

ÅRBOG

1993-94

Redigeret af Ole Pryds



DANSK PÆDIATRISK SELSKAB

Årbogen for Dansk Pædiatrisk Selskab 1993/94 er opbygget som de tidligere år og indeholder program samt referater fra årets møder. Herudover forefindes formandens beretning og beretninger fra samtlige udvalg under DPS. Kommissorier for udvalgene samt reglerne for DPS er medtaget.

Vi takker samtlige sponsorer for bidrag til bogens produktion.

Bestyrelsen

INDHOLDSFORTEGNELSE

MØDER OG REFERATER AF FOREDRAG	Side
646. møde, 1. oktober 1993 DIABETES	9
9. efteruddannelsesmøde, 2. oktober 1993 ENDOKRINOLOGI OG DIABETES – HVAD NYT?	13
647. møde, 3. december 1993 FRIE FOREDRAG	15
648. møde, 7. januar 1994 NEUROPÆDIATRI	23
10. efteruddannelsesmøde, 8. januar 1994 NEUROPÆDIATRI	33
649. møde, 4. marts 1994 OMSORGSSVIGT	35
11. efteruddannelsesmøde, 5. marts 1994 OMSORGSSVIGT	41
650. møde, 6. maj 1994 VÅRMØDE PÅ ST. RESTRUP HERREGÅRD, ÅLBORG	43
651. møde, 2. september 1994 BØRNS SYN PÅ VOKSNE – OG OMVENDT ORDINÆR GENERALFORSAMLING	51

BERETNINGER

Formandsberetning 1993/94	52
Beretning fra AIDS-udvalget	55
- ALLERGOLOGI-udvalget	55
- KARDIOLOGI-udvalget	56
- DIAGNOSE-udvalget	56
- ERNÆRINGS- OG GASTROENTEROLOGI-udvalget	56
- HÆMATOLOGI- og ONKOLOGI-udvalget	56
- INFORMATION-udvalget	57
- NEONATOLOGI-udvalget	57
- NEUROLOGI-udvalget	57
- SCREENING OG KLINISK GENETIK-udvalg	58
- UDDANNELSES-udvalget	58
- UNGDOMSMEDICIN-udvalget	59
- SUNDHEDSSTYRELSENS TILFORORDNEDE I PÆDIATRI	60
- DPS's KONTAKTPERSON TIL § 14-VURDERING	60
- RAPPORT FRA CESP	60
- LIPID-gruppen	61

REFERATER

REFERAT

AF GENERALFORSAMLING I DPS

den 2. september 1994 62

KASSEREREN

Regnskab for perioden 21.06.93 til 15.06.94 67

Professor T. Iversens rejsefond 68

NYE MEDLEMMER I DPS

efter 1. august 1993 69

DPS's BESTYRELSE 70

DPS's UDVALG 71

KOMMISSORIER FOR UDVALG 74

VEDTÆGTER FOR DPS 80

VEDTÆGER FOR PROFESSOR IVERSEN'S REJSEFOND 83

ANTAL AF AFDELINGER, SENGEPLADSER OG

STILLINGER PÅ BØRNEAFDELINGER 84

DIVERSE ORIENTERINGER

REGELSÆT FOR SUBSPECIALISERING 85

DIABETESBEHANDLING I DANMARK – fremtidig organisation 87

NEONATOLOGIENS FREMTIDIGE ORGANISERING 88

SJÆLDNE HANDICAP – fremtidig organisering 89

UNDERSØGELSE FOR PENICILLINALLERGI 90

Selskabets 646. videnskabelige møde 1. oktober 1993.

Mødeemne: **DIABETES**

Mødet er tilrettelagt og ledes af Henrik B. Mortensen.

1. **Den familiære forekomst af insulin-dependent diabetes mellitus (IDDM) i Danmark, samt en karakterisering af genetiske markører i udvalgte familier.** Flemming Pociot, Kirsten Nørgaard, Tove Lorenzen, Jesper Johannesen, Niels Hobolth, Ole Andersen, Jørn Nerup og DSGD (Steno Diabetes Center og diverse børneafdelinger).
 2. **Prediktion af IDDM og intervention af præ-IDDM.** Jesper Reimers (Steno Diabetes Center) og den danske ENDIT gruppe.
 3. **Undersøgelse af tærskelværdi for vibrationssans ved biothesiometri hos raske børn og unge samt unge med insulinkrævende diabetes mellitus.** Birthe Olsen, Inger Kjær, Marta Nir, Kirsten Dyrlov, Henrik B. Mortensen (Børneafdelingen, KAS Glostrup).
 - 4.' **Natlig hypoglykæmi hos patienter med insulin-dependent diabetes mellitus (IDDM).** Inger Bendson (Børneafdelingen, KAS Glostrup).
 - 5.' **Diabetes mellitus hos patienter med cystisk fibrose.** Susanne Lanng, Birger Thorsteinsson, Jørn Nerup, Christian Koch (CF centret, Rigshospitalet).
 - 6.' **Incidensen af uventet natlig hypoglykæmi hos børn og unge med insulinkrævende diabetes mellitus. Foreløbige resultater fra den landsdækkende undersøgelse.** Merete Jørgensen, Ole Andersen, Henrik B. Mortensen samt DSGD's studiegruppe.
- # Referat ikke modtaget.

Den familiære forekomst af insulin-dependent diabetes mellitus (IDDM) i Danmark, samt en karakterisering af genetiske markører i udvalgte familier.

Flemming Pociot, Kirsten Nørgaard, Tove Lorenzen, Jesper Johannesen, Nils Hobolth, Ole Andersen, Jørn Nerup og DSGD.

Formålet med nærværende studie var at vurdere prævalensen af familiær IDDM blandt danske familier med mindst et barn under 20 år med diabetes. Derudover at sammenligne epidemiologiske data og genetiske markører for familiære og sporadiske IDDM tilfælde. Vi tilstræbte at identificere alle IDDM patienter mellem 0-20 år gennem de behandelende afdelinger (pædiatriske og medicinske). Oplysninger omkring familiehistorie blev indsamlet ved hjælp af spørgeskemaer. Af 1574 identificerede patienter deltog 1419 i studien (90.2%). I 171 familier fandtes yderligere tilfælde af IDDM (12.8%). Forskelle i epidemiologiske data fandtes mellem familiære og sporadiske tilfælde: Familiære tilfælde havde tidligere sygdomsdebut, deres forældre var yngre ved patientens fødsel, og der var lige mange piger og drenge blandt patienterne i modsætning til de sporadiske tilfælde, hvor der var flest drenge.

55 familier, karakteriseret ved at have to børn med IDDM, blev udvalgt med henblik på analyse af genetiske markører. Til sammenligning valgtes en gruppe IDDM patienter, der var matchet for debutalder, men havde lang sygdomsvarighed (> 40 år). Disse var udvalgt så ingen af deres slægtninge havde udviklet IDDM ("sande" sporadiske). Typning for en række HLA-markører og markører udenfor HLA regionen blev sammenlignet. I de familiære tilfælde observeredes den forventede høje forekomst af IDDM-disponerende HLA-DQ og -DR alleler. Forekomsten af disse var ikke signifikant forskellig i de "sande" sporadiske tilfælde. Derimod fandtes signifikante forskelle i kromosom 2-markører - en region der indeholder gener for betydning af immunresponsens størrelse. Familiære tilfælde havde hyppigere de genetiske markører, der er associeret med et kraftigere immunrespons.

Observationerne påpeger en heterogenitet i IDDM, der kan skyldes såvel miljømæssige som genetiske faktorer ved familiær og sporadisk IDDM. Genetiske markører på kromosom 2 synes at spille en sygdomsdisponerende rolle ved familiær IDDM.

PREDIKTION AF IDDM OG PRÆVENTION AF PRÆ-IDDM

Jesper I. Reimers og den danske ENDIT gruppe.

Insulinkrævende diabetes mellitus (IDDM) skyldes en immunmedieret destruktion af de insulinproducerende beta celler. Beta cellerne ødelægges via induktion af iltdriverede frie radikaler (FR) og nitrogen oxid (NO), der hæmmer de respiratoriske enzymer i mitokondriene og medfører DNA-stræng brud. Herved hæmmes energi nydannelsen og samtidigt forbruger DNA-reparationen energi og NAD hvilket resulterer i beta celle død. Hos op til 92% af nydiagnosticerede IDDM patienter, resulterer beta celle destruktoren i dannelsen af specifikke α -celleantistoffer (ICA) og andre antistoffer i blodet.

Hos førstegradsslægtninge til patienter med IDDM er der fundet ICA op til 8 år før diagnose, tydende på at beta celle ødelæggelsen er en langvarig proces. Jo højere ICA titer den enkelte person har jo større er risikoen for at udvikle IDDM i løbet af en årrække. Screenings undersøgelser af en befolkningsgruppe for ICA, viste at med ICA titer ≥ 20 enheder er risikoen for at udvikle IDDM i løbet af 5 år ca 10%. Andre undersøgelser har vist, at førstegradsslægtninge til patienter med IDDM, der har ICA ≥ 20 enheder, er risikoen for at få IDDM ca 20-37% i løbet af 5 år og ca 73% efter 10 år. Disse personer, der har en høj risiko for at udvikle IDDM, er en oplagt målgruppe i studier med formålet at forhindre udviklingen af IDDM.

Intervention af IDDM kunne teoretisk set finde sted på det ætiologiske niveau eller ved specifik hæmning af T-cellemediet konklusion af det eller de antigenor, der driver processen. Men da ætiologien er ukendt, og da der ikke er holdepunkter for at kun et eller få antigener der driver processen, er denne type intervention ikke relevant. En anden mulighed er generel immunosuppression med stoffer som azathioprin, cyclosporin eller glucocorticoider. Kombinationen af nødvendigheden af livslang behandling og disse stoffers bivirkningsprofiler kontraindicerer denne type behandling. Endnu en mulighed for at forhindre beta celle drabet er ved specifikt at beskytte beta cellerne mod det immunologiske angreb. Nicotinamid, der er et ugiftigt, vandopløseligt B₃ vitaminderivat, griber ind i destruktoren af beta cellerne ved at eliminere FR og NO, reducere den skadelige virkning af disse, samt ved at øge indholdet af cellernes NAD.

I dyremodeller beskytter nicotinamid mod såvel kemisk induceret som spontan diabetesudvikling. Indenfor de seneste år har åbne kliniske studier givet holdepunkter for, at nicotinamid også hos mennesker kan forebygge eller i det mindste forsinke udviklingen af IDDM. For at klarlægge nicotinamids mulige evne til at forebygge IDDM hos mennesker er et prospektivt, randomiseret, placebokontrolleret studie nødvendigt. Et sådant multicenterstudie, der involverer 18 europæiske lande, Israel og Canada, starter i løbet af 1993.

Denne europæiske nicotinamid diabetes interventions undersøgelse (ENDIT) vil undersøge om daglig nicotinamid indtagelse, i en dosis på 1,2 g/m², hos førstegradsslægtninge med ca 35% risiko (ICA ≥ 20 enheder) kan reducere udviklingen af IDDM med 50% inden for 5 år. Denne nicotinamid dosis er ca 100-150 gange højere end den anbefalede daglige indtagelse. Som minimum kræves inkludering af 320 deltagere med ICA ≥ 20 enheder for at undersøgelsen med 90% sikkerhed kan påvise 50% reduktion af IDDM udviklingen. Det forventes at der skal screenes minimum 17.500 personer for at finde 320 med ICA ≥ 20 enheder. På nuværende tidspunkt forventes de deltagende lande at kunne screene ca. 45.000 førstegradsslægtninge. I Danmark bliver ENDIT udført i regi af DSGD (the Danish Study Group of Diabetes in childhood), der en interesse gruppe af diabetes interesserede pædiatere. Således har samtlige danske pædiatriske afdelinger med diabetes patienter samt Steno Diabetes Center givet positivt tilsagn om deltagelse. I Danmark forventer man herved at finde ca 4.500 førstegradsslægtninge, der vil blive tilbudt screening i 1993 eller 94. Da ca 2% af førstegradsslægtninge har ICA ≥ 20 enheder, forventer det at 70 personer identificeres og kan indgå i studien.

En sammenlignende undersøgelse af tærskelværdien for vibrationssans på hånd og fod, vurderet ved biothesiometri, hos raske unge og unge med insulin-dependent diabetes mellitus.

Birthe Olsen, Martha Nir, Inger Kjær, Kirsten Dyrlov, Karin Marinelli, Henrik B. Mortensen. (Børneafdelingen Glostrup og Hvidovre hospital)

Formålet med undersøgelsen var at evaluere en biothesiometrisk metode til bestemmelse af tærskelværdien for vibrationssansen. Desuden at undersøge normalværdierne for vibrationstærskelen for hånd og fod hos raske børn og unge og sammenligne disse resultater med værdierne for unge med insulin-dependent diabetes mellitus. Resultaterne relateredes til køn, alder, diabetes-varighed, insulindosis, højde, body mass index (BMI), blodtryk, Tanner stadier og HbA_{1c}. Biothesiometret er et simpelt elektromagnetisk apparat hvor tærsklen for vibrationssansen arbitrært udtrykkes i volt. Målingen blev foretaget på anden højre finger og første højre tå. En bestemmelse bestod af gennemsnittet af 3 aflæsninger. Alle bestemmelser foretoges af samme undersøger. Tærskelværdien for vibrationssansen undersøgte hos 61 børn (28 drenge, 33 piger) med insulin-dependent diabetes mellitus, alder (15.5 år, spændvidde 10-21 år), diabetesvarighed (6.9 år, spændvidde 1-19 år) samt 76 raske børn, alder (13.8 år, spændvidde 10-19 år).

Nøjagtigheden af den biothesiometriske metode undersøgte ved, at vibrationstærskelen bestemtes hos seks børn med Type 1 diabetes tre gange dagligt to på hinanden følgende dage af tre forskellige undersøgere. Samtidigt målte blodglukose. Den beregnede spredning, for en enkelt måling på en given patient på en tilfældig dag, tidspunkt og undersøger, fandtes til SD: 0.6 volt for finger og SD: 1.3 volt for tå. Ved multiple regressions analyse fandtes, at det aktuelle blodglukose niveau ikke interfererede på måleresultatet.

Vibrationstærskelen var signifikant øget ($p < 0.0001$) hos diabetiske unge (hånd 4.1 ± 1.1 volt, fod: 5.7 ± 1.3 volt) sammenlignet med raske børn (hånd: 3.4 ± 0.9 volt, fod 3.6 ± 1.3 volt) og mere abnorm i fod end i hånd. 20% af diabetikerne havde en vibrationstærskel over 95 percentilen (hånd: 5 volt, fod: 6.5 volt) for normale børn og unge. I den ikke-diabetiske gruppe havde drenge signifikant ($p < 0.002$) højere vibrationstærskel for fod (4.0 ± 1.4 volt) end piger (3.1 ± 0.8 volt), medens der ikke fandtes signifikant forskel mellem køn blandt diabetes børnene. Hos raske unge fandtes en signifikant korrelation ($r = 0.27$, $p < 0.01$) mellem tærskelværdien for vibrationssans i hånd og fod. Dette kunne ikke genfindes hos diabetikerne og antyder, at den reducerede tærskelværdi for vibrationssans bedst demonstreres på foden i denne gruppe. Alder, højde og Tanner udviklingsstadier var positivt korreleret ($p < 0.001$) til tærskelværdien for vibrationssans i begge grupper, men kun hos drenge. Der fandtes ingen signifikant sammenhæng mellem vibrationstærskelen og diabetes-varighed, HbA_{1c}, blodtryk eller BMI.

Undersøgelsen viser, at den biothesiometriske metode til bestemmelse af tærskelværdi for vibrationssans er nøjagtig og simpel at udføre. Tærskelværdien for vibrationssansen er øget hos unge med type 1 diabetes. Dette kan være første tegn på udvikling af diabetisk neuropathi og bør medføre undersøgelse af vibrationssansen med regelmæssige mellemrum hos teen-agere med insulin-dependent diabetes for at afklare, om intensiv behandling kan normalisere forholdene.

Selskabets 9. efteruddannelsesmøde 2. oktober 1993.

Mødeemne: ENDOKRINOLOGI OG DIABETES - HVAD NYT?

Mødet er tilrettelagt af Knud E. Petersen og Jørn Müller og ledes af Knud E. Petersen.

1. **Diagnose og behandling af juvenil thyreotoksikose i Europa.** Hans Perrild (Medicinsk afdeling B, Bispebjerg hospital).
2. **Behandling af pubertas præcox.** Søren Krabbe (Børneafdelingen, Centralsygehuset i Næstved).
3. **Prænatal behandling af adrenogenitalt syndrom.** Knud E. Petersen (Børneafdelingen, Kolding sygehus).
4. **Væksthormon, IGF-1 og bindingsproteiner relateret til type I diabetes i adolescensperioden.** Henrik B. Mortensen (Børneafdelingen, KAS Glostrup).
5. **Væksthormonbehandling af "short stature".** Knud W. Kastrup (Børneafdelingen, KAS Glostrup).
6. **Kønsdifferentiering og intersex.** Jørn Müller (Afdeling for Vækst og Reproduktion, Rigshospitalet).

Selskabets 647. videnskabelige møde 3. December 1993

Mødeemne: **FRIE FOREDRAG.**

Mødet ledes af Niels Christian Christensen.

1. **Børnecancerregistret - et landsdelsregister for børn med maligne sygdomme.** Kjeld Schmiegelow (Børneafdeling GGK, Rigshospitalet, København).
2. **Kardiovaskulære malformationer og deres relation til kariotyper hos piger med Turners syndrom.** Bente Krag-Olsen, Bent Østergaard Kristensen, Keld Sørensen, Carl-Otto Gøtzsche og Johannes Nielsen (Institut for Biologisk Psykiatri, Århus; Kardiologisk Afdeling, Skejby og Børneafdelingen, Randers Centralsygehus).
- 3.' **Prænatal udredning ved 11-hydroxylase- og 21-hydroxylasemangel (adrenogenitalt syndrom).** Jørn Müller og Knud W. Kastrup (Afdelingen for Vækst og Reproduktion, Rigshospitalet, København Ø, Børneafdelingen, Amtssygehuset, Glostrup).
4. **Adrenogenitalt syndrom. Diagnostik og behandlingskontrol med særligt henblik på spyttanalyser.** Brigitte Scherling, Inger G. Plum, Knud W Kastrup, Jørn Müller og Niels E Skakkebæk (Børneafdelingen og Klinisk Fysiologisk Nuklearmedicinsk afdeling, Amtssygehuset, Glostrup, Afdelingen for Vækst og Reproduktion, Rigshospitalet, København).
- 5.' **Kongenit hypoaldosteronisme (corticosteron-methyl-oxidase type I mangel.** Knud W. Kastrup og Wolfgang Sippell (Børneafdelingen, Amtssygehuset, Glostrup, Kiel).
6. **Chlamydia-infektioner hos børn.** Stense Farholt (Statens Seruminstitut).
- 7.' **Transkutan muskelbiopsi.** Lilian Bertel og Niels Hobolth (Børneafdelingen, Kolding Sygehus).
8. **Proteus syndrom.** Flemming Skovby og Jens Skaarup. (Børneafdelingen, Rigshospitalet, København, Børneafdelingen, Ålborg Sygehus).
9. **Rutinemæssig administration af ilttilskud til nyfødte præmature børn påvirker hjernegennemblødningen.** Kaare Lundstrøm, Ole Pryds og Gorm Greisen (Afdelingen for Nyfødte, Rigshospitalet, København).
- # Referat ikke modtaget.

BØRNECANCERREGISTRET - ET LANDSPATIENTREGISTER FOR BØRN MED MALIGN SYGDOMME.

K. Schmiegelow (børneafdeling GGK, Rigshospitalet, København).

Hvert år diagnosticeres i Danmark ca. 140 nye tilfælde af cancer hos børn mindre end 15 år. Disse patienter registreres med epidemiologiske data i Cancerregistret. Ved samkøring af Cancerregistreret og Dødsårsagsregistret giver dette mulighed for at vurdere overlevelsesdata for de forskellige diagnosegrupper. I modsætning hertil er den diagnostiske udredning, den givne behandling, recidivdata og seqv. kun i meget ringe grad kortlagt for danske børn med cancersygdomme. På den baggrund har de børneonkologiske enheder på Rigshospitalet, Odense Sygehus, Århus Kommunehospital og Ålborg Sygehus Nord etableret et landspatientregister for perioden 1. januar 1993 og fremefter. Heri registreres epidemiologiske og diagnostiske data, behandlingsdata samt end point data (recidiv, død, sekundær malignitet). Registret omfatter samtlige børn under 15 år med maligne sygdomme, hjernetumorer, teratomer, ganglioneuromer, myelodysplastiske syndromer, visse hæmangiomer og lymfangiomer samt histiocytosesyndromer uanset om disse er diagnosticeret og behandlet i de 4 danske børneonkologiske enheder. Registrets kompletthed sikres ved samkøring med Cancerregistret. Kortlægningen af sygdomsforløb ved disse lidelser vi kunne tjene som redskab til en større grad af centralisering af børneonkologien i Danmark samt være et vigtigt redskab i den børneonkologiske forskning. Registret er fysisk placeret på børneafdeling GGK, Rigshospitalet.

KARDIOVASKULÆRE MALFORMATIONER OG DERES RELATION TIL KARYOTYPER VED TURNERS SYNDROM.

B.Krag-Olsen, B.Østergaard Kristensen, K.Sørensen, C.-O.Gøtzsche & J.Nielsen (Cytogenetisk Laboratorium, Psykiatrisk Hospital i Århus & kardiologisk afdeling, Skejby Sygehus).

Prævalensen af kardiovaskulære malformationer (KVM) ved Turners syndrom (TS) angives i litteraturen meget forskelligt (17-44 %). Formålet med undersøgelsen er at belyse prævalensen af KVM hos en større gruppe ikke-hospitaliserede kvinder/piger med TS samt at belyse, om der er en sammenhæng mellem de forskellige karyotyper og typen af KVM.

Turner Centret på Cytogenetisk Laboratorium i Risskov har i marts 1988 kendskab til 223 med TS. Dette svarer til 57 % af i alt 339 med TS registreret i Dansk Cytogenetisk Centralregister. 179 af 223 (80 %) deltager i undersøgelsen og får foretaget ekkokardiografi (M-mode, 2-dimensionel og doppler undersøgelse). Gennemsnitsalder 23 år ($\frac{1}{2}$ -46 år). Karyotypefordeling 103 (58 %) 45,X, 63 (35 %) mosaik monosomi og 13 (7 %) strukturel X-kromosomabnormitet.

