den "automatiske" oprykning af kursisten og foreslog, at den som hidtil skulle foregå ifølge afdelingsledelsens vurdering.

Knud E. Petersen oplyste, at blokansættelsen ikke vil blive godkendt ved evt. afbrydelse. Tentamen efter kurserne indføres fra oktober 1991 i en forsøgsperiode.

Formanden supplerede med, at ændringen af uddannelsen ønskes gennemført snarest, d.v.s. fra 1992-93. Årgangen 1991-92 fortsætter efter aktuelle regler.

K. Brostrøm og P.A. Krasilnikoff fandt, at de undervisningstimer der allokeres kurserne ikke giver tid til tentamen. Foreslog en samlet tentamen efter kurserne.

G. Greisen bemærkede, at sværhedsgraden skal være i orden, hvis tentamen skal have mening og tilsluttede sig forslaget om en samlet tentamen.

M. Bloch Petersen bemærkede, at selvom tentamen indføres som forsøg, vil det dog få den konsekvens, at man ved utilfredstillende resultat skulle gennemføre ny tentamen evt. nyt kursus, d.v.s. at den betragtes seriøst.

Knud E. Petersen gentog, at tentamen afprøves i en forsøgsperiode og tilføjede, at Sundhedsstyrelsen har stillet en pædagogisk vejleder til rådighed.

Bestyrelsens forslag til ændringer af specialistuddannelsen blev herefter godkendt af forsamlingen, og bestyrelsen blev bemyndiget til at udforme indstilling til Sundhedsstyrelsen.

Andre kommentarer :

J. Ramsøe forhørte sig om subspecialiserings rapport 1987's skæbne.

N. C. Christensen oplyste at denne rapport danner grundlag for det kommende oplæg. Rapporten har måttet suppleres, da definitionen af subspecialer er uklar. Der findes 120 subspecialister i landet. Behovet for nyuddannede subspecialister varierer fra 2-4 pr. år til 1 hv. 5. år afhængig af subspecialer. Diskussionen blev herefter udsat til december.

Formandens beretning godkendtes af forsamlingen.

3. Beretning fra udvalg og Nordisk Pædiatrisk Forening

Uddannelsesudvalgets beretning ved Knud E. Petersen.

Knud E. Petersen bemærkede at selskabet havde fået en "uddannelsesaktiv" bestyrelse, hvilket uddannelsesudvalget var meget glad for. 1991-92 efteruddannelsesmøder var gennemført til medlemmernes tilfredshed. Til mødet om infektionssygdomme i november var der modtaget 70 tilmeldinger.

Målbeskrivelserne var blev godkendt af Sundhedsstyrelsen.

"Dispensanterne" udgør en broget gruppe med kandidatalder fra 1973 til 1984. K. P. havde udarbejdet en kursusplan strækkende sig over 3 år, og den godkendtes.

Beretninger fra de øvrige udvalg : godkendtes uden kommentar.

Nordisk Pædiatrisk Forenings beretning ved N.C. Christensen.

Hidtil har NPF's opgave været at arrangere den Nordiske Pædiatriske Kongres hver 3. år. NPF blev ved den sidste kongres i København i august 91 omdannet til en nordisk pædiatrisk føderation, der skal fremme samarbejdet mellem de nordiske lande og med en ny styrelses struktur. Foreningens navn bibeholdes dog uændret. Fra hvert land deltager selskabets formand og eet bestyrelsesmedlem samt eet ordinær medlem i NPF styrelsen. Desuden vælges et repræsentantskab der træder sammen hver 3. år (første gang om 3 år) og som erstatter generalforsamlingen. Valget af repræsentanter blev derfor foreslået udsat hvilket godkendtes af forsamlingen. Det blev foreslået, at subspecialiserede grupper kunne mødes i forbindelse med kongressen.

4. Aflæggelse af det reviderede regnskab

Jens Christoffersen forelagde det reviderede regnskab, som blev godkendt.

5. Fastsættelse af kontingent

Forsamlingen vedtog forhøjelse af kontingentet til 600 kr om året.

6. Indkomne forslag fra bestyrelse og medlemmer

En gruppe med interesse i børneneurologi havde fremsendt et forslag vedr. uddannelsen i børneneurologi til diskussion under generalforsamlingen. Da subspecialiseringen i pædiatri bliver drøftet under decembermødet, foresloges diskussionen om børneneurologi udsat til dette møde hvilket godkendtes.

Bestyrelsens fremsendte forslag til vedtægtsændringer, allerede drøftet under marts mødet, blev vedtaget af forsamlingen med ca 99% stemmer for.

Søren Pedersen havde foreslået begrænset funktionstid i selskabets forskellige udvalg. Man enedes om en 3 årig funktionstid med mulighed for genvalg een gang. Såfremt det af administrative eller faglige grunde er nødvendigt, gives mulighed for forlænget funktionstid i perioder af 3 år. Bestyrelsen udarbejder forslag til vedtægtsændringer i overensstemmelse med disse ønsker.

7. Valg af bestyrelse blandt de ordinære medlemmer

Jens Christoffersen udtrådte som kasserer. Nyvalgt blev Sten Petersen. Erling Nathan, Niels Christian Christensen og Jørn Müller (videnskabelig sekretær) blev genvalgt. Som repræsentant for Danske Børnelægers Organisation fortætter Helle Rome og for Yngre Pædiatere (faglig sekretær), Catherine Rechnitzer.

8. Valg af 2 revisorer

Finn Ursin Knudsen blev genvalgt. I stedet for Peer Pærregård, der ikke ønskede genvalg, valgtes Jens Christoffersen.

9. Valg af udvalgsmedlemmer og repræsentanter for selskabet

Som *tilforordnede i specialistrådet* blev Karsten Hjelt valgt i stedet for Niels C. Christensen, der udtrådte efter 8 års funktionstid. Som suppleanter valgtes Niels Clausen og Sten Petersen i stedet for Karsten Hjelt og Bendt Brock Jacobsen, der ønskede at fratæde.

