

# ÅRBOG 1994-95

Redigeret af Ole Pryds



**DANSK PÆDIATRISK SELSKAB**

Årbogen for Dansk Pædiatrisk Selskab 1994-95 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
652. møde, 7. oktober 1994 INFEKTIONSIMMUNOLOGI .....	9
12. efteruddannelsesmøde, 8. oktober 1994 INFEKTIONSIMMUNOLOGI .....	13
653. møde, 2. december 1994 FRIE FOREDRAG .....	15
654. møde, 6. januar 1995 BILLEDDIAGNOSTIK I PÆDIATRIEN .....	26
13. efteruddannelsesmøde, 7. januar 1995 BØRNERADIOLOGI .....	30
655. møde, 3. marts 1995 KVALITETSSIKRING .....	32
14. efteruddannelsesmøde, 4. marts 1995 KVALITETSSIKRING .....	35
656. møde, 19. maj 1995 VÅRMØDE, BORUPGÅRD, HILLERØD .....	36
657. møde, 1. september 1995 MIGRATIONSMEDICIN OG BØRN I DANMARK. INFEKTIONSMÆSSIGE OG PSYKOSOCIALE PROBLEMER HOS FLYGTNINGE OG INDVANDRERE .....	37
ORDINÆR GENERALFORSAMLING	

BERETNINGER	Side
Formandsberetning 1994-95 .....	38
AIDS-udvalget .....	42
Allergologi-udvalget .....	42
Cardiologi-udvalget .....	43
Diagnose-udvalget .....	43
Endokrinologi-udvalget .....	43
Ernærings- og gastroenterologi-udvalget .....	44
Hæmatologi- og onkologi-udvalget .....	44
Infektions-udvalget .....	45
Informations-udvalget .....	45
Nefro-urologi-udvalget .....	45
Neonatologi-udvalget .....	46
Neurologi-udvalget .....	46
Screening og klinisk genetik-udvalg .	47
Uddannelses-udvalget .....	47
Ungdomsmedicin-udvalget .....	48
Sundhedsstyrelsens tilfornordede i pædiatri .....	48

REFERATER	Side
Generalforsamling i DPS 1. september 1995 .....	50
Regnskab for perioden 16.6.94 – 15.6.95 .....	54
Professor T. Iversens rejsefond .....	55
Legater til professor T. Iversens rejsefond .....	56
Nye medlemmer i DPS .....	57
DPS's bestyrelse .....	58
DPS's udvalg .....	59
Kommissorier for udvalg .....	62
Vedtægter for DPS .....	69
Vedtægter for professor Torben Iversens rejsefond .....	73
Enkeltklassificerede stillinger ved danske børneafdelinger .....	74
Antal af afdelinger, sengepladser og stillinger på børneafdelinger .....	75
Aktiviteten på Danske Børneafdelinger .....	76
<b>DIVERSE ORIENTERINGER</b>	
Regelsæt for subspecialisering .....	79
Stillingsbeskrivelser for ekspertområder .....	81
Svar vedr. SS forespørgsel om MBD/DAMP .....	97
Brev til SS vedr. børne-ungelæger .....	99

Selskabets 652. videnskabelige møde 7. oktober 1994.

Mødeemne: **Infektionsimmunologi**

Mødet er tilrettelagt og ledes af Carsten Heilmann

1. Allergisk reaktion ved parasitær infestation. Bent Wendelborg Nielsen.
- 2.# Sygdomsbilleder og immunologiske fund ved svære adenovirusinfektioner hos børn. Anne Dorte Kvarning og Niels Birkebæk.
- 3.# Hvilke faktorer har betydning for antistofsvarets størrelse og antistoftypen efter vaccination mod *Haemophilus influenzae* type b. Carsten Heilmann et al.
4. Er præmature børn i stand til at reagere normalt på vaccination med den konjugerede *Haemophilus influenzae* type b vaccine? Annette F. Gyhrs et al.
5. Har småbørn med recidiverende lungebetændelse nedsat immunfunktion? Kim Kristensen et al.
- 6.# Immunglobulin allotyper og deres betydning for IgG subklasse-responset på bakterielle antigener. Tacjana Pressler et al.
- 7.# Overlevelsesmekanismer af intracellulære bakterier. Studier af *Legionella pneumophila*. Catherine Rechnitzer.

# Referat ikke modtaget

## ALLERGISK REAKTIVITET VED PARASITÆR INFESTATION.

B.Windelborg Nielsen, P.Lind, B.Hansen, P.Nansen & P.O.Schiøtz (Børneafdelingen, Århus Kommunehospital, Statens Veterinær- og Landbohøjskole & infektionsmedicinsk afdeling, Marselisborg Hospital).

Infestation med nematoder er paraklinisk karakteriseret ved forekomst af eosinofili og forhøjet indhold af IgE i serum, men selv om dette svarer til fundene ved allergisk sygdom, er allergiske symptomer ikke typiske for den nematode-infesterede patient. Dette er paradoksalt, idet de vævs-invasive stadier af nematoder som *Ascaris* eller *Toxocara* udskiller relativt store mængder af proteinholdigt antigen. Visceral Larva Migrans forårsages af vævsinvasive stadier af *Toxocara*, som er ude af stand til at fuldføre deres livscyklus i mennesket. Larverne kan dog leve i årevis i menneskeligt væv, og i den tid må patienten formodes at være udsat for de antigener larven udskiller.

I denne undersøgelse blev patienter fra tropemedicinsk ambulatorium undersøgt for forekomst af specifikke antistoffer mod antigener udskilt af vævsinvasive *Toxocara*-larver i serum. Vi fandt, at både specifikt IgG og IgE var hyppigt forekommende hos disse patienter, tydende på nuværende eller tidligere eksposition for *Toxocara*-antigen. Samtidig fandtes et kraftigt cellulært respons, idet stimulation af patienternes blodlegemer med selv meget små *Toxocara*-antigen udløste kraftig histaminfrigørelse. Histaminfrigørelsen var ikke proportional med den absolutte mængde specifikt IgE, men snarere relateret til forholdet mellem specifikt IgE og den totale IgE-mængde i serum.

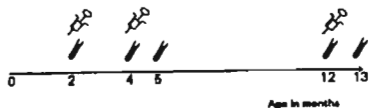
Patienter med parasitære infektioner udvikler således både et humoralt immunsvær (i form af produktion af specifikt IgE) og et cellulært beredskab (i form af sensibiliserede basofile granulocytter), som modsvarer det man ser ved allergisk sygdom - og den paradoksale mangel på allergiske symptomer hos de parasitært infesterede patienter er fortsat uforklaret, men forståelsen af de bagvedliggende immunregulatoriske mekanismer rummer perspektiver for behandlingen både af allergi og kroniske infektionssygdomme.

ER PREMATURE BØRN I STAND TIL AT REAGERE NORMALT PÅ VACCINATION MED DEN KONJUGEREDE HAEMOPHILUS INFLUENZAE TYPE B VACCINE?

A.GYHRS, B.LAUSEN, K.KRISTENSEN, T.BARRINGTON, C.HEILMANN  
(BØRNEAFD. HVIDOVRE HOSPITAL, NEONATAL AFD. RIGSHOSPITALET, & BAKTERIEVACCINEAFD. STATENS SERUMINSTITUT).

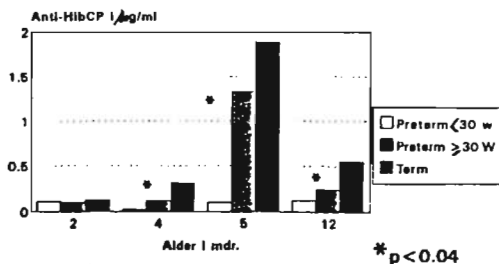
Da det for nyligt blev muligt at vaccinere med en konjugat vaccine mod invasive Haemophilus sygdomme, blev det også relevant at undersøge, hvorvidt de præmature børn responderer som mature børn på vaccinen. Og da 6,5% af Hib meningitis tilfælde forekommer hos børn < 6 mdr. (opgørelse vedr 1991,1992, SSI) er det interessant at kunne vaccinere børnene så tidligt som muligt.

Vi vaccinerede derfor 37 mature børn og 35 præmature børn med henblik på at undersøge dette. De præmature udgjorde 2 grupper: 9 små præmature med gestations alder < 30uger og 26 større med gestationsalder ≥ 30 uger.



Børnene blev vaccineret 2,4,12 mdr gamle med Act-Hib, som er en tetanus konjugeret Haemophilus vaccine. 5 og 6 mdr gamle blev børnene Di-Te-Pol vaccineret. Der blev foretaget serologiske undersøgelser ved 2,4,5,12 og 13 mdr's alderen.

Der blev målt Haemophilus og tetanus antistoffer med hæmnings-ELISA og der blev fundet signifikant forskel på Haemophilus antistoffer mellem de præmature og de mature børn efter 1. og 2.vaccination. Det viste sig at være de små præmature (< 30 uger), der responderede dårligst. Derimod var der ikke signifikant forskel mellem de mature og større præmature børn (≥ 30 uger). Der blev tillige fundet sammenlignelige antistoftitre efter tetanus toxoid som er en protein vaccine.



ANTI-HIB-CP  
PERCENT (CL 95%) PROTECTIVE LEVEL

No of vaccinated infants	Term		Preterm	
	>8.1 Iug/ml	>1.0 Iug/ml	>8.1 Iug/ml	>1.0 Iug/ml
2 (6 MO)	87 (85-100)	58 (41-74)	68 (48-83)	41 (25-58)
2 (12 MO)	81 (86-82) *	38 (18-48)	54 (38-73) *	13 (4-30)
3 (13 MO)	100 (80-100)	84 (81-88)	100 (83-100)	84 (78-91)

\*p=0.019

Konklusion: De præmature responderer som mature på 3 dosis af Haemophilus influenzae (konjugatvaccine), men signifikant dårligere på de to første doser. De præmature responderer som mature på proteinvacciner.



## HAR SMÅBØRN MED RECIDIVERENDE LUNGEbetÆNDELSE NEDSAT IMMUNFUNKTION?

K. Kristensen, T. Barington, T. Pressler & C. Heilmann. (Børneafdeling GGK og klinisk immunologisk afdeling, Rigshospitalet, laboratorium for medicinsk mikrobiologi, Panuminstituttet og børneafdelingen, Hvidovre Hospital).

**Baggrund:** Børn med recidiverende lungebetændelse (RL) har nedsat respons på vaccination med polysakkarider.

**Formål:** At undersøge responset på vaccination med et polysakkarid konjugeret til et protein hos børn med RL.

**Materiale:** Femten børn i alderen 8-69 måneder med RL samt 15 aldersmatchede raske kontroller (medianalder: 27 versus 26 måneder). Børnene med RL havde haft infiltrat på thoraxrøntgen mindst tre gange, og alle havde normal svedtest, immunglobuliner og leukocyt- og differentialetælling.

**Metode:** Alle børn blev vaccineret en gang med *Haemophilus influenzae* type b (Hib) kapselpolysakkarid tetanus toxoid konjugatvaccine. Total antistof samt antistof af IgG, IgA, IgM og IgG-subklassespecificitet mod Hib kapselpolysakkarid målt i ELISA umiddelbart før vaccinationen og en måned efter. Børnene fik endvidere målt total IgG-subklasser.