26 % (46 af 179) har en KVM. 18 % har en aortaklapabnormitet, og hyppigst ses bikuspid aortaklap (14 %) og næsthypigst coarctatio aorta (10 %). Tilstedeværelsen af KVM er relateret til karyotypen og ses signifikant hyppigere ved karyotype 45,X (38 %) end ved mosaik (11 %). Ingen med partiel monosomi har KVM.

Dette materiale er langt større end hidtil publicerede, og selv om den fundne prævalens formentlig er i overkanten, idet de mindst stigmatiserede med TS ikke er diagnosticerede, er den fundne prævalens af KVM så høj, at det absolut må tilrådes, at alle med TS får foretaget ekkokardiografi, når diagnosen TS er stillet.

ADRENOGENITALT SYNDROM. DIAGNOSTIK OG BEHANDLINGSKONTROL MED SÆRLIGT HENBLIK PÅ SPYTANALYSER.

B. Scherling, I.G. Plum, K.W. Kastrop, J. Müller, N.E. Skakkebak & H.D. Petersen (Børneafdelingen og Klinisk Fysiologisk Nuklearmedicinsk afdeling KAS Glostrup & Afdelingen for Vækst og Reproduktion Rigshospitalet).

Behandlingsmålet for patienter med adrenogenitalt syndrom (AGS) er at give netop så meget af det manglende glukortikoid, at steroidbivirkninger undgås og øget androgenpåvirkning undgås, således, at der opnås normal vækst, pubertetsudvikling og fertilitet.

Traditionelt har man i den biokemiske diagnostik og kontrol benyttet sig af serum-17-hydroksyprogesteron (17-OH-P), serum-androstendion og steroidmetabolitundersøgelse i urin. På grund af den fysiologiske døgnsvingning af både 17-OH-P og androstendion kan enkeltværdier være vanskelige at tolke. Det er derfor af interesse at kunne måle værdierne i spyt, således at patienterne på en nem måde kan opsamlе prøverne flere gange i løbet af dagen.

Spytanalyserne for både 17-OH-P og androstendion er blevet udviklet på Klinisk Fysiologisk Nuklearmedicinsk afdeling KAS Glostrup. Der benyttes radioimmunoassay. Spytet opsamlес på vatruller. Til metoden behøves kun 50 μ l spyt.

Korrelationskoefficienten mellem 17-OH-P i serum og spyt fra i alt 98 prøver er 0,92, og korrelationskoefficienten mellem androstendion i serum og spyt er ligeledes 0,92.

Dagsprofiler af både 17-OH-P og androstendion i serum og spyt fra to AGS-patienter viser store svingninger, men serum- og spytkurverne følger hinanden pænt.

Dagsprofiler af 17-OH-P i spyt fra 1 patient i tre forskellige dosisregier viser flad kurve, uden den fysiologiske døgnsvingning ved højeste dosis og jo mindre dosis des større svingninger. Selv lille dosisændring giver markante forskelle.

Spytprofilerne giver os mulighed for at regulere på hydrokortisondosis i løbet af dagen. Der er fortsat stor usikkerhed med hensyn til, hvordan dosis bedst fordeles. Ved en større klinisk undersøgelse vil værdien af spytprofilerne i kontrollen af patienter med AGS blive evalueret.

FOREDRAG I DPS 3/12-93: CHLAMYDIA INFEKTIONER HOS BØRN.

S. Farholt (neisseriaafdelingen, Statens Seruminstitut).

Der findes tre humanpatogene Chlamydia (C.) arter, nemlig C. pneumoniae, C. psittaci og C. trachomatis. Alle tre arter kan forårsage sygdom hos børn.

C. pneumoniae er en luftvejspatogen, som formentlig er en sjælden årsag til sygdom hos børn. Øvre såvel som nedre luftvejsinfektioner er dog beskrevet hos børn fra et års alderen. Diagnosen stilles ved dyrkning. Serologisk undersøgelse med påvisning af antistoffer er en anden mulighed.

C. psittaci forårsager sygdommen ornithose også kaldet psittacose, som er sjældent forekommende hos børn. Smitte overføres primært fra inficerede fugle. Sygdommen kan optræde epidemisk. Under epidemier kan smitte overføres fra menneske til menneske. Infektionen kan give anledning til influenzalignende sygdom, pneumoni eller et sepsislignende forløb uden respirationsvejs symptomer. Sygdommen er ofte mildt forløbende hos børn. Diagnosen stilles serologisk ved påvisning af en fire-fold titerstigning i antistoffer, som er rettet mod et antigen, som er fælles for alle Chlamydia arter. Herefter undersøges, om det drejer sig om antistoffer rettet specifikt mod C. pneumoniae eller C. trachomatis. Smittekilden søges opsporet. Sygdommen er anmeldelsespligtig.

C. trachomatis er den Chlamydia art, som hyppigst forårsager sygdom hos børn. Der findes to smittemåder: Smitte fra mor til barn under fødslen eller seksuelt overført smitte. Sygdomsbillederne varierer med barnets alder. De to kvantitativt vigtigste sygdomme er conjunctivitis i neonatalperioden og pneumoni i spædbarnsperioden. Fra seks måneders alderen til børnene bliver seksuelt aktive er sygdom forårsaget af C. trachomatis yderst sjældent forekommende. I barneårene kan ses otitis media og vaginitis (obs. seksuelt misbrug). Hos seksuelt aktive unge ses urethritis, cervicitis, salpingitis, epididymitis, conjunctivitis og Reiters syndrom. Diagnosen bør hos børn altid stilles ved brug af dyrkning, da denne metode er 100% specifik. Eventuelt kan anvendes mikroskopi af udstrygningspræparat ved conjunctivitis. Findes C. trachomatis hos børn inden for første leveår, bør moderen og dennes partner(e) undersøges og behandles.

Dyrkning af Chlamydia er en undersøgelse, hvor resultatet er stærkt afhængig af korrekt prøvetagning. Chlamydia inficerer epithelceller og ikke pusceller. Derfor skal eventuel pus fjernes med steril vatpind forud for prøvetagning. Med en Chlamydia podepind podes fra relevant slimhinde. For at få epithelceller med er det vigtigt med god kontakt mellem slimhinde og podepind. Alternativt ved infektion i luftvejene kan anvendes sugning med sterilt sug i nasopharynx eller trachea. Prøvemateriale sendes i Chlamydia transportmedium (SSI) til laboratoriet. Prøven skal helst være fremme inden for 24 timer. Indtil afsendelse skal prøven opbevares i køleskab.

Til behandling af Chlamydia infektioner hos børn anvendes erythromycin. Til unge kan i stedet anvendes tetracyclin. Behandlingsvarigheden er afhængig af sygdommen. Det anbefales idag, at conjunctivitis hos det nyfødte barn og pneumoni hos det spæde barn forårsaget af C. trachomatis behandles med erythromycin 50 mg/kg/d fordelt på 4 doser pr. dag i 2 uger.

PROTEUS SYNDROM

F.Skovby & J.Schaarup. (Børneafdelingen, Rigshospitalet, København & børneafdelingen, Ålborg Sygehus).

Den græske havgud Proteus kunne let undslippe ved at antage andre skikkelser og former. Wiedemann et al. foreslog derfor i 1983 betegnelsen Proteus syndrom for et broget sygdomsbillede hos fire drenge med bl.a. partiel gigantisme, hemihypertrofi, plantar hyperplasi, hyperostoser, macrocefali, epidermale nævi, hæmangiomer, lipomer og lymfangiomer.

Vi præsenterer her to danske børn med Proteus syndrom. Den første patient, en 8-årig pige, præsenterede med 35 centimeters hypertrofi og plantar hyperplasi af højre underekstremitet, kranial asymmetri, hyperostoser og epidermale nævi. En thorakal kyfose med spinalstenose nødvendigjorde tre år senere en spondylodese. Pigen døde postoperativt af en lungeembolus. Den anden patient, en et år gammel pige, præsenterede med et stort lipom på ryggen og med hyperplasi af huden i begge håndflader.

Årsagen til Proteus syndrom er antageligvis en postzygotisk mutation, der giver en somatisk mosaik. Der er beskrevet ca.80 tilfælde af Proteus syndrom; det mest kendte er "elefantmanden" Joseph Carey Merrick.

RUTINEMÆSSIG ADMINISTRATION AF ILTTILSKUD TIL NYFØDTE, PRÆMATURE BØRN PÅVIRKER HJERNEGENNEMBLØDNINGEN.

Kaare E. Lundstrøm, Ole Pryds og Gorm Greisen. Neonatal afd. GN, Rigshospitalet.

Baggrund. Høj arteriel ilttension hos såvel børn som voksne medfører et fald i hjernegennemblødningen (CBF), men CBF normaliseres synkront med PaO₂. Undersøgelser har indikeret 1. at det ofte er muligt at stabilisere nyfødte, præmature børn med intet eller kun lidt ilttilskud umiddelbart efter fødslen og 2. at CBF hos præmature børn ikke normaliseres samtidig med normalisering af PaO₂.

Hypotese. Lavt CBF hos nyfødte, præmature børn er forårsaget af iltbehandling.

Metode. I henhold til statistisk styrketest blev 70 præmature børn (GA < 33 fulde uger) inden fødslen randomiseret til ved den initiale stabilisering på fødestuen at modtage 21% ilt (grI) eller 80% ilt (grII). Børn i grI fik dog ilttilskud ved behov. Efter ankomst til neonatal afdeling blev alle børn behandlet efter afdelingens vanlige retningslinier. To timer post partum blev CBF målt med Xe-clearance, hjertets minutvolumen (LVO) målt med ultralyd/Doppler og en række respiratoriske, circulatoriske og hæmatologiske parametre noteret.

Ekklusionskriterier: Svære misdannelser og respiratorbehandling mindre end to timer efter fødslen.

Statistik. Mann Whitney test, χ^2 -test, ANCOVA og multibel lineær regression.

Resultat. Et barn ekskluderedes p.g.a. respiratorbehandling. Der var ingen forskel grupperne imellem vedr. perinatale data inkl. GA og FV, hgb., pCO₂, BS, MABT.

I gruppe I fik ni børn (26.5%) extra ilt ved fødslen.

Værdier er angivet som medianværdier (IQR).

	GrI	GrII	p
CBF ml/100g/min	15,9 (13,6-21,9)	12,3 (10,7-13,8)	<0,0001
LVO ml/kg/min	235 (209-282)	202 (178-256)	0,10

Ved ANCOVA fandtes randomisering at være den eneste significant betydende faktor for forskellen i CBF mellem grupperne. Der var ingen significant forskel i outcome grupperne imellem.

Konklusion. 1. Det er muligt at stabilisere størstedelen af præmature børn uden brug af ilttilskud. 2. Rutinemæssigt ilttilskud til præmature børn medfører lavere CBF i timerne efter fødslen. 3. Der kræves yderligere undersøgelser for at vurdere den kliniske betydning af ren ilt ved den initiale behandling af præmature børn.

Selskabets 648. videnskabelige møde 7. januar 1994

Mødeemne: NEUROPÆDIATRI

Mødet er tilrettelagt og ledes af Søren Anker Pedersen.

1. **MR spektroskopi og cerebralt blood flow som prediktorer for følger efter perinatal asfyksi.** Helle Leth, Peter Toft, Ole Pryds, Birgit Peitersen, Hans Lou, Ole Henriksen (Børneafdelingen, MR-afdelingen, Hvidovre Hospital, og neonatalafdelingen, Rigshospitalet).
2. **Lamotriginbehandling hos Rett piger.** Peter Uldall (Epilepsihospitalet Dianalund).
3. **Corpus callosum agenesi hos børn.** Lene Hyldahl, Niels H. Rasmussen (Børneafdelingen, Hvidovre Hospital, og Børneafdelingen, Esbjerg Centralsygehus).
- 4.# **X-bunden-adrenoleucodystrofi.** Jette Buchholt, Flemming Skovby, Marianne Schwartz, Ernst Christensen, Peter Uldall (Epilepsihospitalet Dianalund, børneafdelingen og klinisk metabolisk afdeling, Rigshospitalet).
5. **Hallervorden-Spatz syndrom. Beskrivelse af sygdomsforløb og diagnostik.** John R. Østergaard (Børneafdelingen, Århus Kommunehospital).
6. **Feberkramper. Recidivrisiko - behandling.** Finn Ursin Knudsen (Børneafdelingen, KAS Glostrup).
- 7.# **Forekomsten af vidtgående handicap blandt 1-årige børn i Fyns Amt.** Jette Garde Christensen og Karl Wulff (Børneafdelingen, Odense Sygehus).
- 8.# **Førskolebørn i amtslige special dag- og døgninstitutioner, epidemiologi og diagnostisk spektrum.** Leif Normann Rasmussen og Karl Wulff (Børneafdelingen, Odense Sygehus).
9. **Forekomst, klinik, operationsindikation og -resultater hos børn med simple kraniedysplasier.** John R. Østergaard, Leif Christensen, Steen Sindet-Pedersen, John Jensen, Jens Kragsskov, Carsten Gyldensted (Børneafdelingen, neurokirurgisk afdeling, neuroradiologisk afdeling, samt afdelingen for tand-, mund-, og kæbekirurgi, Århus Kommunehospital og Odontologisk Institut).
10. **Behandling af de komplekse kraniofaciale misdannelser.** Leif Christensen, John R. Østergaard, Steen Sindet-Pedersen, John Jensen, Jens Kragsskov, Carsten Gyldensted (Børneafdelingen, neurokirurgisk afdeling, neuroradiologisk afdeling, samt afdelingen for tand-, mund-, og kæbekirurgi, Århus Kommunehospital og Odontologisk Institut).
- # **Referat ikke modtaget.**

LAKTAT OG CBF SOM PREDIKTORER VED PERINATAL ASFYKSI

H.Leth, P.B.Toft, O. Pryds, B. Peitersen, H. Lou og O. Henriksen.

(Børneafdelingen og MR-afdelingen Hvidovre Hospital, Neonatalafdelingen Rigshospitalet og Kennedy Institutet).

For det mature nyfødte barn indebærer perinatal asfyksi den største risiko for neonatal død og udviklingsmæssige handicap. Formålet med undersøgelsen var at påvise tidlig, alvorlig hjerneskade efter perinatal asfyksi ved at demonstrere laktat akkumulation i hjernen v.h.a. proton-MR spektroskopi og cerebral hyperperfusion ved Xenon-clearance metoden. Vi inkluderede 18 børn, der var normalvægtige for gestationsalderen og som var født efter fulde 36 uger. Middelværdien af navlesnors pH var 6.95 og gennemsnits Apgar score ved 5 min. var 4.5. Ved den neurologiske vurdering i 5 måneders alderen var 4 af børnene døde indenfor den første uge, 3 børn havde et moderat til svært neurologisk handicap og resten af børnene så ud til at udvikle sig normalt ved denne tidlige vurdering. Ved MR undersøgelsen indenfor den første uge efter fødslen fandtes en stærk korrelation mellem mængden af laktat i hjernen og et alvorligt udkomme ($p=0.0003$), ligesom der også var en statistisk sammenhæng mellem cerebral hyperperfusion og dårlig prognose ($p=0.02$). Alle børn med dårlig prognose havde strukturelle forandringer i varierende grad på MR billederne indenfor den første uge. De første dage kan forandringerne være meget diskrete. Sikre patologiske forandringer kunne påvises i slutningen af første leveuge.

Den nye tekniske udvikling i MR gør det muligt på samme tid, at få oplysninger om såvel hæmodynamiske som strukturelle og biokemiske ændringer i hjernen efter svær asfyksi. Samtidigt er overvågningsmulighederne blevet betydeligt forbedret, ligesom det nu er muligt at udføre mekanisk ventilation og i øvrigt fortsætte al igangværende behandling under undersøgelsen. Med den hastige udbredelse af MR scannere vil denne undersøgelse, sammen med E.e.g. og den kliniske undersøgelse, bidrage væsentligt til at stille en mere sikker prognose og være en værdifuld støtte ved den meget vanskelige beslutning om, hvornår fortsat behandling er udsigtsløs. Og endelig vil en meget tidlig påvisning af en betydelig laktatophobning i hjernen efter asfyksi kunne være den indikator, der i fremtiden vil kunne identificere de børn, der kunne have glæde af en eventuel neuroprotektiv behandling.

BEHANDLING MED LAMOTRIGIN TIL RETT SYNDROM

P. Uldall, F. Juul Hansen & B. Tonnbj (Dianalund Epilepsihospital, Rigshospitalet, Habiliteringsenheden Halmstad)

Fornylig har man beskrevet et forhøjet indhold af glutamat i cerebrospinal-væsken hos piger med Rett syndrom. Da den antikonvulsive effekt af lamotrigin formentlig skyldes inhibition af glutamatfrigørelsen blev dette medikament givet som add-on stof til 4 piger med Rett syndrom. Alle patienter responderede med en anfaldsreduktion på mere end 50% og rapporterede en bedre almentilstand. Desuden omtales muligheden af behandling med magnesium til piger med Rett syndrom m.h.p. at mindske hyperventilationstilfælde.

CORPUS CALLOSUM AGENESI HOS BØRN

Hyldahl L. & Rasmussen N.H. (Børneafdelingen, Esbjerg Centralsygehus).

10 børn fik i perioden 1978 - 92 påvist corpus callosum agenesi (CCA) ved CT-scanning. I 1992 blev børnene gennemgået samlet, og diagnosen sikret ved gennemgang af CT-scanningsbilleder ved neuroradiolog. 8 børn havde partiel CCA og 2 havde totalt CCA.

2 brødre med Walker-Warbourg syndrom døde få måneder gamle.

Herudover havde 2 andre børn CCA som led i syndrom, en havde Aicardies syndrom og 1 foetalt alkoholsyndrom. Der var 3 børn med kromosomanomalier: 1 inversion på kromosom nummer 1, 1 FRA (2)q(13), 1 inversion på kromosom nummer 3.

Der var 4 børn med andre CNS-malformationer end CCA, det var i form af henholdsvis let generel atrofi af cerebrum, hydrocephalus, septum-pellucidumcyste og arachnoidal cyste.

Af craniofaciale misdannelser havde 7 børn let hypertelorisme og høj ganebue, en havde desuden defekt i vertex cranii (1 cm i diameter).

Af øjenforandringer havde 4 udtalt mydriasis, 1 pigmenterede pletter i retina.

Af misdannelser i øvrige organsystemer havde 2 børn hydronephrose og retentio testis. Der var 1 barn med diabetes incipidus iøvrigt ingen med hormonal dysfunktion.

De 8 nulevende børn var alle psykomotorisk retarderede og 2 havde tillige epilepsi.

Resultaterne stemmer overens med andre undersøgelser af børn med CCA, at CCA ses som led i mange forskellige syndromer og kromosomanomalier, og at børnene hyppigt (måske altid) er psykomotorisk retarderede, foruden der hyppigere forekommer dysmorft udseende, øjenforandringer og epilepsi.

HALLERVORDEN-SPATZ SYNDROM.

John R. Østergaard (Pædiatrisk afdeling A, Århus Kommunehospital).

Hallervorden-Spatz syndrom tilhører gruppen af neurodegenerative sygdomme. Klinisk karakteriseres den ved debut inden 10-(20) års alderen, specielt i form af gangbesvær. Der er symptomer fra både det ekstrapyramidale system med rigiditet, dystoni, tremor eller choreatetose og pyramidebanerne med spasticitet, hyperaktive dybe reflekser og positiv Babinski. Herudover intellektuel reduktion. Neuropatologisk ses jernaflejringer i globus pallidus og eventuelt substantia nigra. Diagnostisk er derfor en meget kraftig hypointensitet (jernaflejring) i basalganglierne på de T₁-vægtede MR-billeder. Disse forandringer ses dog først efter nogle års symptomer. Efterhånden ses i globus pallidus en central hyperintensitet - det såkaldte "eye of the tiger"-fænomen. Sygdommen nedarves autosomt recessivt, men 50% af de kendte tilfælde er opstået ved mutation.

Videoptagelser af et barn med Hallervorden-Spatz syndrom demonstrerer udviklingen af symptomerne fra 2½ års alderen og frem til 5 dage før mors 8½ år gammel. Behandlingen er symptomatisk og retter sig medikamentelt mod de pyramidale og ekstrapyramidale symptomer. Som et godt alternativ kan stereotaktisk thalamotomi komme på tale.

FEBERKRAMPERS LANGTIDSPROGNOSE MED OG UDEN PROFYLAKSE.

F.U. Knudsen, A. Pærregaard, R. Andersen & J. Andresen (Børneafdelingen, Københavns Amts Sygehus i Glostrup).

Det er uklart, om feberkrampebørns langtidsprognose bedres af forebyggende behandling. I 1978-80 blev alle børn med første tilfælde af feberkrampe, indlagt på børneafdelingen, Københavns Amts Sygehus i Glostrup, randomiseret til enten intermitterende diazepam profylakse (n=152) eller akut diazepam i tilfælde af kramper, men ingen profylakse (n=137). Børn indlagt på lige dato fik diazepam 0,5 mg/kg hver 12. time ved temperatur over 38,5. Børn indlagt på ulige dato fik ingen profylakse, men akut diazepam i tilfælde af kramper. Børnene blev fulgt i 18 måneder, og recidivfrekvensen i profylaksegruppen var 12% versus 38% i kontrolgruppen. De to grupper børn, som er fuldt sammenlignelige bortset fra behandlingen, er nu genindkaldt ca. 12-16 år gamle m.h.p. vurdering af epilepsiforekomst, intelligenskvotient og andre kognitive funktioner, neurologisk undersøgelse, undersøgelse af motoriske funktioner, skolepræstationer og sociale forhold. De kognitive funktioner blev vurderet ved testbatteri omfattende WISC-IQ, hukommelsesfunktioner, visiomotorisk hastighed og læsetest. Standardiseret skoleudtal-else/vurdering indhentes fra skolen. Kun 2 børn iblandt 289 havde på undersøgelsestidspunktet epilepsi, 1 i profylaksegruppen (0,7%) og 1 i kontrolgruppen (0,8%). Blandt danske feberkrampebørn er epilepsirisikoen ved langtids follow-up lav, og prognosen bedres ikke ved profylakse sammenlignet med akut behandling. Børnenes skolepræstation og IQ var ligeledes uafhængig af terapivalg.

FOREKOMST, KLINIK, OPERATIONSINDIKATION OG -RESULTATER HOS HOS BØRN MED SIMPLE KRANIESYNOSTOSER.

John R. Østergaard, Leif Christensen, Steen Sindet-Pedersen, John Jensen, Jens Kragsskov, Carsten Gyldensted (Børneafdelingen, neurokirurgisk afdeling, neuroradiologisk afdeling, samt afdelingen for tand-, mund-, og kæbekirurgi, Århus Kommunehospital og Ortodontisk Institut, Tandlægeskolen, Århus.