Som vore *repræsentanter til Dansk Medicinsk Selskabs* repræsentantskab valgtes Henrik B. Mortensen i stedet for Peter A. Krasilnikoff, som udtrådte efter 6 års funktionstid.

Jørn Møller genvalgtes mens Niels Henrik Valerius og Gunver Fuglsang fortsatte.

Til *Nordisk Pædiatrisk Forenings* styrelse valgtes Peter A. Krasilnikoff.

Til *uddannelsesudvalget* valgtes Karen Taudorf, Bendt Brock Jacobsen, Birgitte Weile og Kjeld Schmiegelow i stedet for Poul A. Østergaard, Birgitte Djernes, Anders Pærregaard og Anita Hansen. Til *allergologiudvalget* valgtes Hans Bisgaard i stedet for Christian Koch. *Ernæringsudvalget* suppleredes med Kim Fleischer Michaelsen, *informationsudvalget* med Karin Brostrøm og Gunver Fuglsang. Til *udvalget for pædiatrisk hæmatologi og onkologi* valgtes Ole Henrik Nielsen i stedet for Knud Mauritzen og Erik Østergaard i stedet for Jens Christoffersen.

De øvrige udvalg fortsætter med uændret personsammensætning.

Den 16. december 1991

Catherine Rechnitzer
faglig sekretær

Dansk Pædiatrisk Selskab
Regnskab for perioden 01.08.90 til 12.07.91

Indtægter

Kontingenter, indgåede	59.000,-	
til gode	97.000,-	
Tilgode fra		
FAS	2.500,-	
DBO	343,-	
Dansk Psykiatr. Selsk	483,57	
Tilbagbet. vedr. perinatol.k..	15.000,-	
Renter og aktieudbytte	<u>5.135,89</u>	
Ialt		179.462,46

Udgifter

Administration.....	52.957,44	
Rejser	20.718,-	
Møder og efteruddannelse		
Ord.møder, incl. forplejn..	10.852,19	
Neuropædiatrikursus	27.586,-	
Hepatologikursus	0,-	
Børnereumatologikursus	9.405,-	
Foreningskontingenter	8.475,49	
Årbog	14.396,75	
Eftergivet kontingent	<u>500,-</u>	
Ialt		<u>144.890,87</u>

Resultat + 34.571,69

Formuebevægelse

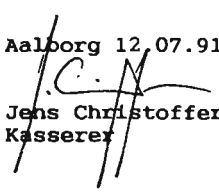
Formue 31.07.90	115.974,03	
Resultat 90/91	<u>34.571,59</u>	
Formue 12.07.91		150.545,52

Formueplacering

Giro 5 40 33 08	1.936,65	
Danske Bank 3428 019571	40.782,30	
Aktier (købsværdi)	7.500,-	
Til gode, kontingent	97.000,-	
Tilgodehavender iøvrigt	<u>3.326,57</u>	
Formue 12.07.91		150.545,52

Båndlagt til efteruddannelsesfond
(se bilag) 112.820,-

Aalborg 12.07.91


Jens Christoffersen
Kasserer

Dansk Pædiatrisk Selskab
Bilag til regnskab 90/91

Efteruddannelsesfond

Overført fra 89/90.....	100.811.-	
Tilskrevet 90/91	34.000.-	
Tilbagebet.vedr.perinatol.k.	<u>15.000.-</u>	
Ind ialt		149.811.-
Anvendt 90/91:		
Neuropæd. og børneneurol.kursus		<u>36.991.-</u>
Overført til 91/92		112.820.-

Prof. Torben Iversens Rejsefond

Status:

Formue 10.07.90.....	213.416.86	
Nettoindtægt	<u>21.105.45</u>	
		234.522.31
Uddelt april -91		<u>16.000.-</u>
Beholdning 08.07.91		218.522.31

Indmeldte efter 1.august 1990:

Susanne Foldager
Peter Voldsgaard
Eva Mosfeldt Laursen
Stense Farholt
Birgitte Frederiksen
Gerd Stafanger
Lene Hesse Rasmussen
Susanne Munck
Olav Bennedbæk
Niels Knabe
Annette Falkenberg Gyhrs
Tacjana Pressler
Birgitte Hertz
Ole E. Christensen
Margrethe Friberg
Lene Bohr
Christian Mølgaard
May Olofsson
Kaare Lundstrøm
Anne Marie Rytter
Margrethe Bohr
Karen Konstantin-Hansen

Udmeldte efter 1.august 1990:

Lars Franch Andersen
Tove Reiter Nielsen
Aage Knudsen
J. Skall-Jensen
Svein Vestermark
Birthe Hansen

**BESTYRELSE, UDVALG, M.V.
UNDER DANSK PÆDIATRISK SELSKAB OG BESLÆGTEDE ORGANISATIONER
pr. 6. september 1991**

BESTYRELSE

E. Nathan, formand (1990), N.C. Christensen, næstformand (1990), J. Müller, videnskabelig sekretær (1990), Sten Petersen, kasserer (1991), C. Rechnitzer, faglig sekretær (1990), Helle Rothe, repr. DBO (1988).

**KONTAKTPERSONER FOR SUNDHEDSSTYRELSEN
VED ANSÆTTELSE AF OVERLÆGER I PÆDIATRI**

J. Kamper (1990). Suppleanter M. Yssing (1990), T. Klinge (1990).

SPECIALISTNÆVNETS TILFORORDNINGER I PÆDIATRI

K. Hjelt (1991) og E. Andersen (1986) med S. Petersen (1991) og Niels Clausen (1991) som suppleanter.

REPRÆSENTANTER I DANSK MEDICINSK SELSKABS REPRÆSENTANTSKAB

J. Møller (1988), G. Fuglsang (1989), N.E. Valerius (1990) og H.B. Mortensen (1991).

UDDANNELSESUDVALG

Uddannelsesudvalget er nedsat af og ansvarlig overfor Dansk Pædiatrisk Selskabs generalforsamling.