**Statistik:** Mann-Whitney U-test. Signifikansniveau: 5% (dobbeltsidigt).

**Resultater:** Der var ingen signifikant forskel mellem syge og raske børn hvad angår nogen enkelt total IgG-subklasse, men total IgG udtrykt som summen af de fire subklasser var signifikant lavere hos børnene med RL end blandt de raske kontroller (median 2.25 versus 5.01 g/l,  $p = 0.036$ ). Før vaccination havde børnene med RL signifikant mindre IgG Hib polysakkarid antistof end de raske kontroller ( $p = 0.005$ ), mens de efter vaccination havde signifikant mere IgM antistof ( $p = 0.038$ ). Der var ingen andre signifikante forskelle hvad angår Hib polysakkarid antistof før eller efter vaccination mellem de to grupper.

**Konklusion:** Da IgG antistof menes delvis at dannes som følge af antigenstimulation på organismens slimhinder, kan det lave total IgG hos børnene med RL og også det lave specifikke Hib kapselpolysakkarid IgG før vaccinationen måske tages til udtryk for en nedsat evne til at primæ via slimhinder hos børn med RL. Denne hypotese støttes af vort fund af et øget IgM response på Hib konjugatvaccine hos børn med RL, idet IgM er den dominerende isotype i det primære immunrespons. Børn med RL kan formentlig beskyttes mod invasiv Hib infektion ligesågodt som raske børn, men har måske en immundefekt karakteriseret ved nedsat evne til at respondere på antigenstimulation på slimhinder.

Selskabets 12. efteruddannelsesmøde 8.oktober 1994.

Mødeemne: **Infektionsimmunologi**

Mødet er tilrettelagt og ledes af Carsten Heilmann

1. De antigen-præsenterende cellers (monocytter, makrofager, B-lymfocytter) rolle for immunforsvaret. Søren Buus.
2. T-lymfocytens rolle ved infektion. Allan Randrup Thomsen.
3. B-lymfocytens rolle ved infektion. Torben Barington.
4. Det slimhinde-associerede immunsystem. Mogens Kilian.

Selskabets 653. videnskabelige møde 2. december 1994.

**Mødeemne: Frie foredrag**

Mødet ledes af Niels Chr. Christensen

1. MELAS syndromet, en mitokondriesygdom. Lars Kjærsgård Hansen og Karl Wulff.
2. Usædvanlige fund ved Prader-Willi syndrom patienter med maternel uniparental disomi. Astrid Schultze og Karen Brøndum-Nielsen.
3. Præmaturitet i Grønland. Thorkild Jacobsen, KAS Gentofte og Susanne M. Møller.
- 4.# Pædiatrisk tidsforbrug ved sectio. Aksel Lange, Anni Rodal og Benedikte Uihøi.
5. Ætsskader, hvorfor sjældnere, hvorfor farligt? Henrik Christensen.
6. Transitorisk hyperfosfatasæmi hos børn. Henrik Carstensen og Flemming Skovby.
- 7.# Subcutan fedtnekrose med hypercalcæmi. Karen Nørgård, Thomas Balslev og Troels Lyngby.
8. Barndomsmiljøets betydning for udvikling af overvægt og fedme i ung voksenalder. Inge Lissau.
9. Helkrops knoglemineralindhold (BMC) hos danske børn og unge. Christian Mølgaard, Birte Lykke Thomsen og Kim Fleischer Michaelsen.

# Referat ikke modtaget

## MELAS SYNDROMET, EN MITOKONDRIESYGDOM.

Lars Kjærsgård Hansen, Karl Wulff & Henrik Daa Schrøder  
(Børneafdelingen og Patologisk institut, Odense  
Universitetshospital)

MELAS står for mikondriel encefalomyopati, lactat acidose og "stroke" lignende episoder. Sygdommen er en af mange mitokondriesygdomme. De har fælles træk i neuromuskulære symptomer og abnorm mitokondriefunktion med forstyrret intermediært stofskifte.

Der beskrives en 6 årig dreng med tiltagende besvær med at klare dagligdags aktiviteter. Der var ringe muskelmasse og kraft. Slaphedstilfælde blev provokeret af mindste anstrengelse. Forhøjet laktat og pyruvat blev fundet i blod, spinalvæske og urin. Muskelbiopsi med lysmikroskopi (Gomoritrikrom farvning) viste de karakteristiske "Ragged-red fibers". Elektronmikroskopi af samme viste kraftigt øget mængde af store, abnorme mitokondrier. Ved analyse af mitokondrie-DNA (mtDNA) fandtes 80% af mitokondrierne muteret i basepar nr. 3243.

Mitokondriesygdomme kan skyldes både kerne-DNA og mtDNA defekter. Sygdomme betinget af defekt i det lille ringformede ekstranukleære mt-DNA har maternal arvegang, da sædcellens bidrag af mitokondrier til zygoten minimalt. Mt-DNA og kerne-DNA koder for respirationskædens enzymer, og ved enzymdefekt eller overbelastning vil den aerobe metabolisme begrænses, og laktat ophobes.

Diagnosen mitokondriesygdom overvejes ved intermitterende/konstant forhøjet laktat/pyruvat. Ved muskelbiopsi ses typisk morfologi eller enzymdiagnostik ved enzymhistokemi. I de færreste tilfælde, hvor et abnormt mt-DNA er årsagen, vil det evt. være muligt at påvise defekten.

## USÆDVANLIGE KLINISKE FUND VED PRADER–WILLI SYNDROM PATIENTER MED MATERNEL UNIPARENTAL DISOMI

A Schulze, M B Petersen, N Horn, K W Kastrop, K Brøndum-Nielsen,  
Kromosomlaboratoriet og Biokemisk afdeling, John F Kennedy Institutet,  
Børneafdelingen KAS Glostrup, Glostrup.

Prader–Willi syndrom (PWS) er en for det meste sporadisk forekommende neurogenetisk lidelse. Typisk ses hypotoni og dårlig trivsel hos den nyfødte fulgt af adipositas og hyperfagi efter det første leveår, påfaldende udseende, lille højdevækst, hypogonadisme, psykomotorisk retardering, mental retardering og karakteristisk adfærd, og en række variable symptomer, f.ø. NIDDM. Symptomerne er delvis følge af en hypothalamisk dysfunktion.

PWS skyldes manglende funktion af et eller flere hidtil ukendte gener på det paternelle kromosom 15q11q13 enten grundet deletion (70% af tilfældene), uniparental maternal disomi (UPD) (25% af tilfældene), mutation (få %) eller translokation, rearrangement eller markerkromosom der involverer kromosom 15 (få %).

At flere forskellige cyto- og molekylærgenetiske forandringer giver PWS er grundet i at PWS område på kromosom 15 er påvirket af genomic imprinting (GI) – en epigenetisk forandring, som bestemmer hvilket prenatal allel der er aktiv.

Siden 1992 har man ved kromosomlaboratoriet undersøgt blodprøver fra 150 personer med mistænkt PWS: hos 15 børn og voksne er der fundet deletion og hos 8 børn UPD som årsag til PWS.

Alle med UPD er undersøgt med 18 DNA markører der spænder over hele kromosom 15 for isodisomi (allelerne er ens) og heterodisomi (allelelerne er forskellige) og for usædvanlige kliniske fund, fordi netop isodisomi giver mulighed for kortlægning af hidtil ukendte gener. F.eks. vil et recessivt gen i et isodisomt område ved UPD være homozygot og påvirke fænotypen. Denne mulighed har ført til at genet for Bloom syndromet blev kortlagt til kromosom 15 hos en patient med PWS og UPD (Woodage et al. 1994, AJHG 55:74–80).

Undersøgelsesfund af de 8 børn med UPD præsenteres og de fremtidige undersøgelsesplaner omtales. Fødselsvægt er fundet lav og maternal alder eleveret i den undersøgte gruppe.

## PRÆMATURITET I GRØNLAND

Thorkild Jacobsen, Susanne M. Møller. (Uummannag Sygehus & Dronning Ingrid's Hospital, Nuuk)

For perioden 1.1.1990 - 31.12.1992 er der indsamlet oplysninger om alle børn, født i Grønland, med en fødselsvægt under 2.000 gram. Det drejer sig om 67 børn, hvoraf 2 dog ikke kunne spores til distrikt.

Forekomsten af fødselsvægt under 2.000 gram var 1.8%. Dette svarer til forholdene i Danmark og i arktisk Canada. Der var ingen sikker geografisk variation.

Fireogtyve (35%) af de 65 børn døde, de fleste i første levedøgn. Dødeligheden var lavest i Nuuk og højest i yderdistrikter (Vestgrønland nord for Nuussuaq samt Østgrønland). Justeret for fødselsvægten var dødeligheden 4.7 gange så høj i Grønland som i Danmark. Vigtigste dødsårsag var vejrtrækningsproblemer. Halvdelen af de børn der døde af vejrtrækningsproblemer fik ikke anden behandling end ilt i kuvøse.

Det anbefales, at:

- der anskaffes nasalCPAP til alle distrikter, så behandling kan startes der og videreføres under overflytning/evakuering til Dronning Ingrid's Hospital.
- antibiotika i højere grad bruges til syge nyfødte.
- man overvejer at indføre surfaktantbehandling, indtil videre dog kun på intensivafsnittet på Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk.
- meget syge nyfødte med minimale overlevelseschancer normalt ikke overflyttes til Nuuk eller Danmark.

## INDTAGELSE AF ÆTSMIDLER - HVOR HYPPIGT, HVOR FARLIGT?

H.B.T. Christesen (Børneafdeling A, Århus Universitetshospital)

Ved en journalsøgning på børn indlagt med mistænkte ætsninger i oesophagus i perioden 1976-1993 på alle hospitaler i Århus amt fandtes 114 børn under 15 år. Alle indtagelserne var utilsigtede. 94% af børnene var under 5 år gamle på skadetidspunktet. For denne aldersgruppe var den gennemsnitlige årlige indlæggelsesrate 15.0:100,000, mens den for ulcerative øsophagusætsninger kun var 3.4:100,000. Der sås et signifikant fald i incidensraten for ulcerative øsophagusætsninger hos børn under 5 år ( $p=0,019$ ). Årsagen hertil er ikke kendt, men en ændret forekomst af ætsmidler i hjemmene og en gradvis indførelse af børnesikker emballage er mulige forklaringer. Forebyggelsesmuligheder blev vurderet i hvert tilfælde. Der synes at være et specielt behov for at informere forældre til børn under 5 år om, at ætsmidler skal være utilgængelige for børn - såvel under anvendelse som under opbevaring; og at ætsmidler skal opbevares i den oprindelige emballage og aldrig sammen med fødevarer. En sådan kampagne udført af sundhedsplejersker i Odense kommune i forbindelse med hjemmebesøg (ved Boel prøven) har tilsyneladende haft en klar effekt.

Sammenhængen mellem typen af ætsmiddel, symptomer og fund, graden af øsophagusætsning og komplikationer blev analyseret. Komplikationer sås kun hos børn med ætssymptomer og/eller objektive ætstegn efter indtagelse af stærk base. Kun 56% af disse indtagelser førte til komplikationer (for symptomgivende indtagelser af kaustisk soda/afløbsrens og maskinopvaskemiddel hhv. 100% og 3%). Alle patienter med komplikationer kunne forudsiges/diagnosticeres ved endoskopi mindst seks timer efter uheldet, men øget prognostisk information sås kun ved maskinopvaskemiddel og salmiakspiritus. Inddeling af ætsskadernes dybde i øsophagusvæggen gav ingen sikker prognostisk information om øsophagusstrikturernes sværhedsgrad, måske pgra. et for lille patientmateriale.

## **TRANSITORISK HYPERFOSFATASÆMI HOS BØRN.**

Henrik Carstensen og Flemming Skovby, Børneafdelingerne, Centralsygehuset i Hillerød og Rigshospitalet.