De simple kraniesynostoser forekommer med en hyppighed på 1:3000. Hyppigst ses præmatur synostose af sutura sagittalis resulterende i scaphocephali (bådskranium). Plagiocephali ses ved synostose af sutura coronalis (frontal) eller sutura lambdoidea (occipital). Bilateral synostose af sutura coronalis giver brachycephali. Det Kraniofaciale Center ved Århus Kommunehospital har i perioden 1991-1993 behandlet 32 børn med simple kraniosynostoser, heraf 18 med scaphocephali, 10 med plagiocephali, 3 med brachycephali og 1 med trigonocephali (præmatur synostose af sutura metopica). Blandt disse 32 børn fandtes betydende ledsagende sygdomme hos 12 af børnene, herunder 8 med psykomotorisk retardation. Tværfaglig behandling på kraniofacial center, hvor også pædiater er tilknyttet skal derfor anbefales - også til børn med de simple kraniofaciale misdannelser. Man kender ikke årsagen til de præmature synostoser, men som i udenlandske serier fandtes overrepræsentation af drengébørn (78%), tvillingegraviditeter (6%), og 1. og 2. grads disposition (9%). Behandlingen tager sigte på at reducere et eventuelt ledsagende forhøjet intrakranielt tryk, men er primært kosmetisk. Det optimale operationstidspunkt er inden for første ½ leveår.

BEHANDLING AF KRANIOFACIALE SYNDROMER

L.Christensen, J.Østergaard, S.Sindet-Petersen.(Det kraniofaciale center ved Århus Universitetshospital).

De kraniofaciale syndromer er først og fremmest kendetegnet ved de ofte meget skæmmende vækstbetingede misdannelser i ansigt og kranie. Dertil kommer en række misdannelser i andre organsystemer.

De kraniofaciale misdannelser findes i varierende sværhedsgrad indenfor samme syndrom, og naturligvis syndromerne imellem. De sværeste misdannelser ses hyppigst ved Apert's syndrom, medens de sværest behandlelige findes ved Treacher-Collin's syndrom, hvor hele ansigtsmorfologien er svært misdannet. Behandlingen af Treacher-Collin's syndrom er helt speciel, og vil ikke blive yderligere berørt.

Til de øvrige kraniofaciale misdannelser hører brachycephali med supraorbital hypoplasi, oxycephali, exopthalmus og maxillær hypoplasi, medførende mandibulært overbid. Ved Sathre-Chotzen findes brachycephali, plagiocephali og ansigtsscoliose.

Den kirurgiske behandling rettes først og fremmest mod brachycephalien og den maxillære hypoplasi.

Den frontoorbitale avancering, hvor os frontalis og arcus supraorbitalis på begge sider føres frem korrigerer brachycephalien eller plagiocephalien, skaber plads til cerebrum og mindsker exopthalmus. Udføres før 6 månedefes alderen.

Ved Le Fort III osteotomi løsnes hele maxilkomplekset fra kraniebasis, bringes i normal position i forhold til mandibel og øjne og fikseres med titanium miniplate system. Udføres bedst i 12-14 års alderen, men tidligere operation kan komme på tale i tilfælde af svær nasopharyngeal stenose eller svær exopthalmus med recidiverende bulbusluxationer.

De nævnte to indgreb kan kombineres i en såkaldt monoblokosteotomi.

Forud for sidstnævnte to indgreb går en uundværlig, ofte langvarig ortodontisk behandling.

Planlægning og behandling er kompleks og bør foregå i et center med et multidisciplinært team og et tæt samarbejde med børneafdeling, primærsektor og socialforvaltning i barnets hjemamt.

Ved det Kraniofaciale Center ved Århus Universitetshospital er der i perioden 1990 til 1993 undersøgt og behandlet 15 med Crouzon, 7 med Apert, 2 med Pfeiffer, 1 med Sathre-Chotzen, 2 med Treacher-Collin og 6 med andre syndromer.

Der er foretaget 16 frontoorbitale avanceringer og 9 Le Fort III/monoblok osteotomier.

Resultaterne kan kun bedømmes ved før og efter fotos, som vises ved præsentationen.

Vi har haft to infektioner, den ene konservativt, den anden kirurgisk behandlet. Begge uden alvorlige sequelae. Vi har iøvrigt ikke haft komplikationer.

Selskabets 10. efteruddannelsesemøde 8. januar 1994

Mødeemne: NEUROPÆDIATRI

Mødet er tilrettelagt og ledes af Søren Anker Pedersen.

NYERE BEHANDLINGSMULIGHEDER VED CEREBRAL PARESE

1. **Funktionel el-stimulation. Virkningsmekanismer og indikationer.** Jesper Mai og John R. Østergaard (neuromedicinsk afdeling og børneafdeling, Århus Kommnehospital).
2. **Resultat af en blindet undersøgelse - Århus.** John R. Østergaard og Jesper Mai (børneafdeling og neuromedicinsk afdeling, Århus Kommnehospital).
3. **Foreløbige resultater af elektrisk el-stimulation - Rigshospitalet.** Flemming Juul Hansen, Ulla Haugsted, Grethe Herbst, Peter Uldall (neuropædiatrisk ambulatorium, Rigshospitalet).

RHIZOTOMI

4. **Selektiv posterior rhizotomi - introduktion.** Steen Midholm.
5. **Hvilke børn tilbydes operation og tilrettelæggelse af det præ- og postoperative forløb.** Karl Wulff.
6. **Præoperativ fysioterapeutisk vurdering - videodemonstration.** Lisbeth Torp-Pedersen.
7. **Operationsforløb og peroperativ EMG-vurdering.** Hans Høgenhaven og Steen Midholm.
8. **Foreløbige resultater - videodemonstration.** Steen Midholm og Lisbeth Torp-Pedersen.
9. **Computerassisteret analyse af bevægelighed hos børn med CEREBRAL PARESE.** Karl Wulff og Lars Poulsgaard. (Rhizotomigruppen Odense Sygehus er et samarbejde mellem børneafdelingen, neurokirurgisk afdeling, neurofysiologisk afdeling samt fysioterapiafdelingen, Odense Sygehus).
10. **Cerebral Parese Registrets virke og resultater.** Peter Uldall.

INTRAKTABEL EPILEPSI

11. **Intraktabilitet - mulig definition.** Peter Uldall.
12. **Medicinsk behandling - behandlingsstrategi.** Peter Uldall.
13. **Epilepsi-kirurgisk behandling - aktuel status.** Søren Anker Pedersen.

Selskabets 649. videnskabelige møde 4. marts 1994.

Mødeemne: OMSORGSSVIGT.

Mødet er tilrettelagt og ledes af Tony Olesen.

- 1.[#] **Prænatal omsorgssvigt. Børn af mødre med alkohol- og stofproblemer.** May Ohufsson (Familieambulatoriet, Hvidovre Hospital).
- 2.[#] **Münchhausen by proxy - diagnostiske, tekniske og juridiske aspekter.** Søren Pedersen og Knud E. Petersen (Børneafdelingen, Kolding Sygehus).
3. **Omsorgssvigt ? Viden om de 0-3 årige på baggrund af sundhedsplejeskesøg.** Else Christensen (Socialforskningsinstituttet).
4. **Omsorgssvigt mod børn - en kvalitativ analyse af en pædiatrisk afdeling af disse børn.** Sannie Nordly, Elisabeth A. Holm og Niels Michelsen (Københavns Universitet).
- 5.[#] **Shaken Baby syndrome.** Ebbe Thisted (Børneafdelingen, Hvidovre Hospital).
6. **Spørgeskemaundersøgelse vedrørende børneafdelingens retningslinier for evaluering af seksuelt misbrug.** Flemming Ørnskov og Tony Olesen (Børneafdelingen, Rigshospitalet).
7. **Vurdering af 90 videooptagede politiafhøringer af børn, som formodes udsat for seksuelt misbrug i perioden 1986-1991.** Tony Olesen, Ilse Schegel, Kai Herman og Erik Merlung (børneafdelingen, Rigshospitalet, Smørum Kommune, Glostrup Politi og Statsadvokaturen).

OMSORGSSVIGT? VIDEN OM DE 0-3-ÅRIGE PÅ BAGGRUND AF SUNDHEDSPLEJERSKEBESØG.

E. Christensen (Socialforskningsinstituttet)

En landsdækkende kvantitativ undersøgelse af udbredelsen og arten af omsorgssvigt i aldersgruppen 0-3 år. Undersøgelsen er baseret på postspørgeskemaer sendt til alle landets sundhedsplejersker. Der er en svarprocent på 83%. Besvarelsen af spørgeskemaet er anonym og det er ikke muligt at identificere enkelte børn eller familier ud fra skemaerne. I alt er der oplysninger om ca. 78.000 børn, heraf ca. 50.000 under 1 år. Dvs at 90% af børneårgangen under 1 år er med i undersøgelsen. Tallene for de under 1-årige er derfor repræsentative. Oplysningerne for de 1-3-årige afspejler hvilke familier, sundhedsplejerskerne har kontakt med.

Undersøgelsen opererer med begreberne "sociale behovsbørn" og "omsorgssvigt". Først er der en indkredsning af hvor mange børn, der er "sociale behovsbørn". "Sociale behovsbørn" defineres som børn, hvor sundhedsplejersken af sociale grunde og med udgangspunkt i en bekymring for barnets tarv og velfærd har aflagt et eller flere ekstra besøg. Dvs der er tale om børn, der i kortere eller længere tid må betragtes som truede med hensyn til sundhed og udvikling. 10% af de 0-årige betegnes som "sociale behovsbørn".

Inden for gruppen af sociale behovsbørn er det dernæst undersøgt, hvor mange børn, der er udsat for omsorgssvigt fra forældrenes side. Der skelnes mellem fire former for omsorgssvigt: aktivt fysisk, passivt fysisk, aktivt psykisk og passivt psykisk omsorgssvigt, der hver især defineres via en række konkrete, observerbare handlinger eller spor efter handlinger, som ud fra hvad man ved fra udviklingspsykologien kan have skadelige konsekvenser for barnets sundhed og udvikling. I gruppen af børn under 1 år (altså de repræsentative tal) er 1% udsat for aktiv fysisk omsorgssvigt, 4% for passiv fysisk omsorgssvigt, 2% for aktiv psykisk omsorgssvigt og 4% for passivt psykisk omsorgssvigt. Det er ikke muligt ud fra data at sige, hvor mange børn, der er udsat for mere end én af de nævnte former for omsorgssvigt. Urbaniseringsgraden har ikke nogen indflydelse på hyppigheden af omsorgssvigt, hvorimod der er lidt flere "sociale behovsbørn" i Aalborg, Aarhus, København og Odense.

Det fremgår, at de passive former for omsorgssvigt er de hyppigst forekommende. For det passive fysiske omsorgssvigt drejer det sig især om ernæringsproblemer og forsømmelser mht nødvendige lægebesøg. Det passive psykiske omsorgssvigt drejer sig om forældrenes manglende evne til at etablere en dagligdag for barnet og til at aflæse og reagere adækvat på barnets følelsesmæssige og kropslige signaler.

Undersøgelsen i sin helhed er beskrevet i rapporten: Omsorgssvigt? Socialforskningsinstituttet. Rapport 92:7.

OMSORGSSVIGT MOD BØRN

S. Nordly & E.A. Holm

Formål: Undersøge en pædiatrisk afdelings behandling af og omsorg for børn, der indlægges, fordi de har været udsat for omsorgssvigt.

Ud fra socialforvaltningens sager på ovennævnte børn undersøges hvilke konsekvenser, hospitalets handlinger fik for barnet og dets familie.

Metode: Der anvendtes kvalitativ analyse, fordi den gav mulighed for at beskrive hele barnets situation.

Ud fra data fra journalerne og sygeplejekardex udarbejdedes et resumé om hvert barns sociale situation og hospitalets behandling.

På socialcentrene fik vi oplysninger om, hvad der var gjort af tiltag efter børnenes udskrivelser.

Materiale: Børn 15 år indlagt under diagnosen "Battered Child Syndrome" på en valgt pædiatrisk afdeling i Storkøbenhavn i 1991 og 1992. Dette giver journaler på 9 børn.

Resultater: Barnets indlæggelser foranlediges i 3 tilfælde af en skolelærer, i 2 tilfælde af vuggestuepædagoger, i 2 af familie og de sidste to af socialforvaltningen.

6 af børnene havde udenlandske forældre.

8 børn var kun indlagt i 2 dage.

Formelle oplysninger som køn, alder, søskende og fysisk udvikling fandtes i samtlige journaler.

Alle børn undersøges desuden somatisk, dog manglede i alle journaler oplysninger om højde, vægt, en grov neurologisk undersøgelse og en vurdering af barnets umiddelbare psykiske tilstand.

Der var i samtlige journaler en påfaldende diskrepans mellem beskrivelsen af barnets fysiske læsioner og udseende på de kliniske fotos. Der er en tendens til, at lægen underdriver læsionernes omfang.

Ud fra socialcentrenes oplysninger fremgik følgende:

7 af børnenes familier var allerede inden indlæggelsen kendte i socialforvaltningen på grund af omsorgssvigt.

8 af børnene udskrives til midlertidigt ophold uden for hjemmet.

Konklusion: I gennemgangen af journalerne fandtes mange punkter, hvor hospitalets indsats kunne forbedres.

Dette kan blandt andet ske ved, at der på enhver pædiatrisk afdeling findes en detaljeret instruks for behandling og omsorg for disse børn.

Instruksen bør indeholde følgende punkter:

- Omsorgssvigt indberettes. (Alene på mistanken)
- 1 læge + 1 sygeplejerske udvælges som kontaktpersoner og
- Psykolog + socialrådgiver indgår i behandlerteam
- Behandlingsplan udarbejdes af teamet
- Indlæggelsestid minimum 1 uge
- Detaljeret socialpædiatrisk anamnese
- Samtaler mellem behandlerteam og forældrene løbende under indlæggelsen
- Professionel tolkebistand

Følges denne instruks kan man opnå tilstrækkelig viden om barnet til at sikre både hospitalet og socialforvaltningen bedst mulige vilkår for at hjælpe truede børn og deres forældre.

Den grundlæggende forudsætning for dette arbejde er en erkendelse af, at mange børn er udsat for omsorgssvigt.

Afdelingen for Social Medicin, Københavns Universitet

Afdelingen for børn og unge, Socialdirektoratet, Københavns kommune

SPØRGESKEMAUNDERSØGELSE VEDRØRENDE BØRNEAFDELINGERS
RETNINGSLINIER FOR EVALUERING AF SEKSUELT MISBRUG.
F.Ørnskov & T.Olesen (Børneafdeling GGK, Rigshospitalet)

Ved en lukket spørgeskemaundersøgelse ønskedes en beskrivelse af daglig praksis på danske børneafdelinger omkring diagnostik og samarbejdsrelationer ved mistanke om incest. Besvarenes 'mediane' kandidatalder var 19 år, med en 'median' pædiatrisk erfaring på 5 år. 73% var speciallæger og besvarelsesprocenten var 79% = 15 afdelinger. Incesttilfælde undersøgt i afdelingerne de seneste 2 år varierede fra 0 - 25, med en 'median' på 4.

Den skønnede hyppighed for incest i Danmark varierede fra 14% som mente at hyppigheden var <0.1%, til 21% som mente at hyppigheden var 1%, 36% mente 5% medens 29% mente at > 5% af danske børn udsættes for incest i løbet af barndommen. 73% er uenig i at incest-hyppigheden er stærkt overvurderet. Med hensyn til hvem der rejser mistanken er 47% enige i at engagerede pædagoger og psykologer rejser denne, 40% er uenige medens 13% ved ikke. 93% af de adspurgte mener at anden seksuel praktik end samleje er den hyppigste for incest, og 80% er uenig i at hymen kan læderes ved voldsom fysisk aktivitet, som f.eks. gymnastik.

53% af de adspurgtes afdelinger har en instruks vedrørende incest, og i 87% af disse instrukser indgår gynækologisk undersøgelse, som på 21% af afdelingerne foregår i generel anæstesi.

Når der er positiv anamnese uden objektive fund vil 79% af afdelingerne kontakte socialforvaltningen, medens 43% vil rette en sådan henvendelse i tilfælde hvor der ikke er en positiv anamnese og ikke foreligger objektive fund. Forældrene underrettes i 93% af tilfældene om mistanken vedrørende incest, og 67% af de adspurgtes afdelinger giver journalindsigt. Med hensyn til anmeldelse af incest mener 47% at bistandsloven er reference medens 40% mener, at det er straffeloven.

Undersøgelsen viser, at der er en høj grad af overensstemmelse mellem de forskellige børneafdelinger vedrørende diagnostik og udredning, og at socialforvaltningen anses for en primær samarbejdspartner i sager med mistanke om incest. Den i samfundet iøvrigt store usikkerhed på hvor hyppigt incest forekommer giver sig også til kende blandt rutinerede børnelæger. At pædagoger og psykologer skulle have en særlig opmærksomhed på incest er en fordom, som også har nået pædiatrien. Undersøgelsen giver også anledning til at minde om Sundhedsstyrelsens pålæg om ikke at udføre gynækologiske undersøgelser i generel anæstesi. Det skønnes, at børneafdelingerne har et værdifuldt potentiel med hensyn til fortsat udvikling af undersøgelsesmetoder og samarbejdsrelationer omkring seksuelt misbrugte børn. Lovgrundlaget for intervention og behandling er velkendt.

VURDERING AF 90 VIDEOOPTAGEDE POLITIAFHØRINGER AF BØRN, SOM FORMODES UDSAT FOR SEKSUELT MISBRUG I PERIODEN 1986-1991.

T.Olesen, I.Schlegel, K.Herman & E.Merlung (Børneafdelingen Rigshospitalet, Smørum Kommune, Kriminalpolitiet i Glostrup & Statsadvokaturen)

Afhøring af børn med anvendelse af videooptagelse har i flere år været anvendt i USA. På anbefaling af 'Koordinationsgruppen for voldsramte børn og deres familier i Københavns Amt etableres et optagelsesrum på politistationen i Glostrup.

Denne undersøgelse er baseret på en struktureret gennemgang af optagelser og sagsforløb fra de første fire år.

Undersøgelsen omfattede 55 piger og 25 drenge med en median-alder på 8.75 år (3-15). 58 børn havde været udsat for overgreb fra en person med relation til barnet = Intrafamiliære tilfælde. I 32 tilfælde var der tale om extrafamiliære overgreb.

Vurderet ved rutine, sprog, tempo og stemningskift skønnes 53% af afhøringerne acceptable. I de øvrige tilfælde var afhøreren ikke i stand til at gennemføre en neutral og til barnets alder og situation tilpasset afhøring.

11 børn kunne ikke gennemføre afhøringsforløbet. Disse børns alder var significant lavere end de øvrige, $p < 0.001$.

Blandt børnene forekom emotionelle reaktioner hyppigst i den intrafamiliære gruppe. Især nedtrykthed, $p = 0.007$. Billedbåndet viste ligeledes mange non-verbale udtryk, herunder demonstrerede børn i 33 af 72 observationer hvilke hændelse de havde været udsat for.

Rollen for den af socialforvaltningen udpegede støtteperson fandtes meget udefineret.

Median-afhøringsvarigheden var 35 minutter (8-95), men kun i tre tilfælde intervenerede støttepersonen med krav om pause efter henholdsvis 36,72 og 95 minutter.

Afsløringen af de extrafamiliære forhold involverede i 81% af tilfældene barnets biologiske forældre, medens intrafamiliære tilfælde primært involverede forældrene i 40% af tilfældene. 22% af børnene tilkendegav misbruget overfor lærere og pædagoger, 18% indviede en søskende medens resten, 20%, primært involverede andre.

En betydelig del af sagerne blev behandlet retsligt uden at der foretå lægelige undersøgelser af genitalia. Der faldt dom i 60% af sagerne. Cirka halvdelen i forbindelse med tilståelse.

Undersøgelsen viser, at der er behov for specialuddannelse for politifolk der afhører børn, at de omgivelser og omstændigheder hvorunder afhøringen foregår tilpasses børn, og at rollen for den af socialforvaltningen udpegede støtteperson defineres mere præcist.

Selskabets 11. efteruddannelsesmøde 5. marts 1994

Mødeemne: OMSORGSSVIGT

Mødet er tilrettelagt og ledes af Tony Olesen.

1. **Børns retssikkerhed belyst ved aktuel lovgivning.** Lis Frost (Århus Universitet).
2. **Hovedelementerne i omsorgssvigtprocesserne. To grundliggende principper i interventionen.** Kari Killén (Oslo, Norge).
3. **Nye tanker vedrørende indsatsen over for omsorgssvigt og deraf følgende strukturændringer.** Niels Michelsen (Social- og Sundhedsforvaltningen, Københavns Kommune og Københavns Universitet).
4. **Pædiatrisk diagnostik i tilfælde af fysisk vold og/eller seksuelle overgreb på børn.** Erik Kreyberg Normann (børneafdelingen, Aker Sygehus, Norge).

Selskabets 650. videnskabelige møde 6. maj 1994.

Mødeemne: **VÅRMØDE**

Mødet er tilrettelagt af børneafdelingerne i Hjørring og Ålborg.

1. **Receptorer for hormoner og vækstfaktorer - fra molekyler til klinik.** Steen Gammeltoft (Klinisk Kemisk Afdeling, Glostrup).
- 2.[#] **Nye behandlingsmuligheder ved medfødt hjertefejl.** Niels Rune Lundström (barnkardiologisk afdeling, Lund, Sverige).
- 3.[#] **Neuromuskulære sygdomme, en klinisk, patologisk-anatomisk og klinisk genetisk vandring fra den motoriske forhornscelle til muskelcellernes mitochondrier.** Karl Wulf, Henrik Daa Schrøder og Kirsten Rasmussen (Børneafdelingen, Patologisk Institut og Afdelingen for Klinisk Genetik, Odense).
- 4.[#] **Nefritisforskning - kliniske aspekter.** Ulla Berg (Barnafdelingen, Huddinge, Sverige).
5. **Neonatal hypoglykæmi - ætiologi, behandling og prognose.** Ole Pryds (Afdelingen for nyfødte, Rigshospitalet, København).
6. **Cytokinforskning ved rheumatoid arthritis.** Bent Winding Deleuran (Rheumatologisk afdeling, Århus).
7. **Resultat af ACTH-behandling af børn indlagt med infantile spasmer.** Ingrid Thom (Børneafdelingen, Gentofte).
- 8.[#] **Nyfødte og CPAP - er det altid Beneveniste ?** Niels Hoboth (Børneafdelingen, Kolding).
9. **Passiv rygning, astma og allergi - en oversigt.** Susanne Halken (Børneafdelingen, Sønderborg).
10. **Forekomsten af specifikt IgE mod individuelle komælksproteiner hos børn med komælksallergi/-intolerans.** D Holmenlund, S Halken, A Høst, L Jacobsen og N Johansen (Børneafdelingerne, Sønderborg og Odense samt ALK Hørsholm).
11. **Hyppighed af komælksallergi hos spædbørn med atopisk dermatitis eller urtikaria.** H-P H Jacobsen, A Høst, S Halken (Børneafdelingerne, Odense og Sønderborg).
- 12.[#] **Indlæringsvanskeligheder hos børn. Et område for forebyggelse gennem intervention og oplysning.** Troels Lyngbye (Børneafdelingen, Århus).
- 13.[#] **Gastrosofageal reflux, medicinske og kirurgiske aspekter.** Aksel Lange og Svend Arne Pedersen (Børneafdelingen i Ålborg og Kirurgisk Afdeling i Odense).
- # **Referat ikke modtaget.**

RECEPTORER FOR HORMONER OG VÆKSTFAKTORER: FRA MOLEKYLER TIL KLINIK.