Udvalget bør generelt være orienteret om forhold indenfor lægers uddannelse og bør rådgive bestyrelse og selskab indenfor alle uddannelsesspørgsmål. Udvalgets hovedopgave er at tage sig af den pædiatriske videre- og efteruddannelse og være selskabets kontaktorgan til andre selskaber og institutioner, som beskæftiger sig med uddannelse.

Indenfor videreuddannelsesområdet (den pædiatriske speciallægeuddannelse) er uddannelsesudvalget det organ, som i samarbejde med specialistnævnets tilforordnede i pædiatri og kursuslederen tilrettelægger den pædiatriske specialistuddannelse, ud fra retningslinier og konkrete vedtagelser, som gives af generalforsamlingen eller bestyrelse. Udvalget skal koordinere speciallægeuddannelsen i pædiatri med den prægraduate uddannelse og efteruddannelsen. Udvalget skal løbende holde selskabet orienteret om behovet for og antallet af uddannelsesstillinger i pædiatri, efter nærmere retningslinier bedømme læger til undervisningsstillinger, tilrettelægge de pædiatriske kurser (i samarbejde med kursuslederen) og godkende kurser arrangeret af andre.

Udvalget bør også deltage i udarbejdelsen af uddannelseskraav indenfor evt. subspecialer/eksportområder.

Udvalget arrangerer, sammen med andre af selskabets medlemmer, og evt. andre selskabers uddannelsesudvalg, efteruddannelseskurser.

Udvalgets sammensætning fremgår af selskabets vedtægter.

K.E. Petersen, kursusleder og formand, F. Karup Pedersen (1989), F. Ursin Knudsen (1990), F. Skovby (1990), K. Nørgaard Hansen (1990), Karen Taudorf (1991), B. Brock Jacobsen (1991), B. Weile (1991), K. Schmiegelow (1991).

AIDS-UDVALGET

Udvalget skal udarbejde forslag til retningslinier for undersøgelse af gravide for HIV-infektion m.h.p. opsporing af smittede børn, samt for HIV-testning af børn. Udarbejde retningslinier for undersøgelse, kontrol og behandling af HIV-positive mødres børn. Udarbejde retningslinier for undersøgelse, kontrol og behandling af HIV-positive børn med hæmofili. Fremkomme med forslag til organisation af kontrol og behandling af HIV-positive børn og voksne med AIDS i Danmark. Løbende evaluere situationen vedrørende HIV-infektion hos børn i Danmark.

F. Karup Pedersen (1988), Birgit Peitersen (1988), Niels Clausen (1988), Elma Scheibel (1988), May Oluffson (1988).

ALLERGIUDVALG

Udvalget har til opgave at besvare spørgsmål fra Dansk Pædiatrisk Selskab om børneallergologiske emner. Udvalget skal følge udviklingen på det børneallergologiske område og komme med forslag til nye diagnostiske og terapeutiske tilbud og til organisationen af behandlingen på landsplan samt medvirke til fastsættelse af uddannelseskra­v indenfor grenspecialet.

O. Østerballe (1979), S. Pedersen (1989), J.B. Andersen, P.Å. Østergaard (1979), H. Bisgaard (1991).

DIAGNOSEUDVALG

Udvalget skal tilrettelægge og løbende a'jourføre den pædiatriske diagnoseliste med henblik på at opnå ensartet anvendelse af pædiatrisk diagnoseregistrering nationalt og internationalt. F. Ursin Knudsen (1984), H. Sardemann (1979), F. Becker-Christensen (1989), J. Hertel (1989).

ERNÆRINGSUDVALG

Udvalget skal følge udviklingen på det ernæringsmæssige område for børn i Danmark, udarbejde og fremføre eventuelle re­kommendationer indenfor området, samt stå til rådighed for besvarelse af forespørgsler indenfor området fra myndigheder, institutioner eller enkeltpersoner.

B. Friis-Hansen (1987), K. Brostrøm (1987), O. Østerballe (1987), P.A. Krasilnikoff (1987), K.F. Michaelsen (1991).

HÆMATOLOGI OG ONKOLOGIUDVALG

Udvalgets opgave er indenfor rammerne af Dansk Pædiatrisk Selskab at arbejde på at sikre børn med hæmatologiske og onkologiske sygdomme de bedst mulige betingelser for diagnostik, behandling og kontrol. Endvidere at søge i højst mulig udstrækning at samrørde kræfterne for behandling og forskning indenfor Danmark og medvirke til opnåelse af hensigtsmæssige visitationsregler under hensyn til sygdommens forekomst og til kompleksitetsgraden af diagnostik og behandling. Udvalget skal endvidere fungere som rådgiver for Dansk Pædiatrisk Selskab og for selskabets bestyrelse i sager af hæmatologisk og/eller onkologisk karakter, herunder sager, som forelægges selskabet af Nordisk Forening for pædiatrisk hæmatologi og onkologi.

H. Hertz, J. Kamper (1978), B. Peitersen (1978), M. Yssing (1982), N. Clausen (1985), Ole Nielsen (1991), Erik Østergaard (1991).

INFORMATIONSDUDVALG

Udvalget har til opgave at formidle pædiatrisk viden og synspunkter. Udvalget kan på eget initiativ henvende sig til offentligheden, deltage i aktuel debat og bistå med information til medier, organisationer og enkeltpersoner udenfor fagkredsen.

J.C. Melchior (1987), E. Thamdrup (1987), N.C. Christensen (1987), K. Hjelt (1987), Ole Andersen (1987), K. Brostrøm (1991), G. Fuglsang (1991).

NEONATOLOGIUDVALGET

Udvalget har til opgave at vejlede selskabet i besvarelser angående neonatale emner, at beskrive de vigtigste neonatale behandlingsrutiner til anbefaling på landsplan, samt at fremkomme med rekommandationer for det fremtidige samarbejde mellem fødeafdelinger/steder og børneafdelinger. Udvalget bør endvidere fremkomme med forslag til det uddannelsesmæssige indhold i ekspertområdet neonatologi (perinatal medicin).