Transitorisk hyperfosfatassæmi (TH) er et benignt forløbende fænomen, der afsløres tilfældigt hyppigst hos spædbørn. TH præsenterer sig med et varierende klinisk sygdomsbillede. Fundet giver ofte anledning til omfattende udredning med negativt resultat. Årsagen og patofysiologien er ukendt. Vi har fundet 16 børn (8 ♂, 8 ♀) med medianalderen 11/12 år (1/12-2 8/12) med TH. Tidsforløbet af forhøjede alkaliske fosfataser (AF) viste typisk en normalisering indenfor 6-8 uger med en halveringstid på ca. 6-7 dage og af 1.orden. Elektroforese af AF viste et karakteristisk mønster med en forhøjet  $\beta$ -1 fraktion og en abnorm fraktion mellem  $\alpha$ -1 og  $\alpha$ -2 fraktionerne. Ud fra tidligere mistanke om infektion som mulig bidragende årsag til TH analyseredes virus-titre hos 5 børn, hvoraf 3 af 4 børn med mindst een måling havde et signifikant titerspring overfor adenovirus.



## **BARNDOMSMILJØETS BETYDNING FOR UDVIKLING AF OVERVÆGT OG FEDME I UNG VOKSENALDER.**

I. Lissau. Ph.D.

*Almindingen 18, 2860 Søborg. Tlf. 31 67 89 77 fax 31 67 89 78*

Formålet med undersøgelsen var at analysere familiefaktorerens betydning for overvægt og fedme i ung voksenalder.

I 1984-85 blev der foretaget en 10 års efterundersøgelse af en tidligere gruppe tilfældigt udvalgte skolebørn.<sup>1</sup> Undersøgelsesdeltagerne var i 20-21 års alderen og 86% af målgruppen deltog. Der blev indhentet information om de unges højde og vægt ved hjælp af spørgeskemaer. Fedmegraden blev vurderet ud fra body mass index (vægt/højde<sup>2</sup> kg/m<sup>2</sup>) fordelingen. Overvægt blev defineret som 90% percentilen (kvinder BMI>24.2 og mænd BMI>25.9) og fedme som 95% percentilen (kvinder BMI>26.3 og mænd BMI>26.9). Analyserne blev foretaget med logistisk regressionsanalyse med kontrol for effekten af body mass indeks i skolealderen, køn, begge forældres skoleuddannelse, forsørgerens erhvervs status og boligkvalitet i opvækstområdet.<sup>2</sup>

Resultaterne viste, at et barn - hvis mor ikke kender dets slikvaner - har en firedobbelt forøget risiko for overvægt i ung voksenalder i forhold til et barn hvis mor, kender barnets slikvaner. Endvidere viste resultaterne, at et barn - hvis mor accepterer slikspisning - eller som får mange snoldepenge - har en fordoblet risiko for at være overvægtig i ung voksenalder.<sup>3</sup>

Hverken forældresammensætning eller antal søskende påvirkede risikoen. Derimod influerede hjemmets interesse for barnets trivsel risikoen signifikant. Undersøgelsen tyder på, at omsorgssvigt i barndommen forøger risikoen for fedme i ung voksenalder syv gange. Endvidere viste undersøgelsen, at et barn som af skolesundhedsplejen blev betegnet som snavset og uplejet havde en ti-dobbelt forøget risiko for at udvikle fedme i ung voksenalder. Hverken det at være enebarn, overbeskyttet eller velplejet havde en statistisk signifikant påvirkning på risikoen for udvikling af overvægt eller fedme.<sup>4</sup>

Konklusionen på undersøgelsen er, at familiemiljøet i barndommen - især omsorgssvigt - er en stærk risikoindikator for udvikling af fedme.

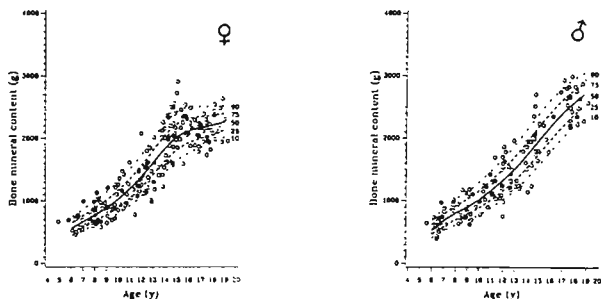
Med henblik på intervention kan sådanne parametre anvendes til identifikation af risikobørn, idet det dog er kendt, at forældresvigtede børn også er risikobørn på andre områder.

### Referencer:

1. Lissau. *Ph.D.-afhandling*, Københavns Universitet, Kbh. 1993.
2. Lissau. *Dansk Pædiatrisk Selskabs Årbog* 1992-93: 32.
3. Lissau, Breum & Sørensen. *Int J Obes* 1993; 17: 125-9.
4. Lissau & Sørensen. *Lancet* 1994; 343: 324-7.

HELKROPS KNOGLEMNERALINDHOLD (BMC) HOS DANSKE BØRN OG UNGE  
 C Mølgaard<sup>1</sup>, B Lykke Thomsen<sup>2</sup>, K Fleischer Michaelsen<sup>1</sup>  
 Forskningsinstitut for Human Ernæring, KVL Center for Fødevarerforskning, Den Kgl.  
 Veterinær- og Landbohøjskole, Rolighedsvej 25, 1958 Frederiksberg C<sup>1</sup> og Statistisk  
 Forskningsenhed, Københavns Universitet<sup>2</sup>.

I tværnsnittstudiet indgår 201 piger og 142 drenge. BMC er bestemt med Hologic 1000/W skanner. Pubertetsstadiet ad modum Tanner er bestemt på 154 piger og 125 drenge. Centilkurver for BMC i forhold til alder (Fig. 1-2) og vægt er konstrueret med LMS metoden (1). Kurverne viser et ensartet mønster for piger og drenge op til 15 års alderen. Gennemsnitlige tilvækst pr. år fra 10 til 15 års alderen er omkring 195 g hydroxyapatit svarende til 208 mg kalcium pr. dag. Efter 15 års alderen falder tilvæksten betydeligt hos pigerne, mens den fortsat er høj hos drenge.



BMC's sammenhæng med vægt, højde, alder og pubertetsstadiet er analyseret ved lineær multiple regression (se tabel). BMC er log-transformeret for at variansstabilisere. Højde og vægt er log-transformeret for at forbedre lineæriteten. Vægten alene kan forklare 96 og 97% af variationen i BMC hos henholdsvis piger og drenge.

*Estimate from regression analysis. Dependent variable log BMC*

	Girls (adj. R <sup>2</sup> = 0.97)		Boys (adj. R <sup>2</sup> = 0.98)	
	Estimate	SE	Estimate	SE
Constant	0.40	0.74	0.54	0.83
log height	0.63 ***	0.17	0.60 **	0.20
log weight	0.94 ***	0.05	0.919 ***	0.061
Age	0.0123 ***	0.0046	0.0144 ***	0.0051
P II vs I	NS		NS	
P III vs II	-0.062 *	0.025	NS	
P IV vs III	0.106 ***	0.021	NS	
P V vs IV	NS		NS	

\* p < 0.05, \*\* p < 0.01, \*\*\* p < 0.001 Height: cm, Weight: kg, Age: years

Konklusion: Tilvækstmønsteret for BMC hos piger og drenge er ens frem til efter puberteten, hvorefter drengenes tilvækst er betydeligt større end pigernes. Alder og pubertetsudvikling hos piger og alder hos drenge er signifikant associeret med BMC, også når der er kontrolleret for kropsstørrelse.

1) Cole TJ Green PJ. Smoothing reference centile curves: the LMS method and penalized likelihood. *Statistics in Medicine* 1992; 11: 1305-19

## BARNDOMSMILJØETS BETYDNING FOR UDVIKLING AF OVERVÆGT OG FEDME I UNG VOKSENALDER.

I. Lissau.

*Børneafdelingen GGK, Afsnit for Prospektiv Pædiatri 7112, Rigshospitalet, Tagensvej 18B', 2200 København N.*

Formålet med undersøgelsen var at analysere familiefaktorerens betydning for overvægt og fedme i ung voksenalder.

I 1984-85 blev der foretaget en 10 års efterundersøgelse af en tidligere gruppe tilfældigt udvalgte skolebørn.<sup>1</sup> Undersøgelsesdeltagerne var i 20-21 års alderen og 86% af målgruppen deltog. Der blev indhentet information om de unges højde og vægt ved hjælp af spørgeskemaer. Fedmegraden blev vurderet ud fra body mass index (vægt/højde<sup>2</sup> kg/m<sup>2</sup>) fordelingen. Overvægt blev defineret som 90% percentilen (kvinder BMI>24.2 og mænd BMI>25.9) og fedme som 95% percentilen (kvinder BMI>26.3 og mænd BMI>26.9). Analyserne blev foretaget med logistisk regressionsanalyse med kontrol for effekten af body mass indeks i skolealderen, køn, begge forældres skoleuddannelse, forsørgerens erhvervs status og boligkvalitet i opvækstområdet.<sup>2</sup>

Resultaterne viste, at et barn - hvis mor ikke kender dets slikvaner - har en firedobbelt forøget risiko for overvægt i ung voksenalder i forhold til et barn hvis mor, kender barnets slikvaner. Endvidere viste resultaterne, at et barn - hvis mor accepterer slikspisning - eller som får mange snoldepenge - har en fordoblet risiko for at være overvægtig i ung voksenalder.<sup>3</sup>

Hverken forældresammensætning eller antal søskende påvirkede risikoen. Derimod influerede hjemmets interesse for barnets trivsel risikoen signifikant. Undersøgelsen tyder på, at omsorgssvigt i barndommen forøger risikoen for fedme i ung voksenalder syv gange. Endvidere viste undersøgelsen, at et barn som af skolesundhedsplejen blev betegnet som snavset og uplejet havde en ti-dobbelt forøget risiko for at udvikle fedme i ung voksenalder. Hverken det at være enebarn, overbeskyttet eller vøplejet havde en statistisk signifikant påvirkning på risikoen for udvikling af overvægt eller fedme.<sup>4</sup>

Konklusionen på undersøgelsen er, at familiemiljøet i barndommen - især omsorgssvigt - er en stærk risikoindikator for udvikling af fedme.

Med henblik på intervention kan sådanne parametre anvendes til identifikation af risikobørn, idet det dog er kendt, at forældresvigtede børn også er risikobørn på andre områder.

### Referencer:

1. Lissau. *Ph.D.-afhandling*, Københavns Universitet, Kbh. 1993.
2. Lissau. *Dansk Pædiatrisk Selskabs Årbog* 1992-93: 32.
3. Lissau, Breum & Sørensen. *Int J Obes* 1993; 17: 125-9.
4. Lissau & Sørensen. *Lancet* 1994; 343: 324-7.

Selskabets 654. videnskabelige møde 6. januar 1995.