Overlæge, dr. med. Steen Gammeltoft, Klinisk Kemisk Afdeling, Amtssygehuset i Glostrup.

Regulation af metaboliske processer, cellevækst og normale fysiologiske funktioner i multicellulære organismer afhænger af kommunikation mellem celler. Celle-celle kommunikation medieres af *regulatoriske molekyler*: Hormoner, vækstfaktorer, cytokiner og neurotransmittere som binder sig til *cellulære receptorer*. Receptorernes funktion er at genkende de regulatoriske molekyler og overføre informationen til de intracellulære signalsystemer. De fleste receptorer er lokaliseret i cellemembranen, mens receptorer for steroidhormoner, thyreoideahormoner, vitamin A og vitamin D, er lokaliseret inde i cellen, hvor de binder til DNA og regulerer genexpression.

De sidste 10 år er receptorernes aminosyresekvens opklaret ved DNA cloning. På baggrund af receptorstrukturen og signalmekanismen kan membranreceptorerne opdeles i tre grupper: Syv transmembran segment receptorer koblet til G-proteiner, single transmembran segment receptorer koblet til enzymer fortrinsvis kinaser som phosphorylerer proteiner, og fire transmembran segment receptorer som danner ionkanaler.

Syv transmembran segment receptorer omfatter nu et par hundrede receptorer for hormoner, neurotransmittere, odoranter og lys. Den ydre del af receptoren binder hormonet, mens den indre del kobler til G-proteinet, som aktiverer enzymer og danner second messenger: Cyklisk AMP, inositoltriphosphat og diacylglycerol som igen aktiverer proteinkinaser eller calciumbevægelser. *Single transmembran segment receptorer* er koblede til tyrosinkinaser, serin-threonin kinaser eller guanlyl cyclase. Binding af liganden til den ekstracellulære del aktiverer det intracellulære enzym som derefter udløser virkningerne. Disse receptorer omfatter overvejende receptorer for vækstfaktorer og cytokiner, men desuden insulin, væksthormon og prolactin. *Fire transmembran segment receptorer* danner ionkanaler, som aktiveres af neurotransmittere herunder acetylcholin, GABA, glutamat og serotonin.

Få *sygdomme* er knyttet til ændret receptorfunktion. Receptorsygdomme omfatter genetiske defekter, abnorm receptorregulation, antistoffer mod receptorer, receptor krydsreaktivitet og oncogener. Med opklaringen af receptorstrukturene på baggrund af DNA sekvensen er en række mutationer i receptorer påvist. Disse omfatter sjældne mutationer i insulin receptorer, som fører til svær insulinresistens, mutationer i væksthormon receptorer som fører til Laron's dværgvækst, mutationer i calciummålende receptorer, som fører til hyperparathyroidisme, mutationer i LH receptoren, som fører til tidlig pubertet, mutationer i TSH-receptoren, som fører til thyreoideaadenomer og thyreotoxikose, mutationer i rhodopsin receptoren, som fører til retinitis pigmentosa, samt mutationer i vasopressin receptoren, som fører til diabetes insipidus. Eksempler på abnorm receptorregulation er fald i insulinreceptorer ved fedme og type 2 diabetes. Receptorantistoffer findes hos patienter med thyreotoxikose, hvor antistoffet aktiverer TSH-receptoren, insulinresistens hvor antistoffet blokerer insulinreceptoren og Myasthenia gravis, hvor antistoffet blokerer acetylcholin receptoren. Receptor krydsreaktivitet ses ved acromegali, hvor væksthormon stimulerer prolaktinreceptoren og udløser galactorrhoe, trophoblastiske tumorer, som producerer choriongonadotropin, som aktiverer TSH receptoren og sarcomer som producerer IGF-2, der udløser hypoglycemi via insulin receptoren. Endelig kan receptorer for vækstfaktorer udløse cancer.

NEONATAL HYPOGLYKÆMI. ÆTIOLOGI, BEHANDLING OG PROGNOSE.

O. Pryds (Afdelingen for Nyfødte, Rigshospitalet).

Under det normale svangerskab optager fostret 4-6 mg glukose/kg/min via placenta og glukoneogenesen er minimal. Den optagne glukose forbrændes eller opbygges til glykogen og depoterne øges med stigende gestationsalder.

Efter fødslen afhænger blod-glukose (BG) af 1) glykogendepoternes størrelse, 2) catecholamin-induceret glykogenolyse, 3) peroral eller parenteral glukosetilførsel, 4) induktion af glukoneogenesen, 5) insulinkoncentrationen og 6) organernes glukoseforbrug.

Der er konsensus om, at symptomatisk hypoglykæmi indebærer en risiko for neurologisk skade, hvorimod betydningen af asymptomatisk hypoglykæmi er uklar. Fraværet af symptomer til trods for meget lave BG-værdier skyldes formentligt kompensatoriske mekanismer med cerebral hyperperfusion og forbrænding af andre substrater, såsom laktat og ketonstoffer. Flere undersøgelser tyder dog på, at BG-værdier mellem 1.7 og 2.5 mM udløser en stresstilstand med modregulation og der er påvist neurologisk dysfunktion med forlængelse af latenstiden for udløste EEG potentialer (ABR og SEP) ved blod-glukose < 2.5 mM. Herudover har man kunnet relatere en dårligere psykomotorisk udvikling hos præmature børn med > 5 tilfælde af blod-glukose under 2.5 mM.

Det synes således, at man bør tilstræbe blod-glukose > 2.5 mM hos nyfødte børn.

Følgende strategi kan anvendes med henblik på profylakse:

- 1) Børn "uden" risiko for hypoglykæmi:
ingen foranstaltninger
- 2) Børn med risiko for hypoglykæmi:
early feeding med mælk (> 120 ml/kg/dag) på 8 måltider
eller parenteral glukoseinfusion (6 mg/kg/min)

Hvis ovenstående ikke er tilstrækkeligt til at opnå blod-glukose > 2.5 mM, øges den perorale ernæring og/eller den parenterale glukoseinfusion. Behandlingen tilrettelægges efter barnets evne til at rumme måltiderne og det samlede væskebehov.

Et glukosebehov > 10 mg/kg/min, tyder det på hyperinsulinisme og behandlig med Glukagon, Hydrokortison eller Somatostatin kan overvejes.

Symptomatisk hypoglykæmi behandles med langsom bolusinjektion af glukose (200 mg/kg) efterfulgt af kontinuerlig glukoseinfusion (6 mg/kg/min).

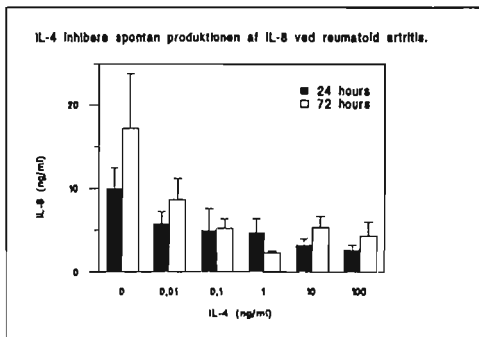
CYTOKINERS BETYDNING FOR REUMATOID ARTRITIS. Patogenese og patologi.

B. W. Deleuran (Cand.Stip, Gigtforeningen, Reumatologisk afdeling U. Århus Universitets Hospital, 8000 Århus C).

Cytokiner er en fællesbetegnelse for en række inflammatoriske proteiner, karakteriseret ved et receptor-fællesskab, samt at de er af størrelsen 5–25 kDa. Dette er forholdet mellem cytokin, receptor og inhibitor der resulterer i den biologiske aktivitet. Cytokinens centrale placering i de patologiske mekanismer ved reumatoid artrit (RA) ligger efterhånden klart. Det er dog mere diskutabelt, om de er involverede i patogenesen af denne sygdom. Det er fortrinsvis monocytter, fibroblaster, endotelceller og granulocytter der producerer cytokiner ved RA. På trods af de store ophobninger af lymfocytter, findes ingen eller meget sparsomme lymfocytært producerede cytokiner ved kronisk RA. Dette billede ændres ikke ved eksasersationer i artritten.

Det er især TNF α og IL-1 α der er til lagt en central rolle i udviklingen af RA. De kan bl.a. aktivere cellerne til dannelse af kollagenase og andre peptidaser, der kan være medindvirkende til nedbrydelse af vævet, aktivere T- og B-celler og øge ekspressionen af adhæsionsmolekyler. Desuden er kemokinerne, (IL-8 familien) med deres kraftige kemotaktiske egenskaber, til lagt en central betydning.

Vi har vist at IL-4, IL-10 eller IL-13 er en ny behandlingsmulighed. Disse cytokiner hæmmer monocytens cytokinproduktion; desuden aktiverer IL-4 og IL-13 15-lipoxygenasen, der danner del anti-inflammatoriske arakidonsyrederivat: 15-HETE. Dette stof har i artrit-modeller i sig selv vist sig at have en anti-inflammatorisk effekt. IL-4 og IL-13 kan iøvrigt aktivere og øge migrationen af fibroblaster og osteoblaster.



IL-10 kan, udover at hæmme monocyt aktivitet, hæmme ekspression af MHC-II-antigener og CD4+ T-cellers aktivitet.

På grundlag af dette vil cytokin/anti-cytokin behandling derfor være en rationel terapi. Både fase 1 og 2 forsøg planlægges eller, er igangsat, ikke kun af RA, men også af lidelser som astma, allergi, colitis, sepsis, psoriasis og cancer.

RESULTAT AF ACTH-BEHANDLING AF BØRN INDLAGT MED
INFANTILE SPASMER KAS GENTOFTE 1976-92.
I.Thorn (Børneafdelingen, KAS Gentofte.)

Seksten børn blev 1976-92 indlagt på ovennævnte afd. med infantile spasmer, defineret med klassisk klinik og oftest underbygget med karakteristisk eeg.

Symptomdebut i alder 3 uger-10 mdr. Indlæggestidspunktet var oftest 1-4 uger efter symptomstart, for 2 dog 6-8 uger.

Fem havde været i helt normal udvikling indtil spasmerne indtrådte. Syv havde startet en normal udvikling, men var gået i stå dage eller få uger før symptomstart (sek.retard.), mens 4 primært havde haft tydeligt retarderet udvikling.

Trods intensive undersøgelser forblev ætiologien ukendt i 10 tilfælde. Kendt årsag fandtes hos 3: 1 med Down's syndrom og 2 med tuberøs sclerose. Sandsynlig årsag, med suggestiv tidsmæssig relation til Di Te P01 vaccination fandtes hos 3. De 2 havde været primært normalt udviklede, den 3.som først blev indl.(og beh.) 6 uger efter symptomstart havde vist tegn på stagnation 2 -3 uger inde i forløbet.

EEG. viste klassisk hysarytmi hos 12, andre svære paroxystiske abnormiteter hos 3 og lette, ikke-paroxystiske forandringer hos 1.

Behandling: De første år Actocortin og, efter dette præp. udgik, Synachten i ekvivalente doser. De første 9 pt fik 50-80 mikrog/kg/dag i.m., de senere 7 fik 20-40 mikrog/kg/dag i.m., alle i 6 uger.

Resultat: Femten blev primært anfaldsfrie. Tre fik 2-4 mdr. senere epilepsi, som var sværtbehandlelig. To havde et enkelt anfald 2 mdr. og 6 år senere. Follow up tid fra 6 mdr-> 4 år, mean 2.5 år. Een pt døde af fulminant infektion under Synachten beh.(var primært svært retarderet, ætiologi ukendt), 8 var retarderede, de fleste i svær grad, 7 var normalt udviklede. Den sværtbehandlelige epilepsi forekom hos de svært retarderede.

Prognosen fandtes uafhængig af ACTH-dosis og af påvisning af hysarytmi initialt. EEG var et godt diagnosticum, men et dårligt prognosticum. EEG bedredes hos 12 inden for første 2 uger, var inden for første 2 mdr. normaliseret hos 7 og bedret hos 6. Ialt normaliseredes EEG hos 11, hvoraf de 7 var svært retarderede. Bedste prognostiske tegn var en primært normal udvikling, som forblev normal indtil spasme-start. Dårligste tegn var primært retarderet udvikling, mens de sekundært retardere også i prognostisk henseende befandt sig i en mellem gruppe (4 retarderede, 3 normale). Kendt ætiologi forenedes med dårlig prognose, ukendt -og- primært normal udvikling - med god. Tidspunkt for beh.start syntes ikke at være afgørende undtagen muligvis i forbindelse med vaccination.

ACTH-behandlingen matcher positivt andre (og større) pt.-serier, behandlet med forskellige antiepileptika.

Syndromets sjældenhed, her 0-2pt/år med befolkningsunderlag på ca.300.000, tilskynder til landsdækkende samarbejde om behandlingsstrategier.

FOREKOMSTEN AF SPECIFIKT IgE MOD INDIVIDUELLE KOMÆLKS PROTEINER HOS BØRN MED KOMÆLKSALLERGI/-INTOLERANS

D. Holmenlund*, S. Halken*, A. Høst**, L. Jacobsen D*** & N. Johansen***.
Pædiatrisk afdeling Sønderborg* og Odense** & ALK Hørsholm***, Danmark.

I tidligere studier har man ved hjælp af RAST påvist IgE antistoffer mod total komælksprotein (KMP) hos børn med komælksprotein allergi (KMPA). Nyere prospektive studier har demonstreret specifikke IgE antistoffer mod individuelle komælksproteiner hos børn med komælksallergi/-intolerans (KMPA/KMPI).

Ved hjælp af "Magic Lite SQ System" har vi analyseret sera fra 66 børn med sikker KMPA/KMPI for specifikke IgE antistoffer mod alpha-laktalbumin, beta-laktoglobulin, kasein, bovint se-albumin and bovint IgG. Alle børn var diagnosticerede ved hjælp af kontrollerede eliminations/provokationsforsøg. 31 havde IgE-medierede reaktioner (KMPA) defineret som positiv RAST (\geq klasse 2) og/eller positiv hud priktest (middel kvadel diameter \geq 3 mm) og 35 had non-IgE-medierede reaktioner (KMPI). Hos 32 børn (48%) påvistes specifikke IgE antistoffer mod mindst én af de individuelle komælksproteiner: mod alpha-laktalbumin hos 29 børn (44%), mod bovint se-albumin hos 25 (38%), hos beta-laktoglobulin hos 19 (29%), mod bovint IgG hos 13 (20%) og mod kasein hos 12 børn (18%). Signifikant flere af børnene med KMPA ($21/31 = 68\%$) havde specifikke IgE antistoffer mod individuelle KMP's sammenlignet med børn med KMPI ($11/35 = 31\%$) ($p < 0.01$).

Det konkluderes at specifikt IgE mod individuelle komælksproteiner kan påvises såvel hos børn med KMPI som hos børn med KMPA, men signifikant hyppigere hos de sidstnævnte. Alpha-laktalbumin, bovint se-albumin and beta-laktoglobulin synes at være de vigtigste allergener i komælk.

HYPPIGHED AF KOMÆLSALLERGI HOS SPÆDBØRN MED ATOPISK DERMATITIS ELLER URTIKARIA.

H-P. H. Jacobsen*, A. Høst* & S. Halken**. Pædiatrisk afdeling, Odense* & Sønderborg**, Danmark.

I en prospektiv undersøgelse af en 1 års fødselskohorte af uselektede spædbørn var 117 (6.7%) mistænkt for at have komælksproteinallergi/-intolerans (KMPA/KMPI). Ialt havde 63 spædbørn (54%) kutane symptomer, 30 (26%) respiratoriske symptomer og 52 (44%) gastrointestinale symptomer, og 68 børn (58%) havde to eller flere symptomer.

Baseret på kontrollerede eliminations/mælke provokations forsøg foretaget i hospitalsregi blev KMPA/KMPI diagnosticeret hos 39 børn (2.2%). Blandt børn med atopisk dermatitis eller urtikaria blev KMPA/KMPI diagnosticeret hos 25/63 (39%) - 22/58 (38%) af børnene med atopisk dermatitis og 6/10 (60%) af patienterne med urtikaria. Blandt børn med respiratoriske og gastrointestinale symptomer fik henholdsvis 13/30 (43%) og 23/52 (44%) bekræftet diagnosen KMPA/KMPI. Blandt børnene med bekræftet KMPA/KMPI havde kun 3/39 (8%) monosymptomatologi (alle svær atopisk dermatitis) i modsætning til 46/78 (59%) af de børn hvor mistanken om KMPA/KMPI ikke kunne bekræftes. Hos børn med atopisk dermatitis eller urtikaria og bekræftet KMPA/KMPI havde 11/ 25 (44%) IgE-medierede reaktioner (positiv hud prik test mod KMP (middel kvadel diameter \geq 3 mm) og positiv RAST (\geq klasse 2) mod KMP. Derimod kunne der kun påvises IgE-medierede reaktioner hos 2/38 (5%) af de børn med atopisk dermatitis eller urtikaria hvor mistanken om KMPA/KMPI ikke kunne bekræftes ($p < 0.05$).

Det konkluderes, at polysymptomatologi og tegn på IgE-medieret reaktion mod KMP er gode parametre til prædiktation af KMPA/KMPI hos spædbørn med atopisk dermatitis eller urtikaria.

PASSIV RYGNING, ASTHMA OG ALLERGI - EN OVERSIGT.

S.Halken. Pædiatrisk afdeling, Sønderborg Sygehus.

Forekomsten af allergiske sygdomme incl. astma har i de sidste årtier været stigende. I samme periode har antallet af - især kvindelige - cigaretrygere været stigende. I Danmark er antallet af storcigaretrygere blandt yngre kvinder stadig stigende - og det højeste i Europa. Tobaksrøg består af > 4000 forskellige kemiske komponenter, deriblandt nikotin hvis nedbrydningsprodukt kotinin har lang halveringstid (ca: 24 timer) og kan bruges som markør for ekspositionen. Kotinin kan påvises i serum, spyt, urin og brystmælk og niveauet korrelerer med ekspositionsgraden og maternel rygning. Mange børn er ufrivilligt dagligt udsat for passiv rygning og specielt spædbørn har ingen mulighed for selv at vælge. I Danmark er 66% af alle spædbørn dagligt udsat for passiv cigaretrykning. 42% af mødre til spædbørn ryger dagligt cigaretter og det samme gælder dagplejemødre.

Nyere undersøgelser har vist påvirkning af lungefunktion og bronkial hyperaktivitet hos 2-4 uger gamle børn hvis mødre røg cigaretter dagligt under graviditeten. Andre undersøgelser har vist påvirkning af immunglobuliner (IgE, IgD og IgG3) i navlesnorsblod hos spædbørn hvis mødre røg under graviditeten. Spædbørn, der ammes medens mødre ryger, eksponeres via inhalation og brystmælken og der er påvist samme niveau af nikotin hos disse børn som hos deres mødre. Mange tidligere undersøgelser har vist, at passiv rygning medfører øget risiko for luftvejsinfektioner og otitis media. Talrige nyere undersøgelser, såvel tværsnitsundersøgelser af uselekerede børn som prospektive kohorteundersøgelser af både uselekerede og atopidisponerede børn, har vist at daglig eksposition for cigaretrøg medfører signifikant øget risiko for udvikling af astmatisk bronkitis og astma. I disse undersøgelser er der fundet positiv korrelation med ekspositionsgraden og især med maternel rygning. Desuden er der påvist sammenhæng mellem passiv rygning og nedsat lungefunktion. Hos børn med astma medfører passiv rygning øget mængde astmasymptomer samt øget behov for astmamedicin og lægehjælp. Andre undersøgelser tyder på, at daglig udsættelse for passiv rygning medfører påvirkning af immunsystemet og øget risiko for allergisk sensibilisering. Der er ingen dokumentation for egentlig allergi overfor komponenter i tobaksrøgen; men foruden en direkte slimhindepåvirkning kan der være påvirkning af luftvejene og immunsystemet eventuelt allerede intrauterint. Passiv rygning udgør et betydeligt indeklimaproblem og er uden tvivl en væsentlig medvirkende årsag til den stigende astmaforekomst.

Selskabets 651. videnskabelige møde 2. september 1994.

Mødeemne: DPS generalforsamling

1. **Børns syn på voksne - og omvendt.** Erik Sigsgaard.

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

Ad. pkt. 6:

Lovændring vedrørende paragraf 8 og 9
Forslag til kommissorium til udvalg under DPS.
Forslag til ændring af krav til ansættelse i undervisningsstilling.
Forslag til kommissorium for uddannelsesudvalg.
Forslag til FAYL repræsentation i udvalg - §8, stk. 4.

FORMANDSBERETNING

DPS består nu af 391 medlemmer.

I årets løb er 33 medlemmer indmeldt mens 8 er udmeldt. 3 medlemmer er døde i årets løb. Deres navne fremgår af den udsendte liste.

Efter generalforsamlingen konstituerede bestyrelsen sig med Ole Andersen som næstformand, Ole Pryds som videnskabelig sekretær, Steffen Husby som faglig sekretær, Sten Petersen som kasserer, Hans Bisgaard som DBO repræsentant og undertegnede som formand. Hans Bisgaard blev 20.4.94 afløst af Karsten Kaas Ibsen.

Der har været afholdt 9 bestyrelsesmøder, i flere af møderne har Henrik Hertz som Sundhedsstyrelsens sagkyndige i pædiatri deltaget. Desuden afholdtes 4.2.1994 et fællesmøde mellem bestyrelsen, uddannelsesudvalget og de tilfornede.