J. Kamper (1983), E. Andersen (1983), K. Lillquist (1983), F. Ebbesen (1990), G. Greisen (1990).

SCREENINGSUDVALG

Udvalget har til opgave at overvåge igangværende neonatal screening for fenylylketonuri og kongenit hypothyreose samt rådgive vedrørende evt. igangsættelse af screening for andre sygdomme.

N.J. Brandt (1983), B. Peitersen (1983), N.C. Christensen (1983), B. Brock Jacobsen (1983), E. Andersen (1989).

U-LANDSUDVALG

Udvalget har til opgave at undersøge mulighederne for forskningssamarbejde mellem børneafdelinger her i landet og børneafdelinger og institutioner i U-lande, samt for gensidige studieophold. Udvalget skal arrangere møder og andre undervisningsaktiviteter vedrørende U-lands-pædiatri. Det skal medvirke til, at U-landsarbejde bliver meriterende i uddannelsen til speciallæge i pædiatri og komme med forslag til forudsætningerne herfor.

F. Karup Pedersen (1987), E. Andersen (1987), P.E. Kofoed (1987), K. Fleischer Michaelsen (1987).

REPRÆSENTANTER I SUNDHEDSSTYRELSENS VACCINATIONSUDVALG

Udvalget skal følge vaccinationsproblemerne i Danmark, først og fremmest de offentlige, vederlagsfri vaccinationer af børnebefolkningen og kan herunder fremkomme med forslag til ændringer i de bestående vaccinationsformer. Udvalget skal tage stilling til nye vaccinationsformer og kan fremsætte forslag om disses indførelse til vaccination af børnebefolkningen eller voksenbefolkningen. I forbindelse hermed kan udvalget fremsætte forslag om epidemiologiske og andre undersøgelser, som vil være nødvendige for at skabe et grundlag, hvorpå der kan træffes afgørelse, hvorvidt vaccination skal undlades eller foreslås indført.

Chr. Kock, F. Karup Pedersen (1980).

REPRÆSENTANTER I FORENINGEN FOR FAMILIEPLANLÆGNING

N.E. Skakkebæk (1984), K. Fleischer Michaelsen (1990).

REPRÆSENTANTER I DANSK CARDIOLOGISK SELSKABS LIPIDGRUPPE

Fl. Skovby (1988).

MEDLEMMER AF BESTYRELSEN I NORDISK PÆDIATRISK FORENING

E. Andersen (1982), Vagn Holm (1982), N.C. Christensen (1988), H. Hertz (1990), N. Hobolth, generalsekretær.

MEDLEM AF NORDISK PÆDIATRISK FORENINGS STYRELSE

P.A. Krasilnikoff (1991).

REVISORER

P. Pærregaard, F. Ursin Knudsen (1990).

DANSKE BØRNELÆGERS ORGANISATIONS BESTYRELSE

K. Kaas Ibsen, formand, Helle Rotne, Niels Michelsen, kasserer, C. Grytter.

YNGRE PÆDIATERES BESTYRELSE

C. Rechnitzer, formand, Tacjana Pressler, Berit Lukman, Kjeld Schmiegelow, Susanne Halken, kasserer.

VEDTÆGTER

for

DANSK PÆDIATRISK SELSKAB

stiftet den 13. oktober 1908

(lovændring af 09.03.1960, 12.11.1969, 14.10.1970, 07.09.1984 og 06.09.1991)

§ 1

Selskabets formål er at fremme videnskabelig og praktisk udvikling indenfor pædiatrien i Danmark. Selskabet er tilsluttet Dansk Medicinsk Selskab.

§ 2

Som ordinære medlemmer kan optages danske læger. Som ekstraordinære medlemmer kan optages udenlandske læger og andre personer, som har vist pædiatrien i Danmark særlig interesse. Optagelse af medlemmer sker ved skriftlig henvendelse til bestyrelsen. Nægtelse af optagelse kan indbringes for generalforsamlingen. Selskabet kan udnævne æresmedlemmer.

§ 3

Generalforsamlingen er selskabets øverste myndighed. Generalforsamling indkaldes af bestyrelsen med mindst 14 dages varsel ledsaget af eventuelle forslag fra bestyrelsen og medlemmerne. Beslutninger træffes ved almindeligt flertal. Stemmeret har kun ordinære medlemmer. Afstemning kan på forlangende være skriftlig.

Ordinær generalforsamling finder sted ved første møde i efteråret og har følgende dagsorden:

1. Valg af dirigent.
2. Formandens beretning, herunder meddelelse om optagelse af nye medlemmer.
3. Beretning fra udvalg.
4. Aflæggelse af det reviderede regnskab.
5. Fastsættelse af kontingent.
6. Forslag fra bestyrelsen og medlemmerne.
7. Valg af bestyrelse blandt de ordinære medlemmer.
8. Valg af 2 revisorer.
9. Valg af udvalgsmedlemmer og repræsentanter for selskabet.
10. Eventuelt.

Ekstraordinær generalforsamling kan indkaldes af bestyrelsen og skal endvidere afholdes inden 2 måneder, hvis 25 medlemmer fremsætter skriftligt motiveret krav herom.

§ 4

Selskabet ledes af en bestyrelse, der består af 6 personer, som vælges for 1 år ad gangen ved almindeligt flertal på den ordinære generalforsamling. Genvalg kan finde sted. En sammenhængende funktionsperiode må ikke overstige 6 år. Til bestyrelsen vælges et medlem fra Danske Børnelægers Organisation og et medlem fra Yngre Pædiatere efter indstilling fra disse foreninger.