Mødeemne: **Billeddiagnostik i pædiatrien**

Mødet er arrangeret af Mogens Egeblad og ledes af Finn Ursin Knudsen

- 1)# Thymus størrelse vurderet ved ultralydsscanning - præsentation af thymusindex. Helle Hasselbach, Dorthe L. Jeppesen, Michael Bachmann Nielsen og Mads Engelman.
- 2)# Thymusindex relateret til ernæring hos 4 mdr. gamle spædbørn. Dorthe L. Jeppesen, Helle Hasselbalch, Mads Engelman og Kim Fleischer Michaelsen.
- 3) DMS-scanning som primære undersøgelse af børn med urinvejsinfektioner. Peter E. Nielsen.
- 4)# To børn med krumme ben. Peter Fleng Daniel, Thomas Raade, Lise Bjerglund Nielsen og Lisbeth Josephsen.
- 5)# Kranielle MR-scanninger af børn på Roskilde Amtssygehus. Charlotte Jensen og Hans Pedersen.
- 6) SPECT-scanning af cerebrum hos nyfødte med kramper. Klaus Børch og Gorm Greisen.
- 7)# NMR ved neonatale kramper. Helle Leth og Peter Toft.
- 8)# Forskellige forløbsformer af encephalitis belyst ved klinik og MR-scanning. John Østergård og Thorkil Christensen.
- 9) Klinik og MR- forandringer ved molybdæn cofaktor mangel. Anne Søe Højberg og Thorkil Christensen.
- 10)# MR-scanning ved vaskulær hovedpine hos børn. John Østergård og Thorkil Christensen.

# Referat ikke modtaget

## DMS-SCANNING SOM PRIMÆR UNDERSØGELSE AF BØRN MED URINVEJS-INFJEKTIONER.

P. Ehlert Nielsen, T. Thelle & J. Haahr ( Børneafdelingen, Viborg Sygehus )

1-3 % af alle børn pådrager sig urinvejsinfektion. Nogle af disse infektioner afficerer nyreparenchymet med risiko for ar-dannelse i nyrene, hvilket igen medfører øget risiko for udvikling af hypertension og uræmi. DMS-scanning ("ravsyre" eller "dimercaptosuccinic acid" - scanning) har eksperimentelt og klinisk vist sig velegnet til påvisning af akut pyelonephritis og nyre-ar.

På børneafdelingen i Viborg har vi siden begyndelsen af 80'erne anvendt DMS-scanning som primær undersøgelse af alle børn med urinvejsinfektion oftest suppleret med I 131-renografi og senere ultralydsscanning.

Undersøgelse:

Design: Retrospektiv journal-gennemgang.

Materiale: 362 børn (724 nyrer) undersøgt i perioden 01.01.81 - 31.12.92. I undersøgelsen indgik kun børn, hvor DMS-scanning var første urinvejs-undersøgelse. Hovedparten af børnene var henvist fra egen læge p.gr.a. tidligere urinvejsinfektion(er) og resten var børn indlagt med akut urinvejsinfektion.

Resultater/Konklusioner: DMS-scanning viste nyreaffektion ved 27 % af børnene.

Risikoen for at påvise nyreaffektion ved primæruddredning af børn med tidligere eller akut urinvejsinfektion var uafhængig af køn, alder ved første urinvejsinfektion og alder på undersøgelsestidspunktet.

Forekomsten af nyreaffektion var signifikant korreleret til reflux og reflux-grad.

Normal DMS-scanning var ensbetydende med 98 % sandsynlighed for ingen eller højst grad 2 reflux (0-5) ved efterfølgende MCU ( n=175 børn, 350 nyrer)

Ved DMS-scanning af 724 nyrer fandtes normal DMS-scanning ved 6 (af 32) nyrer med reflux grad 3-5 samt nogle af nyrene med dobbeltanlæg og hydronefrose og en enkelt nyre med koralsten.

Ved primær-uddredning af børn med urinvejsinfektioner er kombinationen ultralydsscanning og DMS-scanning velegnet til screening for akut pyelonephritis, nyre-ar og betydende urinvejs-anomalier.

## SPECT-SCANNING AF CEREBRUM HOS NYFØDTE MED KRAMPER.

K.Børch & G.Greisen (Neonatalafdeling GN, Rigshospitalet).

Kramper hos nyfødte er ofte forbundet med hjerneskade. Det er dog uafklaret i hvilken grad kramper er årsag til eller en følge af hjerneskade. Det er derfor også uafklaret i hvor høj grad neonatale kramper skal behandles. Kramper kan være forbundet med en øget metabolisme i hjernen. Da hjernens metabolisme og blodgennemstrømning er nært koblede, kan hjernens metabolisme vurderes ved måling af hjernens blodgennemstrømning. Vi har derfor undersøgt hjernens regionale blodgennemstrømning hos 10 børn med anfald i neonatalperioden.

Hjernens regionale blodgennemstrømning blev undersøgt med single photon emission computer tomografi (SPECT)  $^{99m}\text{Tc}$ -HMPAO. Med denne metode bestemmes hjernens relative blodgennemstrømning på injektionstidspunktet, idet sporstoffet optages i cellerne inden for de første minutter efter injektionen og udskilles herefter langsomt.

Undersøgelsen omfattede 10 børn med en gestationsalder mellem 37 og 42 uger og en median fødselsvægt på 3450g. Alle fik foretaget ictal SPECT-scanning af cerebrum og 6 børn fik desuden foretaget en interictal undersøgelse. Diagnoseerne var asfyksi (5), intrakranielt blødning (1), meningitis (1), mb. cordis operata (1), og kramper af ukendt årsag (2). Krampediagnosen hvilede på EEG og klinik i 4 tilfælde, på EEG alene i 5 og på klinik alene i 1 tilfælde.

Hos 7 af de 10 børn (70%) kunne der ved det ictale studie påvises et hyperperfunderet område i hjernen. Hos 4 af de 6 børn, som blev undersøgt både ictalt og interictalt, kunne der ved det ictale studie påvises et hyperperfunderet område, som ikke blev genfundet ved det interictale studie. 4 børn havde klinisk fokalt anfald, og de havde alle et hyperperfunderet fokus i den kontralaterale hemisfære. Hos et barn med et klinisk generaliseret anfald kunne der ikke påvises et fokus. Af 5 børn uden kliniske kramper var 4 pavuloniserede. Hos disse børn fandtes et fokus hos 3.

Vi konkluderer, at også i den nyfødte hjerne, hvor kramper er en komplikation til et betydeligt cerebralt insult, er fokale kliniske neonatale anfald forbundet med en lokal cerebral hyperperfusion i den kontralaterale hemisfære. Fokal hyperperfusion under et anfald kan være udtryk for en øget metabolisme, som, såfremt den overskrider det lokale cerebrale blod-flows kapacitet, kan medføre tab af neuroner. Hyperperfusionen kan dog også være et ledsagefænomen uden øget metabolisme (luksusperfusion).

## KLINIK OG MR-FORANDRINGER VED MOLYBDÆN COFAKTOR MANGEL.

A.S.Højberg, T.Christensen, B.Hertz & K.Taudorf (Børneafdelingen, Viborg Sygehus & MR Centret, Skejby Sygehus).

Intraktable anfald i neonatalperioden kan skyldes molybdæn cofaktor mangel, en meget sjælden autosomal recessiv arvelig metabolisk sygdom med dårlig prognose.

Molybdæn cofaktor er essentiel for en normal funktion af enzymerne sulfid oxidase og xanthin dehydrogenase. Sulfid oxidase fungerer som det sidste enzym i nedbrydningen af svovlholdige aminosyrer og katalyserer oxidationen af sulfid til sulfat. Xanthin dehydrogenase deltager i nedbrydningen af puriner og katalyserer oxidationen af hypoxanthin over xanthin til urinsyre.

Isoleret sulfid oxidase mangel fører til progredierende cerebral degeneration og med tiden ofte linsluxation. Disse patienter har samme hovedsymptomer, som patienter med molybdæn cofaktor mangel : intraktable epileptiske anfald, tonusabnormiteter og dårlig trivsel debuterende i 1.levemåned og senere svær psykomotorisk retardering og evt.linsluxation. Der kan ses dysmorphe ansigtstræk. Patienterne dør i 1.decade. Den samtidige xanthin oxidase mangel, kan føre til urolithiasis p.g.a. ringe opløselighed af xanthin.

Børneafdelingen, Viborg Sygehus følger et søskendepar med sygdommen. Sygehistorien for det yngste barn præsenteres : dreng, ukompliceret graviditet og fødsel. FV 3930g, Apgar 9/1, 10/5. Ansigt præget af hypertelorisme, epicanthus og bred nasalfure. Otte timer gammel hypertont og sitrende. Fra 1 døgn gammel intraktable generaliserede anfald. Tolv måneder gammel er patienten microcephal, svært psykomotorisk retarderet og har fortsat epilepsi.

MR af cerebrum 2 ¼ måned gammel viste en overordentlig svær global atrofi med et monstrøst udvidet subaracnoidalrum. Desuden en karakteristisk spongyoform degeneration af al hvid substans med cystedannelser, et billede som ikke umiddelbart kan korreleres til en anden kendt sygdom og ikke tidligere er beskrevet.

Konklusion : Diagnosen bør overvejes ved svære anfald i neonatalperioden og stilles ved en kombination af :

1. Positiv sulfittest på frisk opsamlet urin, der transporteres nedfrosset til metabolisk laboratorium (sulfid instabil i vandig opløsning).
2. Forhøjet taurin og S-sulfocystein i aminosyrescreeninger af urin eller plasma.
3. Lav S-urat.

Manglende sulfidoxidaseaktivitet i fibroblaster og/eller manglende påvisning af urothion i urinen bekræfter diagnosen. Prænatal diagnostik er mulig.

Selskabets 14. efteruddannelseskursus 7. januar 1995.

**Mødeemne: Billeddiagnostik i pædiatrien**

Mødet er arrangeres og ledes af Mogens Egeblad

- 1) Indledning. Mogens Egeblad.
- 2) Diagnostik af børnetumorer lokaliseret intrathorakalt og abdominalt. Karen Damgård.
- 3) MR-scanning af knogler og bløddele. Karen-Lisbeth Dirksen.
- 4) CT/MR af cerebrum. Hans Pedersen.
- 5) Fontanelle UL-scanning. Elisabeth Skriver.
- 6) CT/MR hos børn. Sven Laurin.
- 7) UL af mave-tarmkanalen, UL af hoftelæddet. Charlotte Strandberg.



Selskabets 655. Videnskabelige møde 3. marts 1995.

Mødeemne: **Kvalitetssikring**

Mødet er tilrettelagt og ledes af Sten Petersen

- 1.# Kvalitetssikringsprojekter på børneafdelingerne. Sten Petersen. Neonatalklinikken, Rigshospitalet.
- 2.# Luftvejsinfektioner hos børn. Behandling ambulant eller under indlæggelse. Ida Marie Schmidt, Else Andersen. Børneafdelingen, Hillerød.
- 3.# Kvalitetsforbedring af flytninges møde med sundhedsvæsenet. Karen Konstantin-Hansen, Hannah Hagland, Inger Marie Larsen, Ilse Rasmussen. Børneafdelingen, Kolding.
4. Forskelle og ligheder i kvalitetsvurdering hos forældre, læger og sygeplejersker i forbindelse med behandling af akut syge børn. Gitte Dehlholm, John Østergaard, Oluf Schiøtz, Gitte Hornbæk, Frede Olsen. Børneafdelingen og Forskningsenheden for Almen Medicin, Århus.
- 5.# Effekten af at medgive forældre et udskrivningsbrev. Anne-Marie Bisgaard Pedersen. Børneafdelingen, Næstved.
6. Feberkrampers kort- og langtidsprognose med forskellig behandlingsstrategi. Skitse til referenceprogram. Finn Ursin Knudsen Børneafdelingen, Glostrup
- 7.# Effekten af nyt mad-system til børn med kræft. Lotte Holm, Karin Kok, Henrik Hertz, Kim Fleischer Michaelsen. Pædiatrisk Klinik, Rigshospitalet og Forskningsinstituttet for Human Ernæring, Landbohøjskolen, København.
- 8.# Pleje af terminalt syge børn i hjemmet og på hospital. Tove Munck-Pedersen, Britta Skov Jensen. Børneafdelingen, Odense.