Der har været afholdt 4 ordinære møder i selskabet, 3 temamøder og et møde med frie foredrag. Om lørdagen har der efter temamøderne været et af uddannelsesudvalget arrangeret efteruddannelsesmøde i relation til mødemmet. Bestyrelsen takker arrangørerne af temamøderne og uddannelsesudvalget for det store arbejde, der er lagt i mødearrangementerne.

Bestyrelsen finder dog, at strukturen kan være medvirkende til den meget sparsomme tilgang af foredrag, der spontant kommer til den videnskabelige sekretær. Vi skal tilskynde de videnskabeligt arbejdende afdelinger til at give specielt yngre forskere lejlighed til at fremlægge deres resultater ved DPS møderne. Vi har tænkt, at der i forbindelse med temamøderne skal lægges et eller 2 frie foredrag, såfremt der bliver tilstrækkeligt udbud af foredrag.

Vårmedet i Ålborg var meget vellykket. Mødet havde et højt fagligt niveau bl.a. via invitation af videnskabsmænd fra andre faggrupper. Tak til de nordjyske pædiatere for arrangementet.

Fra 1.1.94 er speciallægeuddannelsen i pædiatri ændret, idet det forslag, som DPS tidligere har fremsat, er tiltrådt af Sundhedsstyrelsen, således at uddannelsen nu i alt er på 60 måneder. Uddannelsesstillingen er 2-årig og i den er et halvt års neonatologi obligatorisk. Der er ikke fra Sundhedsstyrelsen givet nærmere beskrivelse af, hvad det halve års neonatologi skal rumme. Bestyrelsen skal opfordre de pågældende afdelinger til selv at strukturere uddannelsen i neonatologi inden for de uddannelsesprogrammer, der skal udarbejdes for stillingerne.

Sundhedsstyrelsen har beregnet, at behovet for uddannede pædiatere er 14 pr. år. På grund af travlhed i Sundhedsstyrelsen, blev et møde vedrørende dette, der skulle have været afholdt i januar måned, aflyst. Det blev dog aftalt, at antallet for de undervisningsstillinger, der nu er begyndt, er 10.

Efter de beregninger bestyrelsen har gjort, synes det at være det antal, der med det nuværende antal faste stillinger og ca. 25 års funktionstid giver balance. Den ændrede stillingsstruktur på afdelingerne og de i fremtiden ændrede uddannelsesforløb, vil dog påvirke disse beregninger. Vi forventer, at mødet med Sundhedsstyrelsen kan afholdes i efteråret.

Bestyrelsen finder det fortsatte arbejde med subspecialisering inden for faget vigtigt. Der er foreløbigt opslået 3 subspecialiseringsstillinger, alle i neonatologi.

I et møde mellem uddannelsesudvalget, de tilfornede og bestyrelsen den 4.2.94 blev der foretaget mindre ændringer i de generelle retningslinier for de 3-årige subspecialiseringsstillinger. Disse retningslinier er udsendt til fagudvalgene til vurdering af indholdet i subspecialiseringsstillingerne inden for de respektive områder.

Endnu mangler svar fra nogle udvalg. Når de er fremkommet, vil bestyrelsen samarbejde med uddannelsesudvalget og fremsende rekommandationerne til afdelingerne. Afdelingerne må så arbejde videre med de for den enkelte afdeling relevante subspecialiseringsuddannelser.

Bestyrelsen har i mange sammenhænge trukket på **udvalgenes** arbejdskraft. I det samarbejde har vi fulgt de retningslinier, der blev fremlagt ved sidste generalforsamling, hvori det bl.a. fremgår, at bestyrelsen er ansvarlig for DPS's kontakt til offentlige myndigheder. Det har krævet et smidigt samarbejde mellem udvalg og bestyrelse og det samarbejde er gået gnidningsfrit omend i nogle tilfælde noget sendrægtigt. Bestyrelsen takker for det store arbejde, der er gjort i udvalgene. Et aktivt udvalgsarbejde er en væsentlig forudsætning for den subspecialisering, der finder sted. Bestyrelsen søger derfor at nedsætte udvalg svarende til subspecialerne. I det forløbne år er et kardiologjudvalg nedsat og udvalg vedrørende nefrologi og endokrinologi foreslås nedsat ved generalforsamlingen. I forbindelse med valg til udvalg, bør det tilstræbes, at der i alle udvalg er Yngre Pædiatere.

Selskabet har haft **4 redegørelser fra Sundhedsstyrelsen** til høring. Det har grundlæggende for alle rapporter drejet sig om, i hvilke grader centralisering bør finde sted inden for områderne og de har været udløbere af Sundhedsstyrelsens redegørelse vedrørende lands-landsdels funktioner.

Vedrørende "Redegørelse og vejledning om prænatal genetisk rådgivning og undersøgelse" har vi påpeget, at en betydelig del af den genetiske rådgivning faktisk finder sted i pædiatrisk regi. Vi har fremhævet, at rådgivningen bør ske som et samarbejde mellem forskellige specialer og at den egentlige genetiske rådgivning bør kunne trække på ekspertise fra såvel klinisk genetik som obstetrik og pædiatri. Desuden finder vi, at en styrkelse i den genetiske rådgivning bl.a. bør ske via en styrkelse af uddannelsen i klinisk genetik af speciallæger.

Vedrørende "Organisation af behandlingen af diabetes mellitus" er den givne redegørelse præget af, at der ikke har været pædiatere i det udvalg, der har givet redegørelsen og vi fremhæver den stedmoderlige behandling de pædiatriske diabetescentre har fået.

Redegørelsen vedrørende "Neonatologiens fremtidige organisation" er udarbejdet af en arbejdsgruppe, hvor DPS havde deltagere. Der anbefales en styrkelse af det neonatale beredskab på alle niveauer og styrkelse af uddannelse i neonatologi, herunder uddannelse af pædiatere med særligt kendskab til neonatologi. Det er den første egentlige subspecialisering inden for vores fag. Desuden anbefales en styrkelse på højt niveau af neonatologien på afdelingerne i Odense og Århus.

En centralisering af behandlingen af meget for tidligt fødte børn, specielt i forbindelse med respiratorbehandling, anbefales. Bestyrelsen opfatter redegørelsen som en støtte til udbygning og styrkelse af den neonatologiske funktion i landet, specielt i Vestdanmark, men har gjort opmærksom på den manglende enighed, der hersker i selskabet, omkring centraliseret behandling af de meget for tidligt fødte børn.

Redegørelsen "Sjældne handicap - fremtidig organisation" udarbejdet af en arbejdsgruppe i Sundhedsstyrelsens regi på baggrund af bl.a. forslag fra patientforeninger. Den foreslår en stærk centralisering af behandlingen af patienter til Rigshospitalet og Århus Universitetssygehus. Bestyrelsen har gjort gældende, at der på en række amtskommunale afdelinger foregår et betydeligt arbejde omkring disse børn og at en mere differentieret ordning end den foreslåede med vægt på samarbejde mellem afdelingerne og fælles udrednings- og behandlingsprotokoller er at foretrække.

I forbindelse med disse besvarelser har bestyrelsen haft tæt samarbejde med de respektive fagudvalg.

Dansk Skolelægeforening er fremkommet med et diskussionsoplæg, hvori en uddannelse på speciallæge og funktion som kommunal skole/ungdomslæge beskrives. Vi har haft lejlighed til at diskutere det med skolelæger og sendt en kommentar til Skolelægeforeningen, hvor vi støtter den beskrevne stilling og anbefaler, at de, der ansættes i en sådan stilling, har pædiatrisk uddannelse evt. i form af en pædiatrisk specialiseret uddannelse med socialmedicin som subspecialia.

Et EU regelsæt vedrørende modermælkserstatninger til børn med risiko for udvikling af allergi blev forelagt os fra Sundhedsstyrelsen. Et væsentligt diskussionspunkt har været, i hvor høj grad mindre hydrolyserede var dokumenterede som allergiforebyggende. Med den nuværende viden på området finder vi, at man må fastholde kravet om fuldt hydrolyserede produkter.

Bestyrelsen har støttet de kliniske diætister i ønsket om autorisation.

Bestyrelsen har bedt Gorm Greisen gå ind i en arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen vedrørende livstegn hos nyfødte børn og grænsen mellem spontan abort og dødfødsel.

Jeg har deltaget i et arbejde i Sundhedsstyrelsen vedrørende revision af de profylaktiske børneundersøgelser. Arbejdet lægger ikke op til væsentlige ændringer af det aktuelle regime.

Vedrørende hepatitis B vaccination har Statens Seruminstitut, bl.a. under henvisning til at anbefaling gav mulighed for offentlig vaccination, anbefalet, at børn med Downs syndrom vaccineres. Den fortsatte anbefaling er ikke begrundet i nye undersøgelser og vi finder fortsat, at den hviler på et meget tyndt grundlag.

Det internationale arbejde.

Inden for EU foregår den pædiatriske del af det lægelige samarbejde gennem CESP (Confederation of European Specialists in Pediatrics). Der er herunder oprettet et Board of Pediatrics, i hvilket Oluf Schiøtz har repræsenteret os og hvori bl.a. arbejdes med et regelsæt for uddannelse af speciallæger og kvalitetskontrol heraf. Et arbejde der i øvrigt var med til at få Sundhedsstyrelsen til at forstå vores behov for at øge uddannelsen til 60 måneder.

Oluf Schiøtz deltog sammen med Peder Daubjerg (DBO repræsentant) også i et fællesmøde i Bath mellem IPA (International Pediatric Association), CESP og UNEPSA (Union of National European Paediatric Societies and Associations). Med etablering af CESP finder bestyrelsen, at behovet for UNEPSA er svindende. For øjeblikket fungerer denne organisation dog som en mulighed for østeuropæiske lande for kontakt til Vesteuropa. Kontakten til IPA er beskeden og hvis det ikke lykkes at etablere en fælles nordisk repræsentation i IPA's styrelse, er vi indstillet på at trække os ud.

Den nye struktur i NPF (Nordisk Pædiatrisk Forening) er knapt kommet i funktion. I det forløbne år har diskussionen i høj grad været centreret om de "Nordiske Barnlækare Dagar" i Uppsala. Den kontakt, der har været, har bekræftet os i, at et tæt nordisk samarbejde vil være en væsentlig styrkelse, også i relation til EU, ligesom vi i en række organisatoriske og uddannelsesmæssige forhold har haft gavn af en tæt kontakt til de øvrige nordiske selskaber.

De næste Nordiske Børnelægedage holdes i Trondheim 1997 og bestyrelsen vil foreslå, at en væsentlig del af overskuddet fra kongressen i København 1991 anvendes som rejsetilskud i forbindelse med denne kongres.

Niels Christian Christensen

Beretning fra AIDS-udvalget

Udvalget har holdt 3 møder, hvoraf retningslinier for behandling af børn med HIV-infektion og AIDS i Danmark er reviderede. Det nye udkast vil primo september blive fremsendt til DPS's bestyrelse med henblik på kommentarer og videresendelse til de pædiatriske afdelinger.

Udvalget har desuden manifesteret den etablerede kontakt til European Collaborative Study for Children Born to HIV-positive Mothers. Det danske materiale vil blive fremsendt i løbet af august 1994, hvor Danmark bliver fulgyldigt medlem af studiegruppen.

Udvalgets medlemmer er:

Freddy Karup Pedersen, May Olufsson, Elma Scheibel, Troels Herlin og Birgit Peitersen.

Axel Møller fra infektionsmedicinsk afdeling, Marselisborg, har været tilknyttet udvalget som associeret medlem i 1993/94.

Det foreslås, at udvalget fortsætter med uændret sammensætning. Alle udvalgsmedlemmer er villige dertil.

Birgit Peitersen

Beretning fra ALLERGOLOGI-udvalget

Udvalget har haft følgende medlemmer: Hans Bisgaard, Jørn Henriksen, Arne Høst, Niels Henrik Valerius og Søren Pedersen (formand).

Udvalget har ved formanden sendt brev til Sundhedsministeriet og protesteret mod forbuddet mod CFC (freon) drivmidler i astmaspray's. Så længe der ikke findes brugbare alternativer til behandling af mindre børn med astma, er det ikke nødvendigt med dispensation.

Der udarbejdes retningslinier vedrørende allergidiagnostik hos børn. I øjeblikket afventes bestyrelsens godkendelse før retningslinierne kan udsendes til pædiaterne. Ligeledes er retningslinier vedrørende astmabehandling hos børn under udarbejdelse.

Udvalget har vejledt bestyrelsen vedrørende en forespørgsel fra Sundhedsstyrelsen om et forslag til ændring af modermælksstatningsdirektivet fra kommissionen (EU). Udvalget finder, at der ikke er nogen videnskabelig begrundelse for generel anvendelse af hypoallergene modermælksstatninger til alle børn. Med hensyn til krav til produkter, der må kaldes hypoallergene, finder vi, at hypoallergene modermælksstatninger bør være såvel mindre sensibiliserende som mindre symptomprovokerende hos sensibiliserede individer (henholdsvis primær og sekundær profylaktisk effekt). Den hypoallergene effekt bør være af samme størrelsesorden som ved ernæring med ren modermælk.

En udarbejdet vejledning vedrørende undersøgelse for penicillinallergi er fremsendt til godkendelse af bestyrelsen.

Endelig har udvalget udarbejdet et forslag til pædiatrisk ekspertområde/subspeciale inden for allergologi og astma hos børn. Forslaget afventer bestyrelsens godkendelse.

Allergologiudvalget

Beretning fra KARDIOLOGI-udvalget

Kardiologiudvalget blev nyoprette ved årsskiftet. Som medlemmer udpegedes Karsten Hjelt, Arne Høst, Gunner Nielsen, Gerd Stafanger og Joes Ramsøe Jacobsen (formand). Udvalget har udarbejdet et forslag til retningslinier for ekspertuddannelse i børnekardiologi samt en stillingsbeskrivelse for en 1. reservelægstilling til dette formål.

Joes Ramsøe Jacobsen

Beretning fra DIAGNOSE-udvalget

Udvalget har 3 medlemmer: Jens Hertel, Karsten Hjelt og Finn Ursin Knudsen (formand). WHO's nye sygdomsklassifikation (10. udgave) blev taget i brug 1. januar 1994. Diagnoseudvalget har udarbejdet en kortfattet pædiatrisk diagnoseliste, omfattende ca. 225 af de hyppigst forekommende pædiatriske diagnoser. Det er udvalgets opfattelse, at der bør udarbejdes en mere omfattende pædiatrisk diagnoseliste og udvalget arbejder herpå.

Finn Ursin Knudsen

Beretning fra udvalget for ERNÆRING og GASTROENTEROLOGI

Udvalget har foreslået revision af retningslinier for vitaminer og jern til spæde og småbørn. Forslaget er sendt til bestyrelsen til godkendelse og videreforsendelse til Sundhedsstyrelsen. Udvalget har besvaret spørgsmål fra Sundhedsstyrelsen om jerntilskud til spædbørn, ligesom udvalget har vejledt bestyrelsen i fra Sundhedsstyrelsen stillede spørgsmål om nødvendigheden af laktulosetilsætning til modermælkserstatning og om der er behov for 2 produkter med forskellig indhold af laktulose i behandlingen af obstipation hos spædbørn.

Udvalget har 5 medlemmer: Steffen Husby, P.A. Krasilnikoff, Kim Fleischer Michaelsen, Flemming Skovby og Karin Brostrøm (formand).

Karin Brostrøm

Beretning fra udvalget for HÆMATOLOGI og ONKOLOGI

I det forløbne år har udvalget holdt møde den 3.9.93, 1.3.94 og 7.6.94 på Rigshospitalet og den 30.11.93 i Ålborg. Møderne er åbne for alle interesserede.

Det årlige tværfaglige symposium blev afholdt i Rebild Bakker for 60 personer fra plejepersonale, socialrådgivere og læger i de børneonkologiske afdelinger om børnehæmatologisk og -onkologisk behandling og pleje, denne gang arrangeret af børneafdelingen i Ålborg i september 93.

Udvalget har foretaget en revision af Vejledningen for familie med børn med cancer. Tilsvarende er Isolationsvejledningen blevet omarbejdet. For hver af de almindeligste børneonkologiske sygdomme udarbejdes en kort skriftlig information om sygdommens biologi, undersøgelser, behandling og prognose til familierne.

Det er i stigende grad et problem for igangsættelsen af nye internationale protokoller, at Sundhedsstyrelsens godkendelsesprocedure er langsommelig og omstændelig. Det modvirker

udvalgets intention om at flest muligt af børnene skal indgå i studie i en protokol. Samarbejdet med de videnskabelige komiteer fungerer generelt godt.

Udvalget består af Minna Yssing, Henrik Hertz, Bendt Brock Jacobsen, Steen Rosthøj og Niels Clausen (formand).

Niels Clausen

Beretning fra INFORMATIONS-udvalget

Udvalget har kommenteret et memento i Ugeskrift for Læger omhandlende et tilfælde af septisk meningokoksygdom hos et barn. Forfatteren konkluderer, at "generaliserede infektioner som svære septikæmier og sværere tilfælde af meningitis bør henvises til sygehus med landsdelsafdeling i infektionsmedicin". Vi svarede, at behandling af disse lidelser bør foregå på børneafdelingerne. Vi har endvidere et samarbejde med Medicom (Glaxo), hvor de kontakter os m.h.p. vejledning i forbindelse med behandling af pædiatriske emner, hvor vi kan være med til at pege på den pædiatriske ekspertise på området. Baggrunden for dette samarbejde er, at vi fra et medlem blev gjort opmærksom på pædiatriske emner i Medicoms regi, der blev varetaget uden deltagelse af pædiatere.

Ole Andersen Kjeld Hagen Johansen Flemming Ørnskov Karsten Hjelt

Beretning fra NEONATOLOGI-udvalget

Udvalget består af Birgitte Djernes, Jens Hertel, Birgit Peitersen, Finn Ebbesen, Gorm Greisen (formand).

Vi har afholdt 4 møder: 24.9.93, 3.12.93, 4.3.94 og 30.3.94.

Hyperbilirubinæmi: Vi anbefaler at hæve tærsklen for lysbehandling af helt raske nyfødte med fødselsvægt over 2000 g med 50 μM , f.eks. til 350 μM for børn med fødselsvægt over 3 kg.

Klassifikation af vægt-for-gestationsalder ved fødslen: Vi anbefaler, sammen med DSOG, at bruge den simple, retlinjede kurve (Greisen og Michaelsen, Ugeskr Læger 1989;151: 1813-5).

Landsdækkende registrering af ekstremt tidligt fødte og lavvægtige børn (ETFOL): Projektet ledes fra Odense under Neonatologiudvalgets tilsyn som et videnskabeligt projekt, selvom det har karakter af en klinisk database til kvalitetssikring. Registreringen begyndte 1.1.94 og alle nyfødte børn med gestationsalder under 28 uger og/eller fødselsvægt under 1000 g skal registreres indtil 31.12.95. Herefter er primært planlagt opfølgning indtil 2 års alder.

Neonatologiens fremtidige organisation: Vi afgav indstilling til bestyrelsen m.h.p. DPS's svar på Sundhedsstyrelsens udkast. Vi nåede til enighed om alt undtagen centralisering af respiratorbehandling af nyfødte og om centralisering af behandling af ekstremt for tidligt fødte.

Gorm Greisen

Beretning fra NEUROLOGI-udvalget

Udvalget har 5 medlemmer: Flemming Juul Hansen, John Østergaard, Søren Anker Pedersen, Karl Wulff og Karen Taudorf (formand).

Der er siden sidste generalforsamling afholdt 4 møder. Peter Uldall og Bente Beck har deltaget

i flere møder som associerede medlemmer.

Udvalget har udarbejdet forslag til retningslinier for ekspertuddannelse i børneurologi. Sundhedsstyrelsens redegørelse "Sjældne handicap - fremtidig organisation" er grundigt gennemarbejdet af udvalget og forslag til hørings svar sendt til Dansk Pædiatrisk Selskab's bestyrelse.

Udvalget har drøftet synliggørelsen af oligofrenologien. Man har fundet det væsentligt, at oligofrenologien både fagligt, videnskabeligt og fagpolitisk hører under neuropædiatrien og således omfattes af neurologiudvalget. Ved kommende valg af medlemmer til neurologiudvalget bør der således fortsat vælges mindst en person med særlig interesse for oligofrenologi.

Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedr. "valproatprøver" er ofte udsat for kritik. Udvalget arbejder med forslag til nye retningslinier, som vil blive fremsendt til Sundhedsstyrelsen. Den nye ICD-klassifikation er fra flere sider fundet insufficient til klassifikation af neuropædiatriske sygdomme. Udvalget arbejder på uddybning og klargøring af den neuropædiatriske klassifikation.

Karen Taudorf

Beretning fra udvalget for SCREENING og KLINISK GENETIK

Udvalget har holdt 3 møder. Udvalget har drøftet Sundhedsstyrelsens forslag til rapport om "Prænatal genetisk rådgivning og undersøgelse" og vejledt bestyrelsen i dens afgivelse af hørings svar. Et af udvalgets medlemmer deltog i en temadag om emnet efter invitation fra Sundhedsstyrelsen.

Udvalget ønsker at fremme uddannelsen af pædiatere i klinisk genetik. På baggrund af bestyrelsens retningslinier har udvalget foreslået en 3-årig uddannelse for speciallæger i pædiatri.

Udvalget vil drøfte folinsyreprofylakse mod neuralrørsdefekter.

Udvalget har 5 medlemmer:

Fin Ebbesen, Karen Brøndum Nielsen, Bent Nørgaard Pedersen (permanent associeret medlem), Birgit Peitersen, Karl Wulff og Flemming Skovby.

Flemming Skovby

Beretning fra UDDANNELSES-udvalget

Kursus 1993/94

Kurserne er gennemført i henhold til planen, og der har været deltagelse i Sundhedsstyrelsens tværfaglige kurser.

Der er fortsat problemer med fravær på afdelinger. Dispensanterne er ved at have gennemført deres kursus.

Der er afviklet, som et forsøgs kursus, kursus i pædiatrisk hæmatologi og onkologi. Det vil formentlig fortsætte de følgende år.

Kursus 1994/95

Resten af 1994 fortsætter efter planen men fra 1995 spredes kurserne yderligere p.g.a. overgangen til 2-årige undervisningsstillinger. Kurserne afvikles stort set hvert andet år. Der er ingen dispensanter i 1995, bortset fra nogle enkelte.

Efteruddannelse

Kurset "Børns hverdag i familie og samfund" er afviklet i efteråret 1993, og udvalget overvejer for tiden et nyt og længere efteruddannelseskursus.

Det 9., 10. og 11. efteruddannelsesmøde om lørdagen er afholdt om emnerne:

Diabetes og endokrinologi, neuropædiatri og omsorgssvigt.