Bestyrelsen konstituerer sig med en formand og en næstformand, som skal være speciallæger i pædiatri, samt en faglig og en videnskabelig sekretær og en kasserer. I tilfælde af stemmelighed er formandens stemme afgørende. Formandsposten kan kun beklædes af samme person i 3 år i træk. Kassereren tegner selskabet i økonomiske anliggender.

I tilfælde af vakance supplerer bestyrelsen sig selv indtil førstkommande generalforsamling. Der føres protokol over bestyrelsens forhandlinger.

§ 5

Generalforsamlingen vælger:

1. Repræsentanter til Dansk Medicinsk Selskabs repræsentantskab. Repræsentanterne, der skal være læger, har en funktionstid på 3 år. Umiddelbart genvalg kan finde sted een gang.
2. Den særlige kontaktperson samt 2 suppleanter for denne, som af Sundhedsstyrelsen vil få forelagt de respektive ansættelsesmyndigheders indstilling til overlæger i pædiatri. Kontaktpersonen og suppleanterne skal have speciallægeanerkendelse i pædiatri og være pædiatrisk overlæge. Kontaktpersonens og suppleanternes funktionstid er 4 år og umiddelbart genvalg kan finde sted een gang.
3. De i lov om udøvelse af lægegerning i §4, stk. 2 omhandlede 2 speciallæger i pædiatri tillige med 2 suppleanter, som indstilles til Sundhedsstyrelsen som Specialistnævnets tilforordnede i pædiatri. De tilforordnede indstilles for 4 år. Umiddelbart genvalg kan finde sted een gang.
4. En kursusleder og yderligere 8 medlemmer til et uddannelsesudvalg, som leder videre- og efteruddannelsen i pædiatri. Mindst 3 og højst 5 medlemmer må ved valget være i slutstilling. Valgene gælder for 1 år. En sammenhængende funktionsperiode må kun for kursuslederen overstige 6 år. Ved vakance supplerer uddannelsesudvalget sig selv indtil førstkommande generalforsamling.
5. Fire personer, som indstilles til Nordisk Pædiatrisk Forening's styrelse. Genindstilling kan kun finde sted for i alt 4 valgperioder.

Ingen må beklæde poster i henhold til stk. 2, 3 eller 4 samtidig.

§ 6

Medlemsbidraget fastsættes på generalforsamlingen. Medlemmer over 70 år og æresmedlemmer er kontingentfrie. Ekstraordinære medlemmer betaler et kontingent fastsat af bestyrelsen til dækning af udgifterne ved produktion og udsendelse af selskabets meddelelser. Selskabets regnskab føres af kassereren. Regnskabet revideres af 2 revisorer valgt på generalforsamlingen.

§ 7

Forslag om lovændringer og bestemmelser om selskabets opløsning skal tages på dagsordenen og diskuteres på et møde mindst 4 uger før den endelige beslutning kan træffes ved en generalforsamling. Vedtagelse kræver, at 2/3 af de fremmødte medlemmer stemmer derfor.

V E D T Æ G T E R
for
DANSK PÆDIATRISK SELSKAB

Vedtægtsændring

§ 5

Generalforsamlingen vælger:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

5a. En person uden for DPS' bestyrelse til Nordisk Pædiatrisk Forenings styrelse. Styrelsesmedlemmets funktionstid er 3 år, og genvalg kan finde sted 2 gange.

5b. En repræsentant for hver påbegyndt 100 medlemmer i DPS til Nordisk Pædiatrisk Forenings repræsentantskab. Funktionstiden er 3 år med ret til genvalg 2 gange.

Ny paragraf

§ 8

I udvalg nedsat af DPS, hvor der ikke i vedtægterne er fastsat en begrænset funktionstid, gælder det, at udvalgsmedlemmer vælges for 3 år med mulighed for forlængelse én gang. Udvalgene skal sikre, at der opstilles nye kandidater, og kun hvor dette ikke kan lade sig gøre fagligt og administrativt forsvarligt, kan et udvalgsmedlems funktionstid forlænges med yderligere perioder af 3 år.

Antallet af afdelinger, sengepladser og stillinger på pædiatriske afdelinger pr. 1. september 1991.

Afdelinger	senge	O	AL	R1	R
Afdelinger med undervisningsstillinger:					
Rigshospitalet, afd. GGK *)	90	10	4	15	15
Hvidovre Hospital	70	4	4	8	8
KAS, Glostrup, afd. L	87	5		6	15
Odense, afd. H	72	4		10	7
Århus KH, afd. A	76	6		9	9
Ålborg Nord	66	4	4	8	12
Ialt	461	33	12	56	66

Andre afdelinger godkendt til 18 mdr. R 1 og 12 mdr. introduktionsuddannelse:

KAS, Gentofte	62	2		8	9
Sundby Hospital	35	1		4	7
Hillerød	71	4		8	8
Holbæk	43	3		6	7
Næstved	36	3		4	4
Kolding	52	4		7	7
Herning	45	5		2	6
Viborg	45	6		2	7
Roskilde	40	3		5	7
Esbjerg	54	6		3	8
Randers	27	2		2	5
Ialt	510	39	0	51	75

Afdelinger godkendt til 6 mdr. R 1 og/eller 6 eller 12 mdr. introduktionsuddannelse:

Nykøbing F	24	2		2	5
Sønderborg	42	3		2	6
Hjørring	21	2		2	5
Rigshospitalet, afd. GN	30	2		4	8
Ialt	117	9	0	10	24
Alle afdelinger	1088	81	12	117	165

*) Incl. børnekir., C.P.-klinik, klin. genetik, soc. pæd. amb. og allergiamb.

AL = afdelingslæger. Vagtbærende overlæger registreret under overlæger. Udarbejdet af Knud E. Petersen

**Oplæg til debatmødet i Dansk Pædiatrisk Selskab
4. januar 1991**

Reservelægestillingen

Der bør efter bestyrelsens mening være et overskud af reservelægestillinger efter faststillingsreformens gennemførelse. Dette skal sikre, at vordende pædiatere i nogle år kan arbejde på dette niveau og evt. starte forskningsaktiviteter. Der bør også afsættes reservelægestillinger til rotationsblokkene til almen praksis, til vordende børnepsykiatere, og evt. også til vordende gynækologer og anæstesiologer.