# Referat ikke modtaget

**FORSKELLE OG LIGHEDER I KVALITETSURDERING  
HOS FORÆLDRE, LÆGER OG SYGEPLEJERSKER  
I FORBINDELSE MED BEHANDLING AF AKUT SYGE BØRN.  
- En kvalitativ undersøgelse med sigte på kvalitetsikring -**

**Gitte Dehlholm, John Østergaard,  
Oluf Schiøtz, Afd. sygeplejerske Gitte Hornbek og Frede Olesen**  
Forskningsenheden for Almen Medicin, Århus og Børneafdelingen Århus KH.

**Formålet** med projektet er:

For det første at undersøge forskelle og ligheder i forventninger og kvalitetsvurdering hos forældre, læger og sygeplejersker i forhold til:

- \* Kommunikationen imellem forældre og behandlere og imellem læger og sygeplejersker.
- \* Behandlingen og plejen af det akut syge barn
- \* Samarbejdet imellem praktiserende læger og hospitalet og imellem læger og sygeplejersker.

For det andet at foretage en ekstern kvalitetsvurdering ved en høring eller "audit" vedrørende kommunikation, samarbejde og behandling og pleje af det akut syge barn.

På baggrund af resultaterne opstilles relevante forslag til forbedringer.

**Materialet** består dels af journaler på de indlagte børn samt interviews af:

- \* Forældre til børn, der indlægges af deres egen praktiserende akut uden livstruende sygdom på Børneafdelingen, Århus Kommunehospital.
- \* Læger og sygeplejersker på børneafdelingen og som er i kontakt med barnet under indlæggelsen.
- \* Praktiserende læger til de indlagte børn.

**Metoden** er det kvalitative forskningsinterview. Interviewformen er velegnet til at indsamle beskrivelser af interviewpersonens holdninger, erfaringer, selvforståelse og følelser med henblik på fortolkning af mening af de beskrevne fænomener. I interviewet tages der udgangspunkt i en interviewguide, der indeholder de temaer, som man ønsker at belyse, men som ikke angiver i hvilken rækkefølge, de enkelte temaer skal formuleres.

Varighed af hvert enkelt interview er ca. 30-60 minutter.

Databearbejdningen af materialet foregår ved analyse, dvs. en opløsning af materialet i mindre bestanddele for at kunne samle dem i begreber og kategorier og tolkning, dvs. en forklaring eller udlægning af datamaterialet. Analyse og tolkning foregår sideløbende og processen indebærer gentagne gennemgange af hvert interview med komparativ analyse til alle øvrige interviews.

Data i det kvalitative forskningsinterview er dynamiske, er kontekstbundne og validitet og reliabilitet her kan ikke sammenlignes med de tilsvarende begreber i den kvantitative forskning. Det afgørende ved tolkningen af interviews bliver at præcisere de spørgsmål som stilles til interviewteksten, og at redegøre for de forudsætninger som ligger til grund for det perspektiv, der anlægges over for teksten. Med andre ord, man må stille krav til, at der er intersubjektivitet, dvs. at en anden end forskeren skal kunne følge tolkningerne ud fra de forudsætninger, der er redegjort for. Desuden må man tilstræbe gennemsigtighed, dvs. at forskeren må gøre sin rolle i forskningsprocessen til genstand for systematisk beskrivelse. Ved en systematisk forholden sig til sin egen rolle i forbindelse med dataindsamling, analyse og tolkning af disse lader forskeren sine forudsætninger og valg, der blev taget undervejs i projektet være eksplicite og gennemsigtige. Forskningsprocessen skal herved fremstå begribelig og logisk for andre.

**Projekt status:** Tre børn er inkluderet indtil nu, og i relation til deres indlæggelse er der foretaget 24 interviews af henholdsvis forældre, læger og sygeplejersker på børneafdelingen, og af praktiserende læger. Analyse og tolkning af disse interviews er netop påbegyndt.

## FEBERKRAMPERS KORT- OG LANGTIDSPROGNOSE MED FORSKELLIG BEHANDLINGSTRATEGI - SKITSE TIL REFERENCEPROGRAM

F.U. Knudsen (Børneafdelingen, KAS Glostrup)

Der er foretaget en vurdering af feberkrampebørns prognose på kortere og længere sigt med forskellig behandlingsstrategi. Man har sammenlignet de her i landet hyppigst anvendte behandlingsformer, nemlig akut krampebehandling ved nye anfald versus intermitterende diazepamprofylakse ved feber. I en prospektiv randomiseret undersøgelse blev det vist, diazepamprofylakse nedsatte recidivfrekvensen til ca. 1/3 fra 40 til 12% indenfor 18 måneder. Langtids follow-up af disse børn, som nu er ca. 14 år gamle, viste ens forekomst af epilepsi, intelligens, kognitiv udvikling, neurologisk funktion, motorik og skolepræstationer hvadenten børnene har fået profylakse eller ej. Man har således ikke kunnet påvise en terapeutisk gevinst på langt sigt, selv ved en i øvrigt effekt profylakse.

På basis af ovennævnte resultater opstilles udkast til referenceprogram, hvor hovedvægten efter første anfald lægges på akut krampebehandling og diazepamprofylakse forbeholdes et fåtal udvalgte tilfælde, f.eks. flere langvarige anfald, mange recidiver, forældrepress eller mange risikofaktorer.

Selskabets 14. efteruddannelsesmøde 4. marts 1995.

**Mødeemne: Kvalitetssikring**

Mødet er tillrettelagt og ledes af Sten Petersen

1. Clinical Quality Improvement: New Tools for the 21st Century. David Bergman.
2. Kvalitetsudviklingsprojekt for børn og unge med insulin-dependent diabetes mellitus. Henrik Mortensen. Børneafdelingen, Glostrup.
3. Good clinical practice i relation til forskningsprojekter. Kim G. Nielsen. Neonatalklinikken, Rigshospitalet.
4. Erfaringen efter et år med landsdækkende registrering af ekstremt for tidligt fødte børn (ETFOL). Jens Kamper. Børneafdelingen, Odense.

Diskussionsindlæg:

Afdelingens problemer med registrering. Finn Jonsbo. Neonatalklinikken, Rigshospitalet.

Erfaringer med lokal neonatal database. Anna Berg. Børneafdelingen, Næstved.

10 års erfaringer med lokal registrering. Gorm Greisen. Neonatalklinikken, Rigshospitalet.

Selskabets 656. Videnskabelige møde 19. maj 1995.

**Mødeemne: Vårnøde**

**Mødet er tilrettelagt børneafdelingen i Hillerød**

- 1) Fetal and infant influences on adult disease. Cathrine Law.
- 2) Fremtidens børneafdeling. Aase Eriksen og Kirsten Lee.
- 3) Asfyksi hos nyfødte og følgetilstande heraf. Niels W. Svenningsen.
- 4) Pædiatriske perspektiver af screening for medfødte sygdomme. Flemming Skovby.
- 5) Genteknologi og genterapi - teori og praksis. Arne Svejgaard.

Mødeemne:

Migrationsmedicin og børn i Danmark. Infektionsmæssige og psykosociale problemer hos flygtninge og indvandrere. Ved afdelingslæge Helge Kjersem, klinisk mikrobiolog og koordinerende læge ved Dansk Røde Kors.

**Ordinær generalforsamling**

Dagsorden:

1. valg af dirigent
2. Formandens beretning
3. beretning fra udvalg og Nordisk Pædiatrisk Føderation
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:

1. Lovændring vedrørende paragraf 8 stk. 4.
2. Forslag til lovændring vedrørende paragraf 5, stk. 4.
3. Forslag om at overføre 50.000 til professor T. Iversens Fond
4. Forslag om genoprettelse af AIDS udvalg (nyt kommissorium vedlagt).
5. Forslag til kommissorium for Infektionsudvalg.
6. Forslag til kommissorium for Ungdomsmedicinsk udvalg.
7. Forslag til kommissorium for Uddannelsesudvalg.

## FORMANDSBERETNING

DPS har nu 409 medlemmer.

I årets løb er 2 udmeldte og 21 indmeldte. Deres navne fremgår af den udsendte liste. To medlemmer er døde.

**Bestyrelsen** konstituerede sig efter generalforsamlingen således:

Niels Christian Christensen, formand  
Ole Andersen, næstformand  
Ole Pryds, videnskabelig sekretær  
Henrik Carstensen, faglig sekretær  
Sten Petersen, kasserer  
Karsten Kaas Ibsen, DBO repræsentant

Under Ole Pryds' udenlandsophold i efteråret vikarierede Steffen Husby.

Bestyrelsen har holdt 8 bestyrelsesmøder. Desuden har der været 2 fællesmøder med Uddannelsesudvalget og kursuslederen. I flere af bestyrelsesmøderne har Henrik Hertz, som Sundhedsstyrelsens tilfornordnede, deltaget.

Der er afholdt **4 ordinære møder** i årets løb. 3 temamøder som fredag-lørdagsmøder og 1 møde med frie foredrag. Fredagsmøderne har været godt besøgt. Ved 2 af lørdagsmøderne har fremmødet været beskedent trods højt fagligt niveau. Vi har dog fastholdt strukturen i det kommende år, da vi finder, at lørdagsmøderne har væsentlig uddannelsesmæssig betydning på alle niveauer.

**Vårmedet** var på højt fagligt niveau med en stor bredde i emnerne og blev da også vel besøgt. Børneafdelingen i Hillerød stod for det festlige og vellykkede arrangement.

**Speciallægeuddannelsen i pædiatri** blev drøftet med Sundhedsstyrelsen og Speciallægenævnet ved et møde i Sundhedsstyrelsen den 13. oktober 1994. Formel subspecialisering inden for faget kunne fortsat ikke godkendes af Sundhedsstyrelsen. Mht. antallet af undervisningsstillinger fastholdt Sundhedsstyrelsen antallet 14 men accepterede, at også det hold, der begynder september 1995, er på 10. Antallet af undervisningsstillinger vil fra september 1996 være 14. Bestyrelsen er enig med Sundhedsstyrelsen i, at 14 undervisningsstillinger vil tilgodesse det aktuelle behov. Men det kan være for få, hvis de kommunale børne-ungelæger skal være pædiatere.

**Ekspertuddannelser i pædiatri.** Selv om Sundhedsstyrelsen ikke accepterer en formel subspecialisering, er arbejdet med Ekspertuddannelser fortsat. Der er oprette enkelte stillinger, 3 i neonatologi og 1 i Allergologi. Der foreligger beskrivelser af sådanne stillingers indhold fra flere udvalg (neurologi, allergologi, cardiologi, klinisk genetik, onkologi, hæmatologi og gastroenterologi) og de øvrige fagudvalgs beskrivelser er på vej. Bestyrelsen har sendt disse beskrivelser til alle børneafdelinger for derved at stimulere oprettelsen af ekspertuddannelsesstillinger.

I forbindelse med Sundhedsstyrelsens revision af enkeltstillingsklassifikationen i løbet af sommeren har vi skrevet til Sundhedsstyrelsen, at vi finder det vigtigt for faget, at der friholdes ca. 25 tidsbegrænsede stillinger på 1. reservelæge niveau, fortrinsvis ved landsdelsafdelinger m.h.p. stillinger til ekspertuddannelse.