Undervisningsstillinger 1994/95

Der var tale om 10 stillinger som nu er 2-årige men blokansættelser er endnu ikke på plads i hele landet. Der var i år 37 ansøgere (1992 - 28, 1993 - 32). 10 blev betegnet som velkvalificerede, 22 kvalificerede, 4 ikke-kvalificerede og 1 viste sig at have fået dispensation for undervisningsstilling. Af de 10 velkvalificerede trak 1 ansøger sig. De 6 af de øvrige fik undervisningsstilling og 4 blandt de kvalificerede fik undervisningsstilling.

Den pædiatriske uddannelse

Der trådte en ny speciallægebekendtgørelse i kraft den 1.1.1994. Den indeholder som anført 2-årige undervisningsstillinger. Denne gang for 1994-96 og de skal efterfølges af 2 års 1. reservelægestilling. Der er foreløbigt tale om 10 stillinger (2 på Rigshospitalet, 2 i Hvidovre, 1 i Glostrup, 2 i Odense, 2 i Århus og 1 i Ålborg). Der er endnu ikke endelig afklaring med Sundhedsstyrelsen i forhold til det tidligere forslag med 14 undervisningsstillinger, ligesom det heller ikke er klart med blokansættelserne alle steder i landet. Selskabet har anmodet om forhandling med Sundhedsstyrelsen omkring dette.

Pædiatriske ekspertområder/subspecialer

Uddannelsesudvalget har godkendt en stilling som ekspert-uddannelsesstilling i pædiatrisk allergologi ved børneafdelingen i Gentofte og yderligere en stilling ved afdeling GN, Rigshospitalet. Der foreligger en beskrivelse fra allergiudvalget om pædiatrisk ekspertområde/subspeciale inden for allergologi og astma.

Knud E. Petersen

Beretning fra UNGDOMSMEDICIN-udvalget

Udvalget har 5 medlemmer: Ole Andersen, Karin Brostrøm, Niels Hobolth, Jørn Müller, Marianne Rix.

Udvalget blev nedsat ved generalforsamlingen 1993 efter forarbejde af en arbejdsgruppe nedsat i 1991 til belystning af ungdomspædiatri i Danmark.

Udvalget har afholdt møde 21.1.94 og 10.6.94.

Efter det første møde blev der afsendt en skrivelse til DPS's bestyrelse, hvor man anbefalede en generel integrering af ungdomsmedicin i pædiatrien med 18 år som øvre aldersgrænse.

Udvalget fandt, at der er et behov for at give specialtilbud til unge i erkendelse af, at ungdomsgruppen har helt specielle problemer af såvel fysisk, psykologisk og social art, som på væsentlige områder adskiller dem fra såvel mindre børn som voksne. <der henvises til, at man inden for psykiatrien har taget konsekvensen og oprettet ungdomspsykiatriske afsnit.

Udvalget fandt, at en udvidelse af pædiatrien med ungdomsmedicin vil kræve:

- obligatoriske uddannelse i ungdomsmedicin under uddannelsen til specielle A-kurser,

- efteruddannelse inden for de subspecialer, hvor problemstillinger relateret til ungdomsmedicin udgør en tungtvejende faktor. Indholdet bør udover somatiske problemstillinger vedrøre psykosocial udvikling, gynækologi, prævention, misbrug, social lovgivning for unge mm.
- etablering/udvidelse af tværfaglige teams med deltagelse af børne/ungdomslæge, sygeplejersker, psykolog og socialrådgiver med tilknyttede konsulenter fra andre specialer med fælles berøringsflade, f.eks. inden for gynækologi, endokrinologi, børne/ungdomspsykiatri mm.
- indretning af specielle afsnit med "ungdomsstuer" i børneafdelingen samt ambulant virksomhed tilpasset de unges ønsker. De fleste kontakter vil være af ambulant karakter.

I forbindelse med Nordiske Barnlækar Dagar i Uppsala maj 1994 blev dannelsen af en nordisk arbejdsgruppe for adolescensmedicin diskuteret men opgivet/udsat p.g.a. for store forskelle mellem de nordiske lande på nuværende tidspunkt.

Marianne Rix

Beretning fra SPECIALISTNÆVNETS TILFORORDNEDE i pædiatri

Året har været præget af aktivitet i forbindelse med nye regler for uddannelse til speciallæge. Vi har haft lejlighed til at fremføre vore kommentarer til Sundhedsstyrelsens forslag. De aktuelle regler fremgår af "Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 1011 af 14. december 1993". Vi har specielt fremført følgende ændringsforslag, som desværre ikke er efterkommet: 1. reservelægetiden bør udvides til 24 mdr., da faget er meget omfattende. Vi har peget på behovet for anerkendte grenspecialer inden for pædiatri stort set på linie med forholdene i intern medicin. I erkendelse af, at Sundhedsstyrelsen ikke accepterer, at der indføres formaliserede grenspecialer, har DPS i eget regi udarbejdet forslag til vejledende retningslinier for subspecialisters uddannelse. Vi har deltaget i dette arbejde. Udover en række løbende sager har vi besvaret en forespørgsel fra et medlem vedrørende vor holdning til speciallægeuddannelse i USA. På baggrund af den konkrete uddannelsesbeskrivelse har vi stillet os positive

Else Andersen Karsten Hjelt

Beretning fra DPS's KONTAKTPERSONER til SS vedr. § 14-vurderinger

Der er i 1993-94 foretaget vurderinger i forbindelse med besættelse af 10 stillinger som vagtbærende overlæge (3 i Næstved, 2 i Sønderborg, Kolding og Hillerød samt 1 i Viborg). Endvidere er der bedømt 6 stillinger som sideordnet overlæge, af hvilke een er tillagt administrative beføjelser (Gentofte), 1 var beskrevet med pædiatrisk nefrologi og 1 med pædiatrisk kardiologi som interesseområde (begge i Odense) og 3 især efterspurgt bred pædiatrisk uddannelse (Sundby, Randers og Esbjerg). Ingen ansøttelser har givet anledning til kommentarer.

Jens Kamper Timo Klinge Minna Yssing

Beretning fra CESP

CESP (Confederation of European Specialists in Pediatrics) har holdt møde 22.1.94 i Bruxelles og 12.5.94 i Bath.

Statutter (articles of associations) for det nyoprettede European Boards of Pediatrics (EBP) har været til gennemsyn og kommentarer hos nationale pædiatriske selskaber, som er tilknyttet CESP.

På mødet i Bruxelles blev de vedtaget, idet kun England har forbehold. Dette fik ikke opsættende virkning, og EBP er derfor nu en realitet.

En executiv komite vil nu afstikke, hvorledes arbejdet føres ud i livet.

På mødet i Bath arbejdedes videre med EBP. Der nedsattes desuden en arbejdsgruppe under CESP, som skal komme med anbefalinger vedrørende videreuddannelse af pædiatriske speciallæger.

Der blev gjort status vedrørende arbejdet med fælleseuropæisk indsats for forebyggelse af børneulykker og harmoniseringsbestrebelse vedrørende vaccinationsprogrammer.

P.O. Schiøtz

Beretning fra LIPIDGRUPPEN

Lipidgruppen har i det forløbne år opløst sig selv. Man vil i stedet forsøge at danne et dansk selskab for lipidforskning. Interesserede må meget gerne kontakte undertegnede.

Flemming Skovby

REFERAT

Ordinære generalforsamling i DPS, 2. september 1994.

1. **Valg af dirigent**
Henrik Hertz blev valgt til dirigent
2. **Formandens beretning**

Formanden henviste til den udsendte skriftlige beretning. De 33 nye medlemmer blev alle optaget. Tre medlemmer af selskabet er døde i årets løb, Hans-Jørgen Andersen, Svend Heinild og Jan-Henrik Probst. Forsamlingen mindedes dem med ét minuts stilhed.

Mødeform med temamøder og følgende efteruddannelsesmøder synes at være god. P.g.a. de mange temamøder kunne det være for længe før aktuelle mener indenfor andre områder kom frem i selskabet, og bestyrelsen ville gerne indbygge enkeltforedrag i forbindelse med temamøderne. Han opfordrede derfor til at indsende aktuelle foredrag. Vårmdødet i Ålborg var meget vellykket fagligt og socialt og formanden takkede afdelingerne i Aalborg og Hjørring for arrangementet.

Speciallægeuddannelsen er fra 1.1.94 udvidet til 60 måneder, hvilket stemmer overens med de øvrige EU-lande. Den obligatoriske del er 12 måneders introduktionsuddannelse, 24 måneders uddannelsesstilling, hvoraf 6 måneder skal indeholde neonatologi og 18 måneders 1. reservelægetid.

Antallet af undervisningsstillinger er i år 10. Sundhedsstyrelsen har sidst i forbindelse med den nye enkeltstillingsklassifikation beregnet tallet til 14. Vi mener at det er et for højt tal under de nuværende omstændigheder og vil anmode Sundhedsstyrelsen om at få diskuteret dette i løbet af efteråret.

Selskabet har som bekendt opstillet interne mål for subspecialisering. Ved et møde mellem bestyrelsen og uddannelsesudvalget er reglerne blevet lempet lidt, så den uddannelsessøgende lettere vil kunne glide ind i det almindelige arbejde på afdelingerne. Fagudvalgene arbejder for tiden med nærmere beskrivelse af stillingernes indhold i de enkelte fag. Kun allergologi, klinisk genetik, neuropædiatri og ungdomsmedicin har angivet sådanne regler. Når svar fra de øvrige udvalg er kommet, vil bestyrelsen og uddannelsesudvalget samle reglerne og videresende dem til afdelingerne.

Der er som led i subspecialiseringen indenfor faget dannet flere fagudvalg, og bestyrelsen ønsker at fortsætte denne linie. Der er udfærdiget kommissorier for alle udvalg. Formanden påpegede at udvalgene er at opfatte som arbejdsgrupper med ansvar over for generalforsamlingen i højere grad end interessegrupper med løsere struktur og funktion. De regler der er vedtaget, specielt vedr. funktionstid bør søges overholdt af de forskellige udvalg. Som led i den fornyelse, der derved skal være i udvalgene er det væsentligt at Yngre Pædiatere medinddrages i udvalgsarbejdet i alle udvalg.

Bestyrelsen har i årets løb modtaget fire redegørelser fra Sundhedsstyrelsen.

Rapporterne m.h.t. "Organisation af behandlingen af diabetes mellitus" og "Redegørelse og vejledning om prænatal genetisk rådgivning og undersøgelse" havde begge for ringe pædiatrisk tyngde, hvilket er påpeget. Desuden havde bestyrelsen kommenteret redegørelsen vedr. "Neonatologiens fremtidige organisation", hvori anbefales en styrkelse af det neonatale beredskab, og redegørelsen fra Sundhedsstyrelsens tekniske arbejdsgruppe vedr. "Sjældne handicap - fremtidig organisation". Sidstnævnte rapport lagde op til en betydelig grad af centralisering ved Rigshospitalet og Århus Kommunehospital. Bestyrelsen var af den opfattelse, at centralisering også kunne inddrage andre hospitaler og at et tæt samarbejde mellem lokale afdelinger og lands-landsdelsafdelinger er væsentlig.

Dansk Skolelægeforening er fremkommet med et diskussionsoplæg omkring en funktion på speciallægeniveau, som kommunal skolelægeomslægge. FAS har foreslået, at der nedsættes et udvalg med medlemmer fra Skolelægeforeningen og DPS til udarbejdelse af nærmere regler. Det vil være en væsentlig nyskabelse hvis en sådan lægefunktion overfor børn og unge kan etableres, og det må naturligt være pædiaterne der varetager den.

Formanden nævnte det internationale samarbejde som særdeles vigtigt og takkede Oluf Schiøtz fra DPS og Peder Daubjerg fra DBO for arbejdet i CESP. Nordisk Pædiatrisk Forening afholdt i maj måned "Nordiska Barnläkardagar" i Uppsala, der var et særdeles vellykket arrangement, men med alt for få danskere repræsenteret. Formanden opfordrede til at deltage i den næste kongres i Trondhjem i 1997 og nævnte, at en væsentlig del af overskuddet fra kongressen i København i 1991 vil blive anvendt til rejsetilskud i forbindelse med denne kongres.

3. Diskussion af formandens beretning

Karl Wulff ønskede at vide, hvordan det gik med rapporten om de sjældne handicap og hvad bestyrelsens holdning var til rapporten. Formanden svarede, at bestyrelsen havde svaret Sundhedsstyrelsen og Henrik Hertz supplerede, at rapporten for tiden blev behandlet i Sundhedsstyrelsen. Krasilnikoff gav som Karl Wulff udtryk for, at rapporten havde en for restriktiv holdning, og han havde til Københavns Kommune anbefalet et nyt udvalg.

Peter Krasilnikoff spurgte vedr. fordeling af overskuddet fra den nordiske kongres, men det ville blive belyst under beretning fra udvalg af NPF.

Jens Kamper ønskede, at man så kritisk på antallet af uddannelsesstillinger, så at man ikke endte med at have mangel på uddannede pædiater. Bestyrelsens beregninger fra sidste år blev citeret m.h.t. til de 10 pr. år som det optimale. Erling Nathan gjorde opmærksom på, at tallet delvis var begrundet i, at der ikke var plads til flere i uddannelsessystemet for øjeblikket.

M.h.t. subspecialisering forespurgte Karl Wulff om et fællesmøde mellem fagudvalgene, uddannelsesudvalget og bestyrelsen. Formanden kunne svare, at bestyrelsen og uddannelsesudvalget i første omgang vil se på de indkomne forslag, og at et fællesmøde meget vel kunne blive aktuelt i løbet af vinteren.

Formandens beretning blev herefter godkendt.

4. **Beretning fra udvalg og Nordisk pædiatrisk forening**

Informationsudvalget: Ole Andersen gav udtryk for, at udvalgets medlemmer selv ikke mente, at udvalget fungerede tilstrækkelig hurtigt. Han opfordrede generalforsamlingen til evt. at nedlægge udvalget. Det var imidlertid den almindelige stemning på generalforsamlingen, at man ønskede udvalget fortsat og anså arbejdet for vigtigt.

Neonatologi-udvalget: Jens Kamper præsenterede ETFOL-registeret med data på alle præmature over en to-års periode. Registret er afhængig af forældre-accept og derved kom ca. 10% af børnene ikke med. Det blev foreslået at gøre registeret til et offentligt register og derved undgå dette problem.

Diagnose-udvalget: ICD10 bliver nu anvendt. Ole Andersen opfordrede til at melde diagnostiske problemer til udvalget, og Finn Ursin Knudsen var enig i denne opfordring.

Uddannelsesudvalget: Knud Petersen rapporterede fra udvalget, at der er 10 undervisningsstillinger. Blokansættelser var kommet på plads i Vest- men ikke i Øst-Danmark. Sundhedsstyrelsens enkeltstillingsklassifikation viste 28 årsværk som uddannelsesstillinger, sv.t. 14 stillinger. Henrik Hertz spurgte, om der ville være nok RI-stillinger til uddannelse af subspecialister, et problem for hans eget område. Krasilnikoff opfordrede til at blive ved med at presse på for at få subspecialiststillingerne igennem og evt. godkendt i Sundhedsstyrelsen. Det synes et generelt problem, at Sundhedsstyrelsen ikke havde interesse i stillinger ud over speciallæge- anerkendelse (Nathan, Karin Brostrøm, Ole Andersen).

Adolescens-udvalget: Marianne Rix forklarede, at udvalget ikke mente, at der skulle oprettes et egentligt subspecialie i adolescens-medicin, defineret som de fagområder for de 10-20 årige, men at området skulle indgå som den del af pædiatrien. Generalforsamlingen ønskede, at udvalget fortsatte. Krasilnikoff anførte, at det var et samarbejdsområde til voksen-medicinerne. Ole Andersen anførte, at det var vigtigt at den faglige baggrund var på plads og at det var vigtigt at fastholde som et pædiatrisk område. Det blev besluttet, at udvalget skulle fortsætte med et revideret kommissorium udarbejdet af bestyrelsen.

Nordisk Pædiatrisk Forening: Niels Hobolth var valgt som æresmedlem. Overskuddet fra kongressen i København var på godt 60.000 kr og bestyrelsen havde besluttet at en betydelig del, ca. 20.000 skulle gå til støtte til deltagelse i kongressen i Trondhjem. Krasilnikoff anførte, at dette forslag ikke var diskuteret med ham som medlem af NPF's styrelse eller med arrangørerne af kongressen. Formanden henviste til NPF's styrelsesbeslutning, at en tredjedel af overskuddet blev fordelt til de nationale selskaber.

5. **Aflægelse af det reviderede regnskab**

Regnskab og budget blev fremlagt af kassereren. Desuden blev regnskabet for Torben Iversen Fondet fremlagt. Ingen særlige kommentarer til regnskabet.

6. Fastsættelse af kontingent

Det blev vedtaget at fortsætte med uændret kontingent, 600 kr pr. år.

7. Forslag fra bestyrelse og medlemmer

Peter Krasihnikoff kommenterede sagsgangen i Patientklagenævnet, og mente, at lægerne var retsløse i denne sammenhæng. Han ønskede en sikring af den pædiatriske viden i nævnet, og at selskabet tog initiativ til dette. Else Andersen anførte, at Sten Borberg fra lægeforeningen var blevet gjort opmærksom på dette, og at lægeforeningen arbejdede på sagen. Det blev besluttet, at bestyrelsen skulle undersøge forholdene vedr. pædiatrisk rådgivning til nævnet.

Karin Brostrøm forespurgte, om det var fagligt forsvarligt med den 3 års regel, der var i udvalgene. Hun spurgte, om ad hoc medlemmer kunne optages. Formanden svarede, at antallet af medlemmer i udvalgene var begrænset til 5. De fem var ansvarlige for udvalgets arbejde, men de enkelte udvalg kunne lade andre deltage i møderne.

Bestyrelsen havde til generalforsamlingen forslag til kommissorier for DPS' udvalg for kardiologi, endokrinologi og nefro-urologi. Alle tre kommissorier blev vedtaget. Bestyrelsen havde kommentarer til lovændring vedr. paragr. 8 i vedtægterne, der var sprogligt formuleret om. Dette blev accepteret af generalforsamlingen. Bestyrelsen havde desuden en uddybende kommentar til paragr. 9, og denne blev også godkendt af generalforsamlingen.

Fra medlemmer i uddannelsesudvalget fremkom to forslag, vedr. ændringer i kravene til ansættelse i undervisningsstilling, og ændring i kommissorium for uddannelsesudvalget. Begge var ikke helt klart formuleret og dirigenten bad uddannelsesudvalget om at drøfte forslagene med bestyrelsen og genfremsætte dem ved næste generalforsamling.

Yngre Pædiatere foreslog en tilføjelse til vedtægterne paragraf 4: Mindst ét af udvalgsmedlemmerne skal tilhøre FayL. Dette skabte en debat, om der nu altid ville være egnede YP-medlemmer til de mange udvalg. Steffen Husby ønskede forslaget bragt til afstemning, og generalforsamlingen vedtog forslaget til godkendelse ved næste generalforsamling.

8. Valg af bestyrelse blandt de ordinære medlemmer

Niels Chr. Christensen, Ole Andersen, Sten Petersen, Karsten Kaas Ibsen og Ole Pryds blev genvalgt i bestyrelsen. Steffen Husby trådte ud, og blev afløst af Henrik Carstensen.

9. Valg af 2 revisorer

Finn Ursin Knudsen og Jens Hertel blev genvalgt.

10. Valg af udvalgsmedlemmer og repræsentanter for selskabet

Niels Clausen blev valgt som Specialistnævnets tilfornordnede og Ole Andersen som suppleant.

Som repræsentant i Dansk Medicinsk Selskab fratrådte Jørn Møller og valgtes Karsten Kaas Ibsen.

Til uddannelsesudvalget genvælges Birgitte F. Lausen, Finn U. Knudsen og Freddy Karup P. Nyvalgt blev John Østergård (kursusleder), Mogens Fjord Christensen og Troels Herlin. Desuden Kåre Lundstrøm, Lise Kirk og Charlotte Jensen.

AIDS-udvalget blev foreslået nedlagt. Forsamlingen støttede, at AIDS-problematikken indgik i et infektions-medicinsk udvalg, som bestyrelsen fik bemyndigelse til at danne.

I Ernærings- og Gastroenterologjudvalget faldt P. Krasilnikoff for 2x3 års reglen. Efter indstilling fra udvalget godkendte generalforsamlingen, at Krasilnikoff blev siddende i udvalget. I hæmatologi-onkologi udvalget udtrådte Henrik Hertz og Kjeld Schmiegelow blev valgt ind. Diagnoseudvalget fortsatte uændret, men der blev foreslået udvidelse med to yderligere medlemmer. I informationsudvalget udtrådte Flemming Ørnkov, og Karen Andersen Tilma blev valgt ind.

I det nyoprettede endokrinologi-udvalg blev valgt Niels Erik Skakkebæk, Bent Brock Jacobsen, Henrik Mortensen og Marianne Rix. I nefro-urologjudvalget valgtes Niels Foged, Erling Nathan, Ole H. Nielsen og Anita Hansen.

De øvrige udvalg fortsatte med uændret personsammensætning.

Steffen Husby

DANSK PÆDIATRISK SELSKAB
Regnskab for perioden 21.06.93 - 15.06.94

Indtægter

Kontingenter	kr	199.200,00		
Renter og aktieudbytte	kr	6.720,05		
Sponsorering af årbog	kr	8.000,00		
Sponsorering af efteruddannelsesmøder	kr	6.500,00		
Tilskud til efteruddannelsesmøder	kr	3.000,00		
Refusion af rejseudgifter	kr	1.500,00		
Overskud fra efteruddannelseskursus	kr	4.275,25		
Overført fra Nordisk Pædiatrisk Forening	kr	2.636,17		
Overskud fra Nordisk Pædiatrisk Kongres 1991	kr	64.417,13		
Ialt			kr	296.248,60

Udgifter

Administration	kr	-45.711,90		
Rejser	kr	-14.070,99		
Ordinære møder	kr	-6.603,50		
Bestyrelsesmøder	kr	-10.539,50		
Udvalgsmøder	kr	-39.241,66		
Foreninger	kr	-8.522,24		
Årbog	kr	-22.575,00		
Gaver	kr	-2.522,62		
Ialt			kr	-149.787,41
Efteruddannelse - endokrinologi	kr	-9.864,00		
Efteruddannelse - neurologi	kr	-1.250,00		
Efteruddannelse - omsorgssvigt	kr	-13.651,51		
Efteruddannelseskursus - børns hverdag	kr	-25.000,00		
Ialt			kr	-49.765,51
Resultat			kr	96.695,68

Formuebevægelse

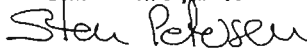
Formue 20.06.93	kr	63.651,40		
Resultat 93/94	kr	96.695,68		
Indbetalt til T. Iversens Fond	kr	-5.000,00		
Ændring i kursværdi af aktier	kr	3.528,00		
Formue 15.06.94			kr	158.875,08

Formueplacering

GiroBank 540-3308	kr	308,61		
Den Danske Bank 3428 019571	kr	149.278,47		
Aktier (kursværdi 31.12.93)	kr	9.288,00		
Formue 15.06.94			kr	158.875,08

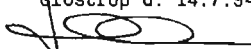
Formuen til stede, regnskabet stemmer.