Uddannelsesstillinger

Bestyrelsens udregning af behovet for uddannelsesstillinger baseres på følgende vurdering af den samlede pædiatriske stillingsmasse for pædiatriske speciallæger under en fremtidig stabsstruktur sammenholdt med antallet af speciallæger. Antallet af uddannelsesstillinger udregnes således, at der er balance mellem behovet for pædiatere i faste stillinger og antallet af uddannelsesstillinger ved funktionstid på ca. 30 år for vagtbærende overlæger.

Samlet stillingsmasse:

"gamle" overlæger	74
konverterede stillinger	100
andre "slutstillinger"	57
Ialt	231

Antal konverterede stillinger fremkommer ved konvertering af 104 1. reservelægestillinger med konverteringsratio 5:4 + 20 konverterede reservelægestillinger.

Antal speciallæger i pædiatri:

"gamle" overlæger	74
speciallæger ansat udenfor sygehusvæsenet	57
speciallæger uden slutstilling i.h.t. YP's enquete fra 1988	131
10 læger i uddannelsesstilling 1990/91	10
dispensanter	30
Ialt	302

Der er således et betydeligt overskud af pædiatere og set fra denne synsvinkel ikke behov for uddannelse af mere end 1-2 nye pædiatere pr. år frem til ca. år 2005. Herefter vil tallet ligge på ca. 10 pr. år. Man bør udanne et lille overskud a.h.t. uforudset afgang. For at modvirke en yderligere pukkel af pædiatere uden slutstilling har bestyrelsen foreslået Sundhedsstyrelsen at reducere antallet af kursister til 6 pr. år med virkning for kursusåret 1991-92, idet det dog er præciseret, at ændringer kan forekomme efter mødet i DPS den 4. januar 1991. Bestyrelsen vil foreslå, at antallet af uddannelsesstillinger i øst og vest for Storebælt fordeles 1:1.

Enkeltstillingsklassifikation på 1. reservelægeniveau

Ifølge Sundhedsstyrelsens forslag skal der efter faststillingsreformen kun restere det antal 1. reservelægestillinger, der er behov for til uddannelsen af speciallæger. Hvis antallet af undervisningsstillinger sættes til 14 (Sundhedsstyrelsens forslag), vil der være behov for ca. 21 stillinger (1,5 års 1. reservelæge tid). Der er i øjeblikket 125 1. reservelægestillinger, hvoraf 104, ifølge forslaget, konverteres til faste stillinger.

Bestyrelsen er bekymret for denne udvikling af følgende grunde:

1. Der bør, i hvert fald på landsdelsafdelingerne, være tidsbegrænsede 1. reservelægestillinger til rådighed for uddannelse i subspecialer/interesseområder samt som vindkedelfunktion. Bestyrelsen skønner, at der er behov for mindst 2 pr. landsdelsafdeling til dette formål (ialt ca. 14).
2. Ifølge gældende forslag vil der blive oprettet et vist antal vagtbærende overlægestillinger. Disse overlæger tænkes at opfylde de tidligere paragraf 14 krav, men man kan altså ikke fremover kvalificere sig til disse stillinger og de traditionelle overlægestillinger ved 1. reservelægetid efter speciallæge anerkendelsen. Kvalifikationerne kan kun opnås ved ansættelse i afdelingslægestillinger, men rotationen i disse tidsbegrænsede stillinger, og dermed bredden i uddannelsen, vil være vanskelig p.g.a. den ringe afgang de næste mange år.

Slutstillinger

Det er bestyrelsens opfattelse at antallet af paragraf 4 stk. 1 overlæger skal opprioriteres. Det er ønskeligt, at oprettelsen af vagtbærende overlæger og afdelingslæger koordineres, således at de nye stillinger oprettes efter samme retningslinier landet over.

Blokansættelsen

Blokansættelsen i pædiatri består af et års ansættelse i undervisningsstilling og 1,5 års ansættelse i 1. reservelægestilling. Ifølge Sundhedsstyrelsens forslag forudgås blokansættelsen af ansættelse i introduktionsstilling af et års varighed. Det er bestyrelsens opfattelse, at der bør være mulighed for ansættelse i introduktionsstilling i mere end et år. Blokansættelserne opslås ledige i februar måned til besættelse 1. september. Proceduren foreslås uændret i forhold til den nuværende for ansættelser i undervisningsstilling, dog skal B-afdelingernes chefer medindrages. Bestyrelsen foreslår, at introduktionsstilling skal kunne gennemføres på både landsdelssygehuse (A-afdelinger) og centralsygehuse (B-afdelinger), undervisningsstillingen foregår på A-afdelingerne, mens 1. reservelægeansættelsen skal være på en B-afdeling. Yderligere kvalifikation til opfyldelse af paragraf 14. krav (ialt 4 års 1. reservelægetid) foregår i ansættelse som afdelingslæge eller tidsbegrænset 1. reservelægestilling på landsdelssygehus.

7. december 1990

Bestyrelsen,

Dansk Pædiatrisk Selskab

Referat af "Debatmødet om videreuddannelses- og faststillingsreformen"

Fredag den 4. Januar 1991

H. Hertz blev valgt som dirigent.

Indledning : E. Nathan refererede mødets baggrund, d.v.s. Sundhedsstyrelsens udspil vedr. antallet af undervisningsstillinger (14) og selskabets ønske om, at dette blev debateret, udtrykt under generalforsamlingen, Sept. 90. Mødets emner var dels antallet af uddannelsesstillinger, dels den fremtidige stabsstruktur på børneafdelingerne. Bestyrelsens oplæg til mødet fremgik af tilsendte skrivelse.