**Lands-landsdelsfunktion i pædiatri.** Sundhedsstyrelsen lagde i efteråret op til en revision af 1993-vejledningen. En revision samt en uddybning således, at bl.a. fagenes basisfunktion også skulle beskrives. Vi udarbejdede en sådan specialebeskrivelse, som blev diskuteret på et møde med de administrerende overlæger for børneafdelingerne 11. november 1994 og indsendt til Sundhedsstyrelsen i januar 1995. Arbejdet dér er desværre blevet forsinket og vi har modtaget en revideret tidsplan, hvoraf det fremgår, at vi vil få Sundhedsstyrelsens kommentarer i løbet af august 1995. Mht. lands-landsdelsfunktioner er der kun små ændringer i forhold til den tidligere beskrivelse.

Nogle områder var genstand for særlig behandling:

**Pædiatrisk onkologi** blev diskuteret på et møde i december 1994, hvor der blev opnået enighed om en struktur med 2 centre (Århus Universitetshospital og Rigshospitalet) og 2 mindre centre (Ålborg Sygehus og Odense Universitetshospital). Men der er ikke kommet den redegørelse, som Sundhedsstyrelsen ville affatte efter mødet. Den synes dog ikke at komme til at give nogen væsentlig ændring af områdets aktuelle organisation.

**Børnekirurgi** var også emnet for et særskilt møde, hvor afklaringen var mindre, og hvorfra der heller ikke er kommet det lovede oplæg til redegørelse fra Sundhedsstyrelsen.

**Små handikapgrupper.** En redegørelse vedrørende behandling af de små handikapgrupper blev udsendt af Sundhedsstyrelsen til høring vinteren 93/94. Høringssvarene var imidlertid så forskelligartede, at det ved et møde i Sundhedsstyrelsen, hvor også medlemmer af bestyrelsen deltog, blev vedtaget:

At henlægge redegørelsen, men fortsat arbejde på en centralisering af behandling af de små/sjældne handikap.

At omsorgen for børn, hvor intelligensmæssigt handicap er det væsentlige, fortsat varetages i amtsregi og falder uden for det videre arbejde i denne forbindelse.

At beskrive behandlingsprotokoller for 7 udvalgte tilstande.

At nedsætte en styregruppe for området.

Bestyrelsen er gået ind i arbejdet omkring behandlingsprotokollerne. Det drejer sig om Wilsons sygdom, Marfans sygdom, Osteogenesis imperfecta, Prader Willi's syndrom, Apert's syndrom, blæreectopi og Neurofibromatose. Styregruppen er endnu ikke nedsat.

Bestyrelsen finder, at disse tilstande ikke adskiller sig principielt fra andre tilstande, hvor der er lands-landsdelsfunktion, men dels har centerdannelsen ved Rigshospitalet og Århus Universitetshospital været med til at fremskynde processen, dels indgår også Center for små handikapgrupper og patientforeningerne i dette arbejde. Udgangspunktet har derfor været at beskrive en centralisering. Det har været bestyrelsens synspunkt, at centralisering ikke i sig selv er et formål. Centralisering er en nødvendig del af behandling og udvikling inden for disse sjældne og komplicerede tilstande, men alle de tilstande, der kræver lands-landsdelsfunktion behandles i et aftalt, loyalt samarbejde mellem centraliserede funktioner og amtsfunktion. Det stiller krav til begge parter, krav der varierer fra tilstand til tilstand, og som aftales individuelt ud fra generelle retningslinier for den enkelte tilstand.

**Udvalgsarbejdet.** Der har i årets løb været betydelig aktivitet i udvalgene. Bestyrelsen finder, at en væsentlig del af fagets udvikling grundlægges i udvalgene. Derudover er der fra flere udvalg kommet retningslinier for behandlingen af forskellige tilstande.



Bestyrelsen finder, det er et godt initiativ.

Bestyrelsen støtter det af YP fremsatte forslag om, at der i alle udvalg skal være et medlem, der er under uddannelse. Det kan give praktiske problemer, når en YP'er bliver ÆP'er. Vores holdning er, at udvalgsmedlemmer vælges for 3 år. Hvis YP'eren inden for dette tidsrum bliver ÆP'er, må der vælges en ny YP'er. Den forhenværende YP'er bliver siddende, og udvalgets sammensætning vurderes ved næste valgmulighed. Det kan i den periode give flere end de 5 medlemmer i udvalget.

Der er fremsat forslag om lovændring m.h.t. Uddannelsesudvalget, bl.a. at kursuslederen ikke obligatorisk skal være medlem af udvalget. Det er et forsøg på at fordele arbejdet men også en erkendelse af, at udvalget til en vis grad skal vurdere kursuslederens arbejde.

Ved sidste generalforsamling blev AIDS-udvalget nedlagt, idet et Infektionsmedicinsk udvalg blev oprettet. AIDS-udvalget ønskede dog at arbejde videre, og bestyrelsen har accepteret dette. Nu synes Infektionsmedicinsk udvalg at være veletableret, og bestyrelsen fremsætter det kommissorium, udvalget har fået til generalforsamlingen. Det er stadig bestyrelsens synspunkt, at AIDS problematikken hører ind under Infektionsudvalget. Forslaget om AIDS-udvalgets fortsatte eksistens er sat på dagsorden til generalforsamlingens afgørelse.

Bestyrelsen fremlægger forslag til kommissorium for et Ungdomsmedicinsk udvalg, for at styrke indsatsen på dette område.

**Pædiatri i Danmark.** I december 1994 udkom Erik Thamdrups bog "Pædiatri i Danmark", en spændende, velskrevet og velillustreret bog, som Selskabet skylder Thamdrup stor tak for.

**Kommunale børne-ungelæger.** I juni måned blev loven om forebyggende arbejde for børn og unge vedtaget. Heri anbefales ansættelse af kommunale børne-ungelæger. Bestyrelsen har over for skolelærerne og for det relevante Folketingsudvalg kraftigt støttet oprettelsen af disse stillinger og påpeget, at det, efter de funktioner, der beskrives, bør være speciallæger i pædiatri, der ansættes i dem. Det vil kræve en ekspertuddannelse, der sigter på disse stillinger og derved en udvidelse af den pædiatriske uddannelse. Vi mener, at det vil være til betydelig gavn for faget at få den øgede bredde, disse læger og den uddannelse vil give, ligesom det jo er læger, som børneafdelingerne vil få et nært samarbejde med.

**Inspektorordning.** Sundhedsstyrelsen ønsker indført en Inspektorordning vedrørende uddannelse. Bestyrelsen har bedt Freddy Karup Pedersen og Karsten Hjelt om at deltage i arbejdet.

En række **forespørgsler fra Sundhedsstyrelsen** er besvaret, oftest med hjælp af det relevante fagudvalg.

Vedrørende **tabletindtagelse hos børn.** Vi har svaret, at det er uhensigtsmæssigt for børn under 2 år at skulle indtage tabletter.

Vedrørende behandling af **erhvervede hjerneskader.** Det drejer sig dels om svært cerebralt traumatiserede børn, hvor vi har svaret, at centraliseret ekspertise er ønsket og foreslår et udvalgsarbejde desangående. Dels følger efter "lettere" hjernerystelser, hvor vi bl.a. påpeger, at børn med commotio cerebri bør indlægges på Børneafdeling, men det må påhvile skolerne at være opmærksom på det barn, der viser tegn på følgetilstande, og at

der er behov for neuropsykologisk ekspertise i amterne.

Vedrørende **Laktulose** foranlediget af et firmas ønske om at markedsføre et nyt præparat, har bestyrelsen på en principiel forespørgsel fra Sundhedsstyrelsen svaret, at vi mente, det ikke var et godt princip at tilsætte medikamenter til levnedsmidler, og at vi mente, at børns generelle helbredstilstand ikke ville lide, hvis Laktulose skulle gives særskilt.

Om forhold vedrørende **DAMP**. Neurologiudvalgets svar om organisationen af undersøgelse og behandling af DAMP vil blive trykt i Årbogen. Udvalget foreslår de sværere tilfælde af DAMP henvist til udredning og klinisk børneurologisk vurdering og psykologisk/neuropsykologisk undersøgelse på Børneafdeling og/eller børnepsykiatrisk afdeling.

Vedrørende **Valproat behandling** har vi sendt brev til lægemiddelkataloget om visse ændringer i kontrolprøverne.

Vedrørende **hjertekirurgiske indgreb** har vi svaret, at 2 centre er tilstrækkeligt. I visse situationer er eet tilstrækkeligt, men at ductus arteriosus persistens hos præmature børn bør kunne opereres også i Odense og Ålborg.

På foranledning af en forespørgsel af et medlem har bestyrelsen vurderet pjece om sovestillinger og SIDS og fundet anbefalingerne deri fornuftige.

Til en kontaktgruppe i Sundhedsstyrelsen vedrørende kosttilskud og ernæring har bestyrelsen bedt Karin Brostrøm, Jens Hertel og Susanne Halken om at indtræde.

I en følgegruppe til den **Nationale fødselskohorte** er Flemming Skovby indtrådt.

I en arbejdsgruppe vedrørende revisionen af svangreprofylaksen er Ole Pryds indtrådt, og undertegnede er indgået i en undergruppe.

Sten Petersen og Karin Brostrøm har deltaget i den arbejdsgruppe i Sundhedsstyrelsen, der har revideret vejledningen om vitaminer og jern.

**Internationalt arbejde.** I NPF har det været et stille år. Vi har støttet formanden Bengt Björkstens ansøgning til Nordisk Råd om penge til udbygning af samarbejdet med Baltikum.

Formanden har deltaget i Norsk Barnläkarforenings 75-års dag samt i den tyske Børnelægeforenings 90 års jubilæum.

I CESP har Olaf Schöitz været kontaktperson og deltaget i det årlige møde.

Paediatric Section of Royal Society of Medicine har foreslået et fællesmøde, og vi har med Børneafdelingen ved Odense Universitetshospital aftalt, at det sker i forbindelse med Vårnødet den 10.-11. maj 1996.

N. Chr. Christensen  
Formand

## **Beretning fra AIDS-udvalget**

Udvalget har udsendt reviderede retningslinier vedrørende behandling af børn med HIV-infektion og AIDS i Danmark, heri inkluderet vejledning omkring behandling af HIV-positive gravide og deres nyfødte børn. 6 gravide i Danmark er til dato behandlet efter disse principper. Udvalget har i øvrigt initieret det etablerede projektarbejde med European Collaborative Study for Children Born to HIV-positive Mothers og deltager herunder i et europæisk multicenterprojekt.

Nyt kommissorium for AIDS-udvalget er udarbejdet. Der har været diskussion om rimeligheden af at bevare AIDS-udvalget samtidig med, at der er etableret et infektionspædiatrisk udvalg. Vi tilråder AIDS-udvalget bevaret, idet vi finder, at AIDS-sygdommen og behandlingen er et meget specielt pædiatrisk problem. Det gælder især varetagelsen af de mangeartede opgaver af socialpædiatrisk art og samarbejdsfladerne til andre specialer især infektionsmedicin. Dette medfører behov for et selvstændigt udvalg med den fornødne brede repræsentation vedrørende AIDS hos børn i Danmark, den nødvendige gennemslagskraft og behov for direkte reference til DPS's bestyrelse. Naturligvis er et tæt samarbejde og gerne et delvist personfællesskab med infektionspædiatrisk udvalg under DPS vigtigt.

Udvalget har 5 medlemmer. Efteråret 1994 udtrådte Freddy Karup Pedersen og i stedet har Hans Ole Christensen fra Odense været medlem af udvalget. Øvrige medlemmer er May Olofsson, Elma Scheibel, Troels Herlin og Birgit Peitersen (formand) samt associeret medlem Axel Møller fra infektionsmedicinsk afdeling, Århus. Birgit Peitersen ønsker at træde ud af udvalget, som foreslår, at Niels Henrik Valerius fra Hvidovre Hospital indtræder i stedet. Det foreslås i øvrigt, at udvalget fortsætter med den anførte sammensætning.