Gentofte den 5. juli 1994



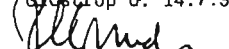
Sten Petersen
kasserer

Glostrup d. 14.7.94



Jens Hertel
Overlæge

Glostrup d. 14.7.94



Finn Ursin Knudsen
Overlæge, dr. med.

PROFESSOR TORBEN IVERSENS REJSEFOND

Egenkapital pr. 31.12.92		224.870,69
Renteindtægter 1993	21.944,23	
Tilbagebetalt legat for 1992	5.000,00	
Administrationsudgifter 1993	-1.658,16	
Uddelinger 1993	-7.000,00	
Ændring i kursværdi af obligationer	8.864,50	
Ændring i saldo på kapitalkonto	-227,50	
Egenkapital pr. 31.12.93		251.793,76
Uddelt april 1994	17.000,00	

Dansk Pædiatrisk Selskab

Nye medlemmer 1993-94

Lone Agertoft	Lene Christiansen
Ulla Steenholt Niklassen	Anne S�e Højberg
Bente Utoft Andreassen	Pia Charlotte Jensen
Dorthe Lisbeth Jeppesen	Helle Hjalgrim
Jon Helgestad	Kirsten Skamstrup Hansen
Ida Maria Schmidt	Peter Christiansen
Hanne Madsen	Anders Straarup Johansen
Jennifer Vikre-Jørgensen	Rune Weis Næraa
Ahmad Sheikzadeh	Linda Vad Pedersen
Marianne Hørby Jørgensen	Jens Erik Veirum
Anna Merete Jørgensen	Jens Christian Paaby
Malgorzata Pulczynska	Susanne Mejlby Nielsen
Ingelise Lund	Birgit Jepsen
Jesper Andersen	Kirsten Andresen
Marianne Mathiesen	Lene Rytter
Jan Carlsson	Jens Schaarup
Marek Zak	

Udmeldte 1993-94

Pernille Vedel Jepsen	Kim Holtens
Elisabeth Væver	Edgar Dahlin
Søren Winkel	Anne Marie Rytter
Jens Christoffersen	Jon Helgestad

Afgået ved døden 1993-94

Hans Jørgen Andersen	Jan-Henrik Probst
Svend Heinild	

Dansk Pædiatrisk Selskabs bestyrelse består pr. 2.10.94 af følgende medlemmer:

Formand:

Overlæge N.C. Christensen,
Børneafdelingen,
Sønderborg Sygehus,
6400 Sønderborg
Tlf.: 74430311
Fax : 74421435

Dybbølbjerg 24,
6400 Sønderborg
Tlf.: 74486047

Næstformand:

Overlæge Ole Andersen,
Børneafdelingen,
Hillerød Centralsygehus,
3400 Hillerød,
Tlf.: 48294304
Fax : 48294319

Lærketofte 24,
3500 Værløse
Tlf.: 44980116

Kasserer:

Overlæge Sten Petersen,
Neonatologisk Klinik, 5024,
Rigshospitalet,
2100 København Ø,
Tlf.: 35455024
Fax : 35455025

Ved Kæret 23,
2820 Gentofte
Tlf.: 31656225

Videnskabelig sekretær:

1. reservelæge Ole Pryds,
Neonatologisk Klinik, 5024,
Rigshospitalet,
2100 København Ø,
Tlf.: 35455024
Fax : 35455025

Teglparken 25,
4200 Slagelse
Tlf.: 58503081

Faglig sekretær:

1. reservelæge Henrik Carstensen,
Pædiatrisk Klinik,
Rigshospitalet,
2100 København Ø,
Tlf.: 35453865
Fax : 31396543

Ribegade 12, 2.tv.,
2100 København Ø
31387876

Repræsentant for DBO:

Overlæge Karsten Kaas Ibsen,
Børneafdelingen,
Amtssygehuset,
2600 Glostrup.
Tlf.: 43964333
Fax.: 43962002

Furesøvej 89,
2830 Virum
42852272

Dansk Pædiatrisk Selskabs stående udvalg m.m. pr. 1.9.94

AIDS-udvalg Vælges for 3 år - genvalg x 1	Niels Clausen (1988) May Olufsson (1988) Freddy Karup Pedersen (1988) <u>Birgit Peitersen (1988)</u> Elma Scheibel (1988)
Astma- og allergologiudvalg Vælges for 3 år - genvalg x 1	<u>Søren Petersen (1989)</u> Hans Bisgård (1991) Jørn Henriksen (1992) Arne Høst (1992) Niels Henrik Valerius (1992)
Cardiologiudvalg Vælges for 3 år - genvalg x 1	<u>Joes Ramsøe Jacobsen (1994)</u> Gunner Nielsen (1994) Karsten Hjelt (1994) Arne Høst (1994) Gerd Stafanger (1994)
Diagnoseudvalg Vælges for 3 år - genvalg x 1	<u>Finn Ursin Knudsen (1984)</u> Jens Hertel (1989) Karsten Hjelt (1993)
Endokrinologiudvalg Vælges for 3 år - genvalg x 1	Niels Erik Skakkebæk (1994) Bendt Brock Jacobsen (1994) Henrik Mortensen (1994) Marianne Rix (1994) Niels Christian Christensen (1994)
Ernærings og gastroenterologiudvalg Vælges for 3 år - genvalg x 1	<u>Karin Brostrøm (1987)</u> Peter A. Krasilnikoff (1987) Kim Fleischer Michaelsen (1991) Flemming Skovby (1993) Steffen Husby (1993)
Hæmatologi og onkologiudvalg Vælges for 3 år - genvalg x 1	Minna Yssing (1982) <u>Niels Clausen (1985)</u> Ole H. Nielsen (1991) Bendt Brock Jacobsen (1992) Steen Rosthøj (1993) Kjeld Schmiegelow (1994)
Informationsudvalg Vælges for 3 år - genvalg x 1	Ole Andersen (1987) Kjeld H. Johansen (1993) Karen Andersen Tilmå (1994) <u>Anita Hansen (1994)</u> Palle Prahl (1994)

Neonatologiuvalg Vælges for 3 år - genvalg x 1	Birgitte Djernes (1990) Finn Ebbesen (1990) <u>Gorm Greisen (1990)</u> Birgit Peitersen (1992) Jens Hertel (1993)
Nefrologi og urologiuvalg Vælges for 3 år - genvalg x 1	Niels Foged (1994) Erling Nathan (1994) Ole H. Nielsen (1994) Anita Hansen (1994)
Neurologiuvalg Vælges for 3 år - genvalg x 1	Flemming Juul-Hansen (1993) Søren Anker Pedersen (1993) <u>Karen Taudorf (1993)</u> Karl Wulff (1993) John Østergaard (1993)
Screenings og klinisk genetikudvalg Vælges for 3 år - genvalg x 1	Karen Brøndum Nielsen (1992) <u>Flemming Skovby (1992)</u> Karl Wulff (1993) Finn Ebbesen (1993) Bent Nørgaard Petersen (hisidder)
Uddannelsesudvalg Vælges for 1 år - genvalg x 5	John Østergaard (1992) - kursusleder <u>Freddy Karup Pedersen (1989)</u> Finn Ursin Knudsen (1990) Birgitte Frederiksen Lausen (1993) Mogens Fjord Christensen (1994) Troels Herlin (1994) Kaare E. Lundstrøm (1994) Lise Kirk (1994) Charlotte Jensen (1994)
Ungdomsmedicinsk udvalg Vælges for 3 år - genvalg x 1	<u>Marianne Rix (1993)</u> Ole Andersen (1993) Karin Brostrøm (1993) Niels Hobolth (1993) Jørn Müller (1993)
Specialistnævnets tilforordnede i pædiatri Vælges for 4 år - genvalg x 1	Niels Clausen (1991) Karsten Hjelt (1991) Sten Petersen (1991) Søren Krabbe (1994)
Kontaktpersoner for Sundhedsstyrelsen ved ansættelse af overlæger i pædiatri Vælges for 4 år - genvalg x 1	Jens Kamper (1990) Minna Yssing (1990) - suppleant Timo Klinge (1990) - suppleant

Nordisk Pædiatrisk Føderations repræsentantskab	Finn Ebbesen (1993) Birgitte Friis (1993) Birgitte Marner (1993) Karsten Kaas Ibsen (1993)
Medlemmer af Nordisk Pædiatrisk Føderations Styrelse	Niels Christian Christensen (1988) Peter A. Krasilnikoff (1991) Ole Andersen (1993)
Repræsentanter i Dansk Medicinsk Selskab Vælges for 3 år - genvalg x 1	Henrik B. Mortensen (1991) Ebbe Thisted (1992) Niels H. Valerius (1993) Karsten Kaas Ibsen (1994)
Repræsentant i UEMS/CESP	Peter O. Schiøtz
Repræsentanter i Sundhedsstyrelsens vaccinationsudvalg	Christian Koch (1980) Freddy Karup Pedersen (1980)
Repræsentanter i Foreningen for Familieplanlægning	Søren Krabbe (1992) Karen Vitting Andersen (1994)
Ammekomiteen	Finn Jonsbo (1994)
Revisorer	Finn Ursin Knudsen (1990) Jens Hertel (1992)

Kommissorium for de stående udvalg under Dansk Pædiatrisk Selskab

AIDS-udvalg

Udvalget er et stående udvalg under DPS, jævnfør vedtægternes §8.

Udvalget skal inden for HIV infektion og AIDS hos børn og gravide

- følge udviklingen nationalt og internationalt.
- udarbejde forslag til undersøgelse, behandling og kontrol.
- vejlede bestyrelsen ved besvarelse af forespørgsler.

Udvalget har 5 medlemmer. Afdelinger, der har lands-/landsdelsfunktion over for AIDS, skal være repræsenteret i udvalget.

Udvalget holder møde mindst én gang årligt og aflægger skriftlig beretning til generalforsamlingen.

ASTMA og ALLERGOLOGIudvalg

Udvalget er et stående udvalg under DPS, jævnfør vedtægternes §8.

Udvalget skal beskæftige sig med allergiske lidelser, samt astma og andre kroniske lungesygdomme. I relation til disse sygdomme skal udvalget

- følge udvikling og forskning inden for principper for profylakse, diagnostik og behandling.
- tage initiativer til udarbejdelse af fælles nationale retningslinier for profylakse, diagnostik og behandling.
- vejlede bestyrelsen ved besvarelse af forespørgsler om disse sygdomme.
- vejlede bestyrelsen og uddannelsesudvalget vedrørende uddannelsesmæssige spørgsmål.

Udvalget har 5 medlemmer, hvoraf ét medlem skal være ansat på afdeling med landsdelspecialfunktion for kroniske lungesygdomme.

Udvalget kan nedsætte arbejdsopgaver, der supplerer sig med ad hoc medlemmer, til løsning af særlige opgaver.

Udvalget holder møde mindst én gang årligt og aflægger skriftlig beretning til generalforsamlingen.

KARDIOLOGIudvalg

Udvalget er et stående udvalg under DPS, jævnfør vedtægterne §8.

Udvalget skal inden for børnekardiologi

- følge udviklingen i organisering, behandlingsprincipper og behandlingsresultater nationalt og internationalt.

- tage initiativer, der kan fremme udviklingen og uddannelsen inden for området.
- vejlede bestyrelsen ved besvarelser af forespørgsler.
- vejlede bestyrelsen og uddannelsesudvalget vedrørende uddannelsesmæssige spørgsmål.

Udvalget har 5 medlemmer.

Udvalget holder møde mindst en gang årligt og aflægger skriftlig beretning til generalforsamlingen.

DIAGNOSEudvalg

Udvalget er et stående udvalg under DPS, jævnfør vedtægternes §8.

Udvalget skal

- udarbejde og revidere den pædiatriske diagnoseliste, således at der sikres ensartet diagnoseregistrering. Diagnoselisten skal udarbejdes under hensyn til videst mulig overensstemmelse med internationale diagnoselister og efter anvisninger fra de nationale og internationale sundhedsmyndigheder.

Udvalget har 3 medlemmer.

Udvalget aflægger skriftlig beretning til generalforsamlingen.

ENDOKRINOLOGIudvalg

Udvalget er et stående udvalg under DPS, jævnfør vedtægternes §8.

Udvalget

- skal følge udviklingen nationalt og internationalt vedrørende behandling, diagnostik og forskning inden for endokrinologi.
- tage initiativer, der kan fremme udviklingen inden for det endokrinologiske område i Danmark.
- vejlede bestyrelsen ved besvarelser og forespørgsler inden for området.
- vejlede bestyrelsen og uddannelsesudvalget vedrørende uddannelsesmæssige spørgsmål.

Udvalget har 5 medlemmer.

Udvalget holder møde mindst én gang årligt og aflægger skriftlig beretning til generalforsamlingen.

Udvalget for ERNÆRING og GASTROENTEROLOGI

Udvalget er et stående udvalg under DPS, jævnfør vedtægternes §8.
Udvalget skal inden for pædiatrisk gastroenterologi og ernæring

- følge udviklingen nationalt og internationalt.
- vurdere gældende retningslinier og fremkomme med forslag til nye rekommandationer.
- vejlede bestyrelsen ved besvarelse af forespørgsler.
- vejlede bestyrelsen og uddannelsesudvalget vedrørende uddannelsesmæssige spørgsmål.

Udvalget har 5 medlemmer.

Udvalget holder møde mindst én gang årligt og aflægger skriftlig beretning til generalforsamlingen.

HÆMATOLOGI og ONKOLOGIudvalg

Udvalget er et stående udvalg under DPS, jævnfør vedtægternes §8.
Udvalget skal inden for områderne, som vedrører hæmatologiske og onkologiske lidelser hos børn

- følge udviklingen nationalt og internationalt vedrørende behandling, diagnostik og forskning.
- arbejde for samordning af behandling og forskning nationalt.
- vejlede bestyrelsen ved besvarelse af forespørgsler.
- vejlede bestyrelsen og uddannelsesudvalget vedrørende uddannelsesmæssige spørgsmål.

Udvalget har 5 medlemmer. Alle afdelinger, der har lands-/landsdelsfunktion i hæmatologi og onkologi, skal være repræsenteret i udvalget med mindst én læge.

Udvalget kan nedsætte arbejdsgrupper, der kan supplere sig med ad hoc medlemmer, til løsning af specielle opgaver.

Udvalget holder møde mindst én gang årligt og aflægger skriftlig beretning til generalforsamlingen.

INFORMATIONSUdvalg

Udvalget er et stående udvalg under DPS, jævnfør vedtægternes §8.
Udvalget

- Skal formidle pædiatrisk viden og synspunkter.
- kan på eget initiativ henvende sig til offentligheden, deltage i aktuel debat og bistå med information til medier, organisationer og enkeltpersoner.

Udvalget har 5 medlemmer, hvoraf mindst ét også er medlem af DPS's bestyrelse.

Udvalget holder møde mindst én gang årligt og aflægger skriftlig beretning til generalforsamlingen.

NEFRO- og UROLOGIudvalg

Udvalget er et stående udvalg under DPS, jævnfør vedtægternes §8.

Udvalget

- følge udviklingen nationalt og internationalt vedrørende behandling/diagnostik og forskning inden for området.
- tage initiativer, der kan fremme den nefrologiske, urologiske behandling af børn i landet.
- vejlede bestyrelsen ved besvarelse af forespørgsler inden for området.
- vejlede bestyrelsen og uddannelsesudvalget vedrørende uddannelsesmæssige spørgsmål.

Udvalget har 5 medlemmer.

Udvalget holder møde mindst én gang årligt og aflægger skriftlig beretning til generalforsamlingen.

NEONATOLOGIudvalg

Udvalget er et stående udvalg under DPS, jævnfør vedtægternes §8.

Udvalget skal inden for neonatologi og perinatologi

- følge udviklingen i organisering, behandlingsprincipper og behandlingsresultater nationalt og internationalt.
- tage initiativer, der kan fremme udviklingen.
- vejlede bestyrelsen ved besvarelse af spørgsmål.
- vejlede bestyrelsen og uddannelsesudvalget vedrørende uddannelsesmæssige spørgsmål.

Udvalget har 5 medlemmer.

Udvalget kan nedsætte arbejdsgrupper, der supplerer sig med ad hoc medlemmer, til løsning af særlige opgaver.

Udvalget holder møde mindst én gang årligt og aflægger skriftlig beretning til generalforsamlingen.

NEUROLOGIudvalg

Udvalget er et stående udvalg under DPS, jvnfør vedtægternes §8.

Udvalget skal inden for børneurologi

- følge udviklingen vedrørende undersøgelser og behandlingsprincipper nationalt og internationalt.
- tage initiativer, der kan fremme den børneurologiske funktion.
- vejlede bestyrelsen ved besvarelse af spørgsmål.
- vejlede bestyrelsen og uddannelsesudvalget vedrørende uddannelsesmæssige spørgsmål.

Udvalget har 5 medlemmer.

Udvalget holder møde mindst én gang årligt og aflægger skriftlig beretning til generalforsamlingen.

Udvalg for SCREENING og KLINISK GENETIK

Udvalget er et stående udvalg under DPS, jvnfør vedtægternes §8.

Udvalget skal

- overvåge igangværende screening.
- rådgive vedrørende igangsættelse af yderligere screening prænatalt, neonatalt eller senere i barnealderen.
- vejlede bestyrelsen ved besvarelse af forespørgsler.
- vejlede bestyrelsen og uddannelsesudvalget vedrørende uddannelsesmæssige spørgsmål.

Udvalget har 5 medlemmer. Mindst ét medlem skal være ansat på et klinisk genetisk afsnit under en børneafdeling.

Til udvalget kan benyttes særligt sagkyndige som associerede medlemmer.

Udvalget holder møde mindst én gang årligt og aflægger skriftlig beretning til generalforsamlingen.

UDDANNELSESUdvalg

Udvalget er et stående udvalg under DPS jævnfør selskabets vedtægter §5, stk. 4. Udvalget skal lede videre- og efteruddannelsen i pædiatri, herunder

- holde sig generelt orienteret om forhold inden for lægers uddannelse og rådgive bestyrelsen og selskabet inden for alle uddannelsesspørgsmål.
- Tilrettelægge den pædiatriske specialistuddannelse i samarbejde med specialitærnetværks tilfornordnede i pædiatri. Udvalget koordinerer specialistuddannelsen i pædiatri med den postgraduate uddannelse og efteruddannelsen.
- løbende holde selskabet orienteret om behovet for og antallet af uddannelsesstillinger, tilrettelægge kurser, der indgår i den pædiatriske specialistuddannelse.
- deltage i udarbejdelse af uddannelseskraV inden for evt. subspecialer/ekspertområder.
- udvalget arrangerer efteruddannelseskurser sammen med andre af selskabets medlemmer og evt. sammen med andre selskabers uddannelsesudvalg.

Udvalgets sammensætning fremgår af vedtægterne §5, stk. 4. Udvalget består af en formand og 8 medlemmer, hvoraf mindst 3 og højst 5 medlemmer ved valget må være ansat i en tidsbegrænset stilling. Medlemmerne vælges på generalforsamlingen for ét år og kan forlænges op til 6 år.

Udvalget holder møde mindst 4 gange årligt og aflægger skriftlig beretning til generalforsamlingen.

Udvalg for UNGDOMSMEDICIN

Udvalget er et stående udvalg under DPS, jævnfør vedtægternes §8. Udvalget skal inden for ungdomsmedicin

- følge udviklingen nationalt og internationalt.
- tage initiativ til udarbejdelse af fælles nationale retningslinier for visitation, diagnostik og behandling af unge i alderen 15-20 år.
- arbejde for oprettelse af ungdomsmedicinske enheder i tilslutning til pædiatriske afdelinger nationalt.
- vejlede bestyrelsen ved besvarelse af forespørgsler.
- vejlede bestyrelsen og uddannelsesudvalget vedrørende uddannelsesmæssige spørgsmål.

Udvalget har 5 medlemmer.

Udvalget holder møde mindst én gang årligt og aflægger skriftlig beretning til generalforsamlingen.

VEDTÆGTER
for
Dansk Pædiatrisk Selskab
stiftet d. 13. oktober 1908

(lovændring af 09.03.1960, 12.11.1970, 14.10.1970, 07.09.1984, 06.09.1991 og 04.09.1992)

§ 1

Selskabets formål er at fremme videnskabelig og praktisk udvikling inden for 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. Generalforsamlingen 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. Fastlæggelse 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 for 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 førstkommende 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 pædiatriske overlæger. 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 omhandlende 2 speciallæger i pædiatri tillige med 2 suppleanter, som indstilles til Sundhedsstyrelsen som Specialistnævnets tilfornordnede i pædiatri. De tilfornordnede 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 førstkommende generalforsamling.
- 5a. En person uden for DPS's bestyrelse til Nordisk Pædiatrisk Forenings styrelse. Styrelsesmedlemmet 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.

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

§ 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 på en generalforsamling. Vedtagelse kræver, at 2/3 af de fremmødte medlemmer stemmer derfor.

§ 8

- 8.1 Stående udvalg: Generalforsamlingen nedsætter stående udvalg og fastlægger kommissorier, udvalgenes sammensætning og antal medlemmer.
Udvalgenes medlemmer vælges af generalforsamlingen. Supplerings kan ske ved vakance efter indstilling fra bestyrelsen. Udvalgene konstituerer sig med en formand og aflægger skriftlig beretning over for generalforsamlingen.
- 8.2 Ad hoc udvalg: Bestyrelsen kan nedsætte ad hoc udvalg med begrænset funktionstid.
- 8.3 Udvalgene vejleder bestyrelsen ved besvarelse af forespørgsler fra offentlige myndigheder. Udtalelser fra udvalgene til offentligheden og offentlige myndigheder skal godkendes af bestyrelsen.
- 8.4 I stående 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 genvalg een gang.
Udvalgene skal sikre, at der opstilles nye kandidater og kun hvor dette ikke kan lade sig gøre fagligt eller administrativt forsvarligt, kan et udvalgsmedlems funktionstid forlænges med yderligere perioder af 3 år.