Yngre Pædiatere's enquete : K. Nørgaard fremviste nye tal vedr. beskæftigelses-situationen for speciallæger i pædiatri, november 1990. Ud af 123 R1-stillinger var 95 besat med speciallæger, 14 besat med eks-kursister, 14 med læger uden kursusstilling (heraf 7 i Nordjylland og 6 på Fyn/Sønderjylland). Blandt 168 reservelæger, var 1 speciallæge, 4 eks-kursister, 10 i kursusstilling og 52 der ønskede uddannelsesstilling i pædiatri, mens 101 ønskede anden uddannelse. Beregninger viste at man i 1993 vil råde over 168 speciallæger til besættelse af faste stillinger, d.v.s. nok til det forventede antal konverterede stillinger.

DBO's enquete om stillingsstrukturen på afdelingerne. C. Grytter fremlagde resultatet af rundspørgen til samtlige børneafdelinger. De samlede tal viste et ønske om øget stillingsantal, samt skift til en dyrere stillingsmodel. Reservelægestillingerne var i ringe grad inddraget i konverteringsprocessen. Forslagene stemte ikke overens med Sundhedsstyrelsens forslag om enkeltstillingsklassifikation. Tallene afspejlede klart manglende styring af konverteringen og stor uensartethed landet over.

Antallet af undervisningsstillinger og tidsbegrænsede stillinger iøvrigt.

E. Nathan kommenterede bestyrelsens oplæg, herunder tallene. Sundhedsstyrelsen havde godkendt bestyrelsens forslag om 6 undervisningsstillinger for 1991-92. Det nødvendige antal uddannelsesstillinger fremover vil blive meddelt senere d.v.s. når de statistiske beregninger foreligger. Bestyrelsen var imidlertid af den opfattelse at 6 undervisningsstillinger vil være tilstrækkelige i det kommende par år. Bestyrelsen vil rette henvendelse til Sundhedsstyrelsen vedr. behovet for tidsbegrænsede stillinger til subspeciale/interesseområde uddannelse og vindkedelfunktion.

Diskussion :

K. E. Petersen gjorde opmærksom på de nye kvalifikationskrav til overlægestillingerne, 4 års ansættelse på 2 forskellige afdelinger som R1 eller afdelingslæge og understregede overgangsordningens behov for stillinger på landsdelsafdelinger (ca 10, d.v.s. 1-2 pr afdeling, ud af 77 stillinger), kurser (ca 29 personer) samt klassificerede R1 stillinger (45-60).

J.B. Andersen mente at man skulle forvente et uændret antal lægestillinger i sygehusvæsenet, ingen vækst de næste mange år. Havde beregnet et behov for ca. 130 stillinger til uddannelse af speciallæger i pædiatri, samt almen medicinere og enkelte andre specialer, hvilket efterlod 170 - 200 stillinger til konvertering til faste speciallægestillinger.

P.A. Krasilnikoff spurgte i hvilken takt konverteringen skulle ske, idet for hurtigt tempo vil give problemer i lighed med lektoransættelserne. Foreslog 7 undervisningsstillinger i stedet for 6.

E. Andersen mente at konverteringen skulle foregå i hurtigt tempo for at skaffe stillinger til dem, der ikke længere kan blive i systemet.

B. Peitersen bemærkede at uddannelsen i pædiatri (1 + 1 1/2 år) er et år kortere end i andre specialer. Vedr. konverteringens takt har vi ikke direkte indflydelse, men indirekte. Endelig er 6 undervisningsstillinger stadig et højt tal.

K.E. Petersen meddelte at uddannelsesudvalget støttede forslaget om 6 undervisningsstillinger for 91-92.

B. Zachau-Christiansen spurgte hvor skolelægen var placeret i reformen.

K. Kaas Ibsen efterlyste antallet af undervisningsstillinger også for de kommende år, da korttids ændringer besværliggør planlægningen på universitetsafdelingerne.

L. Bjerglund mente at antallet af speciallæger i pædiatri beskæftiget i primærsektoren (57) var højt urealistisk og at man skulle interessere sig mere for den stillingsmulighed.

B. Peitersen anså den årlige afgang til at være 5/ år. *K. Nørgaard* oplyste at frem til 2005 vil den årlige afgang være 2/år.

K. Brostrøm mente at ca. 250 pædiatere er et lille tal for landet og at specialet skulle styrkes ved at flere læger uddannes i pædiatri.

Dirigenten H. Hertz efterlyste medlemmernes stillingtagen til bestyrelsens forslag til 6 undervisningsstillinger i 1991-92. *P.A. Krasilnikoff*, *A. Hansen* og *J. Kamper* foreslog 7 undervisningsstillinger. *K. Brostrøm* kunne acceptere tallet 6 p..g.a. overgangsordningen. Forsamlingen accepterede bestyrelsens forslag om 6 undervisningsstillinger i 1991-92. Tallet tages op til fornyet overvejelse, når Sundhedsstyrelsens forslag for de kommende år foreligger.

H. Hertz konstaterede, at de 6 undervisningsstillinger rimeligvis måtte fordeles 3:3 (øst:vest for Storebælt).

Blokansættelser. *K.E. Petersen* gennemgik blokansættelse, som består af undervisningsstilling (UV) + R1 stilling (R1). Forudgås af 1-2 års introduktionsstilling (I). Efter blokken enten yderligere R1 tid eller afdelingslægestilling (AL). Til sidst evt. vagtbærende overlæge (VO) eller overlæge (O). I følge bestyrelsens forslag skal UV være på landsdelsafdeling (a-afd), R1 på større centralsygehuse (b-afd). Man kunne evt. foreslå, at blokken yderligere omfattede 1 1/2 - 2 års R1 på a-afd. Gennemgik,

hvorledes strukturen i de 3 undervisningsregioner kunne tænkes (blokke på en a-afd + en b-afd.) Opfordrede til hurtig og ensartet planlægning m.h.p. start af blokkene i 1991. *E. Nathan* uddybede bestyrelsens oplæg, specielt a + b afd. Forberedte den uddannelsessøgende på nye § 14 krav : R1 på mindst to afdelinger.