Birgit Peitersen

## **Beretning fra ALLERGOLOGI-udvalget**

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

Udvalget har i årets løb færdigudarbejdet et forslag til Pædiatrisk ekspertområde/subspeciale inden for Allergologi og astma hos børn. Der er desuden taget stilling til en konkret ansøgning om at blive godkendt som uddannelsesafdeling inden for dette område. Retningslinierne for behandling af astma hos børn har været diskuteret på et møde i Kolding og er blevet modificeret i lyset af de kommentarer, der er kommet fra de pædiatriske afdelinger rundt om i landet. Retningslinierne er nu klar til at blive trykt og vil blive tilsendt Bestyrelsen i sommeren 1995.

Retningslinierne for allergidiagnostik hos børn har været gennem samme procedure som retningslinierne for behandling af astma bronchiale, og det endelige forslag vil blive tilsendt Bestyrelsen i sommeren 1995.

Udvalget er ved Hans Bisgaard og Jørn Henriksen repræsenteret i Rådgivningsudvalget for Sundhedsstyrelsens peak-flowmeter kampagne projekt.

Søren Pedersen har deltaget i Sundhedsministeriets temadag om allergiforebyggelse. I den forbindelse arbejdes der med organisationsmodeller for allergi og lungesygdom i Danmark. Her har udvalget haft et samarbejde med Dansk Selskab for Allergologi. Hovedtanken er, at hvert amt skal have et center med deltagelse af pædiater, lungelæge, allergolog og dermatolog. Desuden er det tanken, at man vil lave 3 universitetscentre (et i København, et i Odense og et i Århus). Det er vigtigt, at vi har veluddannede pædiatere, der kan deltage i disse centre, ellers er der stor risiko for, at pædiaterne ikke vil komme til at deltage i centrene, men blot blive tilknyttet som rådgiver. Sidstnævnte ville være et stort tilbageskridt for pædiatrien.

Udvalget har i årets løb haft 4 møder. Søren Pedersen træder ud efter generalforsamlingen i september 1995, idet han har siddet i udvalget i 6 år.

Allergologiudvalget

### **Beretning fra CARDIOLOGI-udvalget**

DPS's cardiologiudvalg har i årets løb fået bestyrelsens accept af de vejledende retningslinier for ekspertuddannelsen i børnecardiologi, der ligger tæt op ad de rekommendationer, der foreligger fra The Association of European Paediatric Cardiologists. Ligeledes godkendtes et forslag til stillingsbeskrivelse for en uddannelsesstilling på RH, som imidlertid p.t. ikke kan føres ud i livet på grund af den nye stillingsstruktur.

I øvrigt har udvalget kommenteret et referenceprogram.

Vedr. udvalgsmedlemmerne: ingen ændring.

Joes Ramsøe Jacobsen

### **Beretning fra DIAGNOSE-udvalget**

Udvalget har p.t. 4 medlemmer: Jens Hertel, Karsten Hjelt, Margrethe Friberg (FAYL medlem) og Finn Ursin Knudsen (formand).

WHO's nye sygdomsklassifikation (10. udgave) har nu været i brug i 1½ år. Den af Diagnoseudvalget udsendte korte pædiatriske diagnoseliste har der været en del tilbagemeldinger på og udvalget arbejder nu på en mere omfattende Pædiatrisk liste, som vil blive udsendt så snart den er færdigredigeret.

Finn Ursin Knudsen

### **Beretning fra ENDOKRINOLOGI-udvalget**

Udvalget påbegyndte sit arbejde i 1995. Der har været to møder i udvalget. Man har drøftet behandlingsmæssige, uddannelsesmæssige og forskningsmæssige aspekter vedrørende den pædiatriske ENDOKRINOLOGI. Udvalget skimter omridset af 1-2

børneendokrinologiske centre, hvor bl.a. uddannelsen i børneendokrinologi kunne formaliseres.

Udvalget har for nyligt fået kontakt med en europæisk gruppe, som arbejder inden for rammerne af ESPE (European Society of Paediatric Endocrinology). Udvalget vil forsøge at koordinere sine bestræbelser med de planer, som i øvrigt findes på europæisk plan med hensyn til uddannelse inden for Pædiatrisk ENDOKRINOLOGI.

Udvalget forventer at kunne aflevere en rapport til DPS ved årsskiftet 1995-96.

Niels E. Skakkebæk

### **Beretning fra udvalget for ERNÆRING og GASTROENTEROLOGI**

Udvalget har deltaget i revisionen af den af Sundhedsstyrelsen netop udsendte vejledning om vitaminer og jern til børn. Udvalget har til Bestyrelsen fremkommet med forslag til uddannelse af pædiatere i Pædiatrisk GASTROENTEROLOGI.

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

### **Beretning fra udvalget for HÆMATOLOGI og ONKOLOGI**

I det forløbne år har udvalget holdt møde den 2.9.94, 28.3.95 og 26.5.95 på Rigshospitalet og den 29.11.94 i Århus. Møderne er åbne for alle interesserede.

Det årlige tværfaglige symposium blev afholdt på LO-skolen i Helsingør for ca. 60 personer fra plejepersonale, socialrådgivere og læger i de børneonkologiske afdelinger om børnehæmatologisk og -onkologisk behandling og pleje. Denne gang arrangeret af Børneafdelingen på Rigshospitalet i august 94. Samme afdeling stod for NOPHO mødet i maj 95 i Torshavn.

Udvalget har arbejdet med et forslag til retningslinier for ekspertuddannelse i Pædiatrisk Hæmatologi og Onkologi, som nu er godkendt af uddannelsesudvalg og bestyrelsen i DPS.

I årets løb har de danske børneonkologiske afdelinger givet tilslutning til følgende nye internationale protokoller: Neuroblastom stadium 1 og 2A, stadium 2B og 3, og for børn under 1 år. Wilm's tumor stadium 1-5. Hjernetumor protokol for børn < 3 år.

Der er dannet en Børnecancerfond med det formål at støtte børnecancerforskning og aktiviteter for cancersyge børn og deres familier. Bestyrelsen består af en advokat, revisor, forældre og 3 læger. Fonden baseres på bidrag fra virksomheder og private til Giro 0036080.

Udvalget består af Minna Yssing, Kjeld Schmiegelow, Bendt Brock Jacobsen, Steen Rosthøj, Ole Henrik Nielsen og Niels Clausen (formand).

Niels Clausen

### **Beretning fra INFEKTIONS-udvalget**

På foranledning af Dansk Pædiatrisk Selskabs bestyrelse blev et infektionsudvalg stiftet ultimo 1994. Udvalget har følgende medlemmer: Birgitte Friis, Niels Henrik Valerius, Troels Herlin, Bent Windelsborg Nielsen og Carsten Heilmann (formand). Udvalget har afholdt 3 møder (3.2.95, 26.4.95 og 16.6.95).

I det nystiftede udvalg er relationen til DPS' AIDS-udvalg blevet diskuteret. Enighed om at en afklaring af forholdet mellem de to udvalgs arbejdsområder er nødvendig, herunder om der er behov for begge udvalg.

Udvalget har indhentet instrukser for meningitisbehandling fra alle børneafdelinger i landet og er i gang med at gennemgå disse instrukser m.h.p. at udarbejde en fælles vejledende instruks for meningitisbehandling for alle børneafdelinger.

Udvalget arbejder med udarbejdelse af retningslinier for uddannelseskriterier til interesseområdet/subspecialet infektionspædiatri.

Endvidere er det planen at indhente oplysninger om isolationsprincipper fra landets børneafdelinger m.h.p. at udarbejde forslag til fælles retningslinier.

Carsten Heilmann

### **Beretning fra INFORMATIONS-udvalget**

Der er det forgangne år afholdt to og planlagt endnu et møde. Udvalget har på eget initiativ udsendt 3 pressemeddelelser af almen sundhedsoplysende karakter.

Pressemeddelelserne omfattede luftvejssymptomer og astma, skirejser for diabetes børn samt forebyggelse af drukneulykker.

Der er planlagt endnu en pressemeddelelse vedrørende forebyggelse af svampeforgiftning, når sæsonen nærmer sig.

Udvalget har ikke i det forgangne år haft henvendelser fra medlemmer eller organisationer om enkeltsager, der burde tages op.

Anita Hansen

### **Beretning fra NEFRO-UROLOGI-udvalget**

Udvalget blev oprettet efter sidste generalforsamling og består i øjeblikket af fire medlemmer. Udvalget har beskæftiget sig med retningslinierne for ekspertuddannelse i børne nefrologi og er enig i de generelle retningslinier, der er vedtaget af Uddannelsesudvalget. Udvalget arbejder videre med de specielle retningslinier for ekspertuddannelsen i børne nefrologi og vil fortsat drøfte hvilke områder, der iøvrigt vil være relevant at beskæftige sig med.

Anita Hansen    Ole Henrik Nielsen    Erling Nathan    Nils Foged

## **Beretning fra NEONATOLOGI-udvalget**

Udvalget består af Birgitte Djernes (1993), Jens Hertel (1993), Birgit Peitersen (1992), Finn Ebbesen (1990) og Gorm Greisen (formand fra 1993). Vi holdt 5 møder: 2.9.94, 1-2.9.94, 6.1.95, 3.3.95, 2.6.95.

Erythropoitin profylakse til for tidligt fødte børn. Dette kan ikke anbefales aktuelt i Danmark.

Klinisk maturitetsbedømmelse. Den reviderede Ballardscore anbefales frem for Finnström. Ballardscore er valideret ned til 24 uger og er formentlig mere akkurat.

Behandling af neonatal asfyksi. Vi har bedt bestyrelsen anbefale, at alle afdelinger sikrer at enhver læge, der repræsenterer afdelingen på fødegangen, har den fornødne praktiske færdighed og kender en standardiseret fremgangsmåde (f.eks. den af os udarbejdede). Vi har taget kontakt med Dansk Anæstesiologisk Selskab med henblik på om muligt at opnå fælles retningslinier på dette punkt.

Gorm har deltaget i en arbejdsgruppe om "livstegn ved fødslen" for DPS. Resultatet bliver en anbefaling af WHO's definition, d.v.s. tilstedeværelse af hjerteaktion ved fødslen vil klassificere et barn som levendefødt, uanset om der er andre livstegn og uanset gestationsalder eller størrelse.

Udvalget vil foreslå etablering af en klinisk database til landsdækkende registrering af alle nyfødte børn indlagt på neonatalafsnit. Det til enhver tid siddende udvalg skal fungere som "bestyrelse", herunder vælge national koordinator.

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 3 møder inklusive et 2-dages internatmøde. Peter Uldall og Bente Beck har deltaget i flere møder som associerede medlemmer.

Udvalget har udarbejdet en beskrivelse af det neuropædiatriske fagområde, som supplerer tidligere udarbejdede retningslinier for ekspertuddannelse i Neuropædiatri.

Der er fra flere afdelinger ytre ønske om et referenceprogram inden for Neuropædiatri. Udvalget har derfor taget initiativ til at nedsætte en hovedpinereferencegruppe samt medvirket til udarbejdelse af referenceprogrammer for Feberkræmper og infantile spasmer.

Flere udvalgsmedlemmer deltager i initiativer omkring neuropædiatrisk emne i forbindelse med "Hjerneåret".

Der er udarbejdet neuropædiatrisk diagnoseliste til supplerende af ICDT-10- klassifikationen for de store børneneurologiske sygdomme (epilepsi, cerebral parese, neuromuskulære sygdomme, udviklingsforstyrrelser og syndromer). Den endelige færdiggørelse afventer

supplerende cifre fra ICD-10.