§9

- 9.1 Videnskabelige selskaber og sammenslutninger med særlig relation til pædiatri kan associeres DPS.

Bestyrelsens kommentar til paragraf 9.

Videnskabelige selskaber og pædiatrisk orienteret interessegrupper kan sammen med DPS have en interesse i, at svar til Sundhedsstyrelsen og offentlige tilkendegivelser, for at have tilstrækkelig gennemslagskraft, er så klare som muligt og eventuelle forskelle i synspunkter derfor er afklaret i forvejen.

Mellem sådanne grupper kan der da knyttes en kontakt dels formelt gennem aftale dels personmæssigt gennem personsammenfald i gruppen og det pågældende fagudvalg i DPS. Kontaktens karakter (association) må aftales mellem den enkelte interessegruppe eller videnskabelige selskab og bestyrelsen.

**VEDTÆGTER for
Professor TORBEN IVERSEN's Rejsesfond for yngre børnelæger**

1. Fondens navn er " Professor Torben Iversens rejsesfond for yngre børnelæger".
2. Fondens formål er at yde støtte til unge børnelægers rejser med henblik på videreuddannelse og videnskabelig forskning.
3. Fondens midler, der ved oprettelsen af denne vedtægt, andrager kr. 200.000 og foreligger i form af kontante midler, hidrører som arv fra afdøde professor Torben Iversen.
4. Fonden ledes af den til enhver tid siddende bestyrelse i Dansk Pædiatrisk Selskab, som vælges i henhold til gældende vedtægt.
Bestyrelsen er konstitueret bl.a. med formand, næstformand og kasserer.
Der føres referat over bestyrelsesmøderne.
Fonden tegnes af kassereren.
5. Fondens kapital placeres i værdipapirer m.v. i overensstemmelse med de af Justitsministeriets fastsatte regler herom.
6. Fondens regnskabsår er kalenderåret.
Senest 3 måneder efter regnskabsårets afslutning skal bestyrelsen have udarbejdet regnskab over fondens indtægter og udgifter, herunder en status.
Regnskabet indsendes senest 6 måneder efter regnskabsårets afslutning til Fondsregisteret.
7. Årets indtægter med tillæg af eventuel overførsel fra sidste regnskabsår og efter fradrag af administrationsomkostninger og eventuelt konsolideringsbeløb til den bundne kapital uddeles af bestyrelsen i overensstemmelse med punkt 2.
8. For det tilfælde at fondens formål ikke længere kan tilgodeses eller indtægterne ikke er tilstrækkelige til at opfylde formålet, kan bestyrelsen efter tilladelse fra fondsmyndigheden og Justitsministeriet anvende den bundne kapital til formålet eller søge fonden sammenlagt med anden fond med et tilsvarende formål.

Bestyrelsen vil i henhold til professor Torben Iversen's ønske foretage uddeling af portioner på 5. - 10.000 kr. første gang februar 1991. Lignende procedure vil blive anvendt 1 gang årligt indtil videre.

Bestyrelsen har lagt følgende kriterier til grund for uddeling, hvis antallet af ansøgere gør det nødvendigt at prioritere:

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

Antallet af afdelinger, sengepladser og stillinger på pædiatriske afdelinger pr. 1. 9. 1994.

Afdelinger	senge	O/VO	AL	R1/*	US	r/*
Afdelinger med undervisningsstilling						
Rigshospitalet	86	9/0	13	8	2	14/3
Hvidovre	70	4/0	5	7/4	2	7/5
Glostrup	97 (+15)	8/0	6	4/2	1	11/6
Odense	92	9/0	4	12/4	2	7/3
Århus	76	8/4	3	8/2	2	9/4
Ålborg	66	6/0	6	3/1	1	11/4
Andre afdelinger godkendt til 18 mdr. R1 og 12 mdr. introduktionsuddannelse						
Gentofte	62	2/0	2	6/2		9/
Hillerød	71	4/6		2/2		8/3
Holbæk	42	3/0	6	3/2		3/3
Næstved	38	3/3		4/1		4/4
Roskilde	51	2/3	2	4/2		7/5
Sundby	28	2/0	5	0		3/3
Esbjerg	54	3/3		3/1		8/5
Herning	41	3/3		2/2		7/5
Kolding	52	4/2	6	2		7/5
Randers	27	3/0	4	0		3/3
Viborg	45	4/2		3/3		7/6
Afdelinger godkendt til 6 mdr. R1 og/eller 6 eller 12 mdr. introduktionsuddannelse						
Nykøbing F	24	3/0		1/0		5/0
Rigshospitalet, GN	28	2/0	1	4/3		7/2
Rigshospitalet, GR		1/0	2	0		
Hjørring	21	3/0		1/0		7/3
Sønderborg	41	3/2		1/1		7/5
Ialt	1112 (+15)	89/28	65	78/32		151/74

O: overlæger - VO: vagtbærende overlæger - AL: afdelingslæger
R1: 1. reservelæger - US: uddannelsesstilling - r: reservelæger
/* heraf stillingsklassificerede

PÆDIATRISKE EKSPERTOMRÅDER

Generelle retningslinier for stillinger til subspecialist-uddannelse

Der skal indledningsvis gøres opmærksom på, at pædiatriske subspecialer ikke er godkendt af Sundhedsstyrelsen. Aftalen er et internt DPS-anliggende, der ikke forpligtiger de ansættende myndigheder.

Inden en stilling til en subspecialist-uddannelse opslås, skal stillingsbeskrivelsen godkendes af uddannelsesudvalget og det pågældende fagudvalg. Kravene til ekspertuddannelse er følgende:

1. Uddannelsen er 3-årig. Den består af mindst 24 måneders ansættelse på 1. reservelægeniveau på en pædiatrisk lands-landsdelsafdeling. Op til 12 måneders ansættelse kan finde sted på anden for ekspertområdet relevant afdeling eller laboratorium. Dele af uddannelsen kan foregå i udlandet.

2. Den del af uddannelsen, der finder sted på en pædiatrisk afdeling kan være vagtfri eller vagtbærende i bagvagtslag eller en kombination heraf. Der gøres opmærksom på, at vagtfri ansættelse ikke kvalificerer som 1. reservelægetid til paragraf 14-bedømmelse. Fordelingen mellem vagtfri og vagtbærende ansættelse skal fremgå af stillingsopslag.

3. Følgende er eksempler på pædiatriske ekspertområder:

- Allergologi
- Endokrinologi
- Gastroenterologi
- Hæmatologi/onkologi
- Immunologi/reumatologi
- Infektionssygdomme
- Kardiologi
- Klinisk genetik
- Lungesygdomme
- Nefrologi
- Neonatologi
- Neuropædiatri
- Socialpædiatri

4. Det kliniske arbejde skal for den vagtfri del af funktionstiden på pædiatrisk afdeling placeres indenfor det pædiatriske subspecialist-område. Stillingsbeskrivelsen skal indeholde en arbejdsplan, som godtgør, at dette krav er opfyldt. Arbejdet skal omfatte stuegang og ambulatorievirksomhed indenfor området, så den ansatte får et bredt kendskab til alle relevante patientgrupper. Samtidig skal sikres rutine i de til faget hørende undersøgelses- og behandlingsmetoder. Stillingsbeskrivelsen skal vedlægges et teoretisk og praktisk uddannelsesprogram for såvel den pædiatriske som den supplerende uddannelse. Den supplerende sideuddannelses stillingsbeskrivelse skal redegøre for, hvor stor en del af sengetallet og arbejdsfunktionen, der er relevant for det pågældende ekspertområde.

5. Den ansatte superviseres af en overlæge med dokumenteret interesse for det pågældende subspecial, evt suppleret af en tutor.

6. Under ansættelsen skal der være mulighed for videnskabeligt arbejde under supervision. Under hensyn til den ansattes interesser planlægger denne og supervisor i løbet af de første 3 måneder de kliniske undersøgelser, der påtænkes afviklet under ansættelsen.
7. Den ansatte skal have mulighed for deltagelse i for området relevante kurser og kongresser samt have mulighed for at følge afdelingens undervisningsaktiviteter på området og skal opnå egen undervisningserfaring under ansættelsen.
8. Den ansatte samt indholdet i stillingerne skal fortløbende evalueres af supervisor. Samtale ved ansættelse, midtvejs og ved afslutning er minimumskrav. Afsluttende evaluering for såvel den ansatte som supervisor skal forelægges for uddannelsesudvalget.
9. Stillingsbeskrivelsen skal af uddannelsesudvalget forelægges og godkendes af det relevante fagudvalg.
10. Ansøgeren skal være speciallæge i pædiatri på ansættelsestidspunktet.

Uddannelsesudvalget
DPS' bestyrelse
Sundhedstyrelsens tilforordnede
i pædiatri

februar 1994

Overlæge Jørgen Fog,
Sundhedsstyrelsen,
Amaliegade 13,
1012 København K.

25.11.93.

Kommentarer til Sundhedsstyrelsens redegørelse "Diabetesbehandling i Danmark - fremtidig organisation".

Dansk Pædiatrisk Selskab takker for muligheden for at kommentere ovennævnte redegørelse. DPS er enig i redegørelsens konklusion, at børn med diabetes skal behandles af børnelæger. Der er da også i pædiatrisk regi oprettet selvstændigt fungerende tværfaglige amtslige diabetesteams, der som redegørelsen fremhæver, de fleste steder følger redegørelsens rekommandationer. På børneafdelingerne er samlet den nødvendige viden og erfaring i behandlingen af diabetes mellitus, men også med hensyn til generelle forhold vedr. børn med kroniske sygdomme og støtte til deres familier. Således tilgodeses såvel de fysiske som de psykosociale hensyn og vanskeligheder. Sygeplejerskerne har lang erfaring i udadrettede aktiviteter med hensyn til kontakt til skole, daginstitution mm.

Behandlingen af børn og unge med diabetes mellitus bør ske på amtsligt plan, så nærhedsprincippet kan tilgodeses. Der bør være eet pædiatrisk center pr. amt, så ekspertisen kan bevares og udbygges. Det skal fremhæves, at antallet af kontakter med børn og unge i diabetesambulatorierne er 2-3 gange større end på voksenambulatorier, hvorfor direkte kvantitativ sammenligning er misvisende. Endvidere er der et langt større behov i barnealderen for gentagen aldersrelateret undervisning m.h.p. at sikre egen omsorg.

Generelt finder vi, at redegørelsen er præget af, at der ikke har været en pædiater i arbejdsgruppen. DPS skal beklage, at børneafdelingernes selvstændige diabetesteam i redegørelsen kun optræder som et enkelt afsnit i et generelt kapitel (kapitel 5), der i øvrigt udelukkende beskriver voksensafdelingernes ambulatorier. Dette går igen i konklusionen på side 53. Det bør fremgå af konklusionen, at det anbefales, at der i alle amter bør eksistere selvstændige pædiatriske diabetesambulatorier for børn og unge i tilslutning til de pædiatriske afdelinger.

De pædiatriske diabetesteams har gennem en årrække samarbejdet i interessegruppen DSGD. Der er således foretaget flere landsdækkende videnskabelige undersøgelser, der danner basis for en evaluering af behandlingens kvalitet på landsplan, som foreslået i redegørelsen.

Vi er enige i behovet for at opstille fælles nationale målsætninger og referenceprogrammer i behandlingen af diabetikere, men skal påpege, at de opstillede referenceprogrammer alene vedrører voksne. DPS vil gerne deltage i et samarbejde omkring opstilling af behandlingsmål og referenceprogrammer for børn og unge.

DPS er enig i behovet for løbende undervisning af personalet i diabetesteamet. Vi skal pege på, at rapporten ikke berører de vigtige økonomiske aspekter heraf. Der bør afsættes ressourcer, så undervisningen kan gennemføres systematisk.

Det foreslåede intensiverede samarbejde mellem de amtslige pædiatriske diabetesteams og voksen-diabetesteams må hilses velkommen. Mange unge med diabetes har forsinket pubertet og vækstproblemer. En del unge, der kontrolleres i voksenambulatorierne, kunne profitere af kontakt med børnelæger.

DPS støtter oprettelsen af amtslige diabetesudvalg, og skal foreslå, at der etableres brugerrepræsentation i disse.

P.s.v.

Ole Andersen,
Overlæge, dr. med.

Sundhedsstyrelsen,
Amaliegade 13,
Postbox 2020,
1012 København K.

Sønderborg d. 19.4.94.

Vedrørende redegørelsen "Neonatologiens fremtidige organisation".

Dansk Pædiatrisk Selskab takker for muligheden for at kommentere ovennævnte redegørelse. Vi finder, det er en grundig og god redegørelse. Vi er enige med redegørelsen i, at der er behov for en styrkelse af den neonatologiske funktion over en bred front og i redegørelsens holdning til behandling og til behandlingsmålene.

Vi finder det også rigtigt at vurdere den neonatologiske funktion ud fra statistiske oplysninger men må påpege, at behandling og resultater har været genstand for betydelige ændringer inden for de senere år, hvorfor selv få år gamle opgørelser kan være forældede. Vi finder derfor påpegnig af etablering af såvel en amtslig perinatal overvågning som en tidstro landsdækkende registrering af børn med meget lav fødselsvægt som meget væsentlig for den fortsatte planlægning af den neonatologiske organisation.

Vi er enige med beskrivelsen af den neonatologiske funktion i 3 niveauer og i ønsket om at få udbygget kvaliteten af funktionen på såvel amtsniveau som på anbefaling af etablering af yderligere 2 neonatologiske afsnit/afdelinger på niveau med Rigshospitalets neonatalafdeling med såvel neonatal kirurgi som thoraxkirurgi på Odense sygehus og Skejby sygehus. For visse specielle lidelser må man dog stille mod en arbejdsdeling mellem disse 3 afdelinger i form af en centralisering til 1-2 afdelinger.

Vi er enige i anbefaling af prænatal visitation af alle gravide med risiko for at føde et barn med behandlingsbehov til hospitaler med neonatologisk ekspertise på stedet.

Vi finder anbefaling af styrkelse af uddannelse og forskning væsentlig. Fremhævelsen af transportforholdenes betydning fremhæves med god ret i redegørelsen.

Der er i forskellige amter etableret forskellig praksis m.h.t. intensiv neonatalbehandling. Der er derfor i selskabet ikke enighed om visitationspraksis vedrørende ekstremt tidligt fødte børn og m.h.t. respiratorbehandling. Det skyldes også at den udbygning af afdelingerne i Skejby og Odense, der er en forudsætning for en evt. ændring af praksis endnu ikke er foretaget. Vi finder derfor, at anbefalingen af aftaler om regionale visitationsretningslinier landsdelsafdelinger og de regionale amtslige afdelinger imellem er vigtige og at visitationspraksis må gøres genstand for løbende revision.

Med en udbygning af afdelingerne i Odense og Skejby er det sandsynligt at visitationspraksis ændres i retning af det i redegørelsen antydede.

Vi er enige i anbefalingerne vedrørende behandling af ekstremt for tidligt fødte børn.

Med venlig hilsen

N.C. Christensen,
overlæge, formand.
Sundhedsstyrelsen,
Amaliegade 13,
Postbox 2020,
1012 København K.

Sønderborg d. 19.4.94.

Vedrørende redegørelsen "Sjældne handicap -fremtidige organisation".

Dansk Pædiatrisk Selskab takker for muligheden for at kommentere ovennævnte redegørelse. Diagnosticering af børn med sjældne handicap, behandlingen deraf og koordinering af den samlede støtte til børn med mere eller mindre sjældne handicap udgør en væsentlig del af de amtslige børneafdelingers daglige arbejde.

Bedømmelse af redegørelsens forslag om centralisering af diagnostik og behandling af børn med sjældne handicap vanskeliggøres af at gruppen "sjældne handicap" ikke er klart afgrænset men rummer en række tilstande med meget forskellige behandlings- og undersøgelsesmæssige behov. Der er tilstande med behov for høj grad af kirurgisk ekspertise, andre hvor den biokemiske undersøgelse er særlig krævende og atter andre, hvor pædagogiske og sociale problemer er overvejende.

Selskabet er enig i, at der for visse sygdomme, specielt hvor kirurgisk ekspertise er nødvendig, bør ske en centralisering til et eller 2 steder i landet. For visse tilstande 1-2 steder i Skandinavien. Vi mener også, at en sådan centralisering har fundet sted. For de fleste af de øvrige tilstande bør behandlingen varetages af de amtslige børneafdelinger i samarbejde med specialafdelinger, bl. a. af hensyn til biokemisk og klinisk genetiske undersøgelser. Derved bevares opmærksomheden omkring disse sygdomme, hvilket fremmer hurtig diagnostik samtidig med at koordineringen af sociale og pædagogiske tiltag bedst varetages lokalt.

Vi finder, at beskrivelsen af de amtslige afdelingers funktion er urimelig tendentiøs og bærer præg af at arbejdsgruppen har været for snævert sammensat. Udbredning af viden omkring sjældne handicap er væsentlig. Selskabet bidrager gerne til en yderligere udbredning af viden men beskrivelsen af, hvad der skal foregå omkring de enkelte tilstande, kræver en mere differentieret beskrivelse end der er i den fremlagte redegørelse. Vi vil gerne bidrage til en sådan differentieret beskrivelse af forholdene, hvis det ønskes.

Med venlig hilsen

N.C. Christensen,
overlæge, formand.

UNDERSØGELSE FOR PENICILLINALLERGI

INDIKATION

Undersøgelse for penicillinallergi efter nedenstående retningslinier foretages primært hos patienter, der må skønnes at have særligt behov for fremtidig penicillinbehandling, f.eks. patienter med tendens til recidiverende luftvejsinfektioner, patienter med mistænkt allergi over for også andre antibiotika og patienter med kompromitteret immunkompetence.

ALLERGENER

Allergenerne er knyttet til beta-laktam ringen, en fire-leddet ring i penicillinmolekylet, fælles for alle penicilliner, der i øvrigt er lavmolekylære og ikke i sig selv kan fremkalde allergi men kan optræde som haptener. Penicilloylstrukturen, der kvantitativt er det vigtigste allergen, er ansvarlig for omkring 80% af de allergiske reaktioner og kaldes major determinant. Minor determinanterne er en blanding af forskellige nedbrydningsprodukter af penicillin og er ansvarlig for 10-20% af de allergiske reaktioner men i øvrigt relativt oftere relateret til anafylaksi.

ANAMNESEN

Ved undersøgelse for penicillinallergi drejer det sig primært om at udelukke type 1 allergi, der kan være livstruende. Type 1 allergi relateres til kløende hududslæt, urticaria, eventuelt kombineret med Quincke's ødem og ledhævelse eller arthralgier, desuden til astma og anafylaksi. Derfor er anamnesen vigtig. 80% af penicillinreaktionerne udgøres af hudreaktioner, specielt urticaria og makulo-papuløse udslæt. Urticaria er ofte type 1 reaktion, mens de makulo-papuløse udslæt aldrig er IgE medierede og hyppigt ses efter ampicillin, specielt i relation til mononukleose, cytomegalovirus og akut lymfatisk leukæmi. I andre tilfælde er type 1 reaktioner praktisk taget udelukket¹. Alvorlige reaktioner efter penicillin er yderst sjældne hos børn efter peroral penicillin.

RAST OG HUDTEST

Rast testen kan alene foretages for penicilloyl, mens hudtest foretages både med penicilloyl-polylysin (PPL) og med minor determinanterne penicillin G og penicilloinsyre (MDM). Som positiv kontrol ved priktest anvendes histaminklorid 10 mg/ml. Som negativ reference anvendes isotonisk natriumklorid eller albumin diluent. Priktesten aflæses efter 15 minutter og betegnes som positiv, hvis den fremkomne papel er halvt så stor som histaminreferencen eller større. Der skal gå minimum 15 minutter mellem hver enkelt priktest med aktivt allergen. Testen standses ved første positive reaktion eller ved max. koncentration. Se i øvrigt vejledningen i emballagen. Optimalt skal RAST og hudtest foretages mindst 2 uger og højest 6 måneder efter en penicillinreaktion, da antallet af positive tests aftager relativt hurtigt, specielt for RAST. Halvdelen af positive RAST er negative efter 1 år og 3/4 efter 5 år, mens 1/4 af positive hudtests er negative efter 1 år, 3/4 efter 10 år. Anvendelse af priktest ekstrakterne (Allergopen) kræver tilladelse fra Sundhedsstyrelsen. De kan i øvrigt rekvireres via apotek hos grossist firmaet Nomeco, pris ca. 700 kr. Holdbarheden for MDM allergenerne i opløst stand er kun ca. 24 timer.

FORF.: Ved andre typer exanthemer er type 1 reaktioner praktisk taget udelukket, hvis anamnesen er sikker.

RETNINGSLINIER FOR UNDERSØGELSER

1. Sikker anamnestisk oplysning om svær urticaria/angioødem, astma eller anafylaktisk shock betragtes som overvejende sandsynlig penicillinallergi og der er ikke indikation for videre allergologisk udredning.
2. Hvis der slet ikke er mistanke om type 1 reaktion undlades RAST og hudtest. Barnet kan umiddelbart provokeres, som anført i punkt 5.
3. Ved mistanke om type 1 reaktion udføres først RAST. Er denne positiv må patienten ikke fremover få penicillinpræparater og provokation er ikke indiceret.
4. Ved mistanke om type 1 allergi og efterfølgende negativ RAST udføres priktest. Er priktesten positiv må patienten ikke fremover få penicillinpræparater og provokation er ikke indiceret.
5. Som hovedregel provokeres peroralt med 2 timers interval med mixtur eller tablet V-penicillin 50.000 IE og 300.000 IE, hvis der ikke er reaktion på den laveste dosis. Hvis tidligere reaktion opstod under parenteral behandling foretages primært intravenøs provokation i stedet for peroral provokation. Ved intravenøs provokation gives G-penicillin, initialt 100 IE gentaget med dosisstigning på faktor 10 hvert 30. minut til reaktion eller indtil max. 1.000.000 IE.
6. Priktest og provokation (punkt 4 og 5) foretages under anafylaksiberedskab i henhold til afdelingens instruks. Intravenøs adgang er i forvejen etableret ved intravenøs provokation men er ikke et absolut krav ved peroral provokation med negativ RAST og hudtest eller ved peroral provokation uden mistanke om type 1 allergi (makulo-papuløse exantherer). Såfremt der ikke er nogen form for reaktion 2 timer efter sidste reaktion kan patienten udskrives og er ikke penicillinallergiker. Eventuelle senreaktioner bør vurderes af læge.

F. Karup Pedersen,
overlæge, dr. med.
Børneafdeling GGK,
Rigshospitalet.

Ole Østerballe,
overlæge, dr. med.
Børneafdelingen,
Viborg Sygehus.