N. Hobolth efterlyste elasticitet i strukturen. Efter 1 1/2 års R1 tid mangler b-afd. en R1 i 1/2 år, og den uddannelsessøgende er evt. på gaden. Blev støttet af *C. Grytter* og *B. Zachau-Christiansen*, evt. skal R1 stillingen kunne forlades i løbet af det sidste halve år. *P.O. Schiøtz* : uddannelsen er for kort. Foreslog 2 årig UV. Dette kunne *Hertz*, *Krasilnikoff*, *Karup*, *Kamper*, *Ramsøe m. fl.* tilslutte sig. Motiveredes bl. a. med kortere i og harmonisering med andre europæiske lande.

F. Karup, *N.E. Skakkebæk*, m. fl. efterlyste bedre kvalitet i UV stillingen, længden måske ikke afgørende. *K.E. Petersen* og *J. Kamper* mente, at man burde afvente effekten af de nye uddannelsesprogrammer, som alle afdelinger har indsendt, før drastisk ændring af UV længde.

P.O. Schiøtz foreslog eksamen til sikring af uddannelsen. *E. Nathan* bad om udskydelse af diskussionen af uddannelsesprogrammer. Flere andre struktur forslag (UV på a-afd + 1 år R1 på b-afd + 1 år R1 på a-afd) eller 1 1/2 år R1 efterfulgt af 1/2 års forskning).

E. Andersen foreslog decentral styring af udvælgelsen til UV + R1. Støttet af *Skakkebæk*, men afvist af flere, bl. a. af *K.E. Petersen*.

E. Nathan konstaterede, at 1 + 1 1/2 års blok er vedtaget og nedfældet i bekendtgørelse fra September 1990. Forsamlingen pålagde imidlertid bestyrelsen at udarbejde forslag til henvendelse til Sundhedsstyrelsen, om ønske om 2 årig UV + 2 årig R1. Forslaget med alternativer skal fremlægges ved generalforsamlingen i September 1991. Der var støtte til bestyrelsens forslag om at beholde tidsbegrænsede R1 stillinger til vindkedelfunktion og subspecialisering. Uddannelsesudvalget pålagdes at udarbejde forslag til fordeling af blokkene på landets afdelinger.

Modeller for strukturen på pædiatriske afdelinger. *K.E. Petersen* fremlagde tanker om strukturen på børneafdelinger år 2000. Dette havde krævet opstilling af en række forudsætninger, som nok ikke alle holder stik (f.eks. kun AL på a-afd og kun VO på b-afd.). Resultatet viste betydeligt færre R1 stillinger end ved DBO's enquete. Iøvrigt passede tallene meget godt med beregningerne i bestyrelsens oplæg til fremtidig stabstruktur.

Problemer ved arbejdstilrettelæggelsen efter faststillingsreformen. C.

Rechnitzer præsenterede diverse faktorer såsom antal lægetimer til rådighed og fordeling af opgaverne efter faststillingsreformen, der vil være afgørende for arbejdsmiljøet.



Sundhedsminister Ester Larsen
Folketinget
Sundhedsministeriet
Christiansborg Slotsplads 1
1218 København K.

Århus d. 10.10.90
EN/abk

I anledning af overvejelserne om autorisation af kiropraktorer i Danmark skal Dansk Pædiatrisk Selskab (Danske Børnelægers Selskab) fremføre følgende:

Ifølge opgørelser fra kiropraktorernes medlemsblad, Kiropraktik og Sundhed 1990, volumen 66, s. 14, udgør nye patienter under 16 år 16,7 % af alle henvendelser til kiropraktorklinik. Heraf udgør børn under 1 år en stor gruppe.

De tilstande forældre henvender sig om er ifølge opgørelsen kolik 22 %, asthma 8 %, mellemørebetændelse 8 %, trivselsproblemer 8 %, allergier og eksem 6 %, hovedpine 6 % samt vådliggeri 5 %. Langt størsteparten har søgt kiropraktor på eget initiativ eller tilrådet af bekendt eller familiemedlem.

Det er vist (ugeskrift for Læger 1988 volumen 150, side 1841), at virkningen af kiropraktorbehandlingen svarer til, hvad simpel rådgivning af forældre har kunnet yde i andre undersøgelser. Samme undersøgelse viste, at 26 % af spædbørn behandlede hos kiropraktor uden at barnets problemer overhovedet blev præsenteret for hverken læge eller sundhedsplejerske.

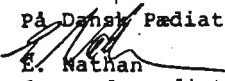
Der er, såvidt vi ved, aldrig i de videnskabeligt gennemførte undersøgelser fundet nogen virkning af kiropraktorbehandling af 3-mdr.s. kolik. Der henvises til Sundhedsstyrelsen i Ugeskrift for Læger 1989 volumen 151, side 646.

Kiropraktorers undersøgelse og behandling af børn med ovennævnte sygdomme må således i bedste fald betegnes som virkningsløs - omend økonomisk belastende for den offentlige sygesikring. Tillige betyder det, at kiropraktorer påtager sig undersøgelse og behandling af alvorlige sygdomme, som deres uddannelse ikke giver grundlag for, og mulighed for fejlfortolkning og forsinkelse af nødvendig behandling vil være tilstede. I værste fald medfører det alvorlig risiko for barnet.

Ønsker Folketinget at autorisere kiropraktorer til behandling af syge børn, må det klart tilrådes, at alle børn, der ønskes kiropraktorbehandlet kun bliver det efter henvisning fra egen læge.

I konsekvens af ovenstående bør sygesikringens tilskud til 5 behandlinger hos kiropraktor uden lægehenviisning inddrages, når det drejer sig om børn.

På Dansk Pædiatrisk Selskabs vegne


E. Nathan
formand, pædiatrisk afd. A
Århus Kommunehospital