Udvalget har besvaret forespørgsel fra Sundhedsstyrelsen vedrørende børn med MBD/DAMP og børn med erhvervet hjerneskade.

Karen Taudorf

### **Beretning fra udvalget for SCREENING og KLINISK GENETIK**

Udvalget har holdt 2 møder og Jørn Müller har deltaget i begge.

Profylakse mod neuralrørsdefekter ved behandling af gravide med folinsyre er drøftet. Man afventer Sundhedsstyrelsens anbefaling.

Neonatal screening for adreno-genitalt syndrom er blevet diskuteret i detaljer. Udvalget er positivt indstillet og undersøger mulighederne for at foretage en pilotundersøgelse.

Specialistnævnet har anbefalet en speciallægeanerkendelse i klinisk genetik. Sagen beror i Sundhedsstyrelsen.

Flemming Skovby

### **Beretning fra UDDANNELSES-udvalget**

I modsætning til tidligere har uddannelsesudvalget i den forløbne periode primært beskæftiget sig med uddannelsesspørgsmål i bredere forstand, mens varetagelsen af kursusvirksomheden har været foretaget af hovedkursusleder John Østergaard. Udvalget har til bestyrelsen udarbejdet forslag til ændret kommissorium for udvalget, til nye regler for mindsteuddannelse forud for opnåelse af kursusstilling i pædiatri samt til revision af B-kriterierne i forbindelse med opnåelse af kursusstilling.

Udvalget har behandlet de 41 ansøgere til kursusstillinger og på basis af de vanligt anvendte A- og B-kriterier klassificeret disse i 3 ikke-kvalificerede, 30 kvalificerede og 8 velkvalificerede. Samtlige 8 velkvalificerede har fået ansættelse i kursusstilling.

Udvalget har behandlet en række forslag til uddannelsesprogrammer i pædiatriske ekspertfunktioner. Udvalgets opgave har i denne sammenhæng været at sikre, at de af de enkelte ekspertudvalg behandlede uddannelsesprogrammer er i overensstemmelse med de generelle retningslinier. Endelig har udvalget behandlet en række personsager af forskellig art.

Freddy Karup Pedersen

Fra 1. september 1994 er undervisningsstillingen som bekendt gjort 2-årig. Samtidig er antallet af kursister øget til 10 pr. år, hvilket indebærer at der pr. 1.9.95 er 20 læger ansat i undervisningsstillinger. Hertil kommer et antal individuelle dispensanter (aktuelt 4). Sundhedsstyrelsen har indtil videre accepteret vores kursusaktivitet under hensyntagen til, at kurserne afholdes hvert 2. år, således at holdene ikke blev for små og kursusaktiviteten



derigennem for dyr. Dette har fungeret upåklageligt, idet såvel kursister som hospitalsafdelingerne kunne se en fordel i at få kursusaktiviteten spredt over 2 år. I takt med at antallet af kursister nu er stigende og i løbet af eet år vil blive yderligere forøget, kan kursusaktiviteten ikke undgå at blive berørt. Holdstørrelsen vil, med uændrede kursustermener/intervaller, blive på mindst 28, hvilket næppe er acceptabelt ud fra en pædagogisk synsvinkel. Jeg har i det indsendte budgetforslag for kursusaktiviteten i 1996 gjort Sundhedsstyrelsen opmærksom på dette problem, og har, efter aftale med de respektive delkursusledere, ansøgt om, at der allerede i 1996 åbnes op for en ekstra afvikling af kurset i børnepsykiatri/Socialpædiatri. Jeg har endnu ikke modtaget nogen reaktion herpå, men fastholdes ønsket (eller rettere "behovet") for en yderligere udvidelse til (mindst) 14 kursister pr. år, vil lignende behov formentligt komme til at gælde alle de pædiatriske kurser, idet antallet af kursister pr. hold ellers vil blive omkring 30. Uddannelsesudvalget vil i løbet af vinteren inddrage delkursuslederne i en drøftelse af denne problemstilling.

John Østergaard

### **Beretning fra UNGDOMSMEDICIN-udvalget**

Udvalget blev nedsat i 1993. Ved generalforsamlingen i 1994 blev det besluttet, at udvalget skulle fortsætte med et revideret kommissorium.

Udvalget har afholdt møde 31.3. og 15.5. 1995. Efter opfordring fra DPS' bestyrelse er udvalget i gang med at arrangere et efteruddannelseskursus i Ungdomsmedicin 14.-16. januar 1996 på kursusstedet Byggecentrum, Hindsgavl.

Udvalget har 6 medlemmer: Ole Andersen, Inger Leer Pedersen, Birgitte Marnér, Jørn Müller, Bente Hansen (repræsenterer Skolelægeforeningen) og Mariane Rix (formand).

Mariane Rix

### **Beretning fra SPECIALISTNÆVNETS TILFORORDNEDE i pædiatri**

KH deltog i symposium tilrettelagt af Sundhedsstyrelsen i anledning af Specialistnævnets 60 års fødselsdag. Titel: "Det lægelige specialebegreb. Uddannelsesgrundlag og behov for Sundhedsvæsenet i det 21. århundrede". Også ved denne lejlighed fremførtes behovet for anerkendelse af pædiatriske grenspecialer. NC har endvidere deltaget i Specialistnævnets møde om inspektorordning. En række yngre læger er kvalificerede til kursusstilling i pædiatri, men står i kø. Der er givet dispensation fra kursusstillingen i flere sådanne tilfælde, idet vi lægger vægt på, at ansøgerens kliniske uddannelse i pædiatri ækvivalerer uddannelsen til og med kursusstillingen. Vi tilråder, at ansøgeren søger om deltagelse i speciallægekursus som ekstern. Under forudsætning af fortsat pædiatrivelevant uddannelse og 18. mdr's 1. reservelægetid vil vi indstille til speciallægeanerkendelse på dispensation. Med i overvejelserne indgår også den øvrige bedømmelse af ansøgeren (f.eks. forskningsindsats) samt erklæring fra uddannelsesansvarlig overlæge på A-afdeling vedrørende karakteren af ansøgerens ansættelse f.eks. hvorvidt denne bortset fra kurser kan sidestilles med en kursusstilling.

I 94 blev KH genvalgt for yderligere 3 år og Niels Clausen valgt til ordinært medlem, mens Sten Petersen og Ole Andersen valgtes til suppleanter.

Karsten Hjelt    Niels Clausen

## REFERAT

Ordinære generalforsamling i DPS, 1. september 1995.

1. **Valg af dirigent**

Henrik Hertz blev valgt til dirigent.

2. **Formandens beretning**

Formanden henviste til den tidligere udsendte skriftlige beretning. DPS har nu 409 medlemmer. I årets løb er to medlemmer afgået ved døden, Ane Madsen og Johannes Melchior. Forsamlingen mindedes de døde ved et minuts stilhed.

Der har været god mødeaktivitet med flere spændende temaemner. Det årlige møde med frie foredrag er blevet afskaffet på grund af for få tilmeldte indlæg. Dog vil man altid kunne placere interessante foredrag under temamøder med andet indhold og afdelingsledelserne blev opfordret til at sørge for fremlæggelse af vigtige undersøgelsesresultater.

Bestyrelsen har accepteret, at antallet af undervisningsstillinger fra efteråret udvides til 14. Set i lyset af det relativt store antal af givne dispensationer synes denne udvidelse også at være nødvendig, da det findes uhensigtsmæssigt at skulle omgå undervisningsstillinger gennem dispensation.

Fra næsten alle udvalg foreligger nu beskrivelser til ekspertuddannelsesstillinger. I flere af stillingsbeskrivelserne findes stadig et misforhold fra de generelle regler med hensyn til videnskabelig aktivitet, hvorfor den endelige godkendelse endnu ikke er givet. Bestyrelsen mener, at uddannelsesafdelingerne skal tilbyde et videnskabeligt miljø med mulighed for forskning, hvorimod man ikke kan stille specifikke krav til den uddannelsessøgende om forskning og publikation. Desuden er det vigtigt at pointere, at dagarbejdet skal placeres i subspecialet for at forhindre at den uddannelsessøgende benyttes til at udfylde "huller" i arbejdsplanen.

Bestyrelsen har bedt Sundhedsstyrelsen om, at enkeltstillingsklassifikationen levner mulighed for at bevare et antal 1. reservelægestillinger til disse ekspertuddannelser.

Vi har stadig ikke modtaget revision af lands-landsdelfunktionerne for pædiatri. Den nyligt modtagne beskrivelse for børnekirurgi vil blive kommenteret, således at den specielle børnekirurgi kun bør udføres i tæt samarbejde med børneafdelinger.

Der arbejdes fortsat med beskrivelser af behandlings- og undersøgelsesforløb i de Små Handicapgrupper og flere detaljer vil forhåbentligt foreligge ved mødet i januar 1996.

Udvalgene har udført et stort og godt arbejde. Udvalgsarbejde indeholder uddannelse, hvorfor bestyrelsen finder det væsentligt at involvere medlemmer under uddannelse. I de tilfælde, hvor et yngre medlem opnår FAS status inden for

en valgperiode, vil hun/han blive i udvalget for at bevare kontinuiteten mens et andet FAYL medlem optages. Medlemsantallet vil derfor i en periode kunne overskride det i vedtægterne anførte.

Loven om kommunale børne-ungelæger er vedtaget med start 1.1.96. Et udvalg arbejder på at beskrive stillingens indhold og der er diskussion mellem almenmedicinere, socialmedicinere og børnelæger om hvem, der skal ansættes i stillingerne. Bestyrelsen vil i samarbejde med Skolelægeforeningen udfærdige en socialmedicinsk tilføjelse på ekspertuddannelsesniveau til den pædiatriske speciallægeuddannelse, der giver børnelægen kompetence til at besætte disse stillinger.

Bestyrelsen har fra flere medlemmer modtaget reaktioner på planerne for Hovedstadens Sygehusvæsen, hvor man opererer med begrebet akutklinikker, som skal modtage, observere og behandle børn. Bestyrelsen har reageret på det uhensigtsmæssige i at blande børn med voksne med forskellige lidelser og har fremhævet, at børn bør behandles af specielt kyndigt personale. Bestyrelsen har henvist til modeller, som for tiden afprøves andre steder.

### **Diskussion af formandens beretning**

Karsten Hjelt fremlagde de anvendte kriterier for at give dispensation for undervisningsstilling. Dispensation synes at være nødvendig i overgangsperioden for at eliminere restgruppen, der ellers ikke vil kunne placeres i pædiatrisk funktion. Dispensaterne har været ansat på A-afdeling, vist interesse for specialet og været kendt velegnede ved to resultatløse ansøgninger. Formanden replicerede, at systemet ikke er dimensioneret til et stort antal dispensater, da der ikke findes det fornødne antal 1. reservelægestillinger og da der heller ikke er givet penge til de mange kursusdeltagere. Således forhørte Birgitte Friis sig om, hvorledes dispensaterne skulle aflønnes under kursusdeltagelse. Hertil svarede Karsten Hjelt, at afdelingerne skulle vise velvilje og Karin Brostrøm fandt rigelig plads i systemet.

Vedrørende ekspertuddannelser syntes Steffen Husby det uhensigtsmæssigt med kravet om udelukkende beskæftigelse med patienter inden for området. Hertil svarede formanden, at man ikke skulle udvande stillingen, som var en enestående mulighed for at uddanne sig i et speciale. Birgit Peitersen var enig heri men påpegede variationer blandt afdelingerne.

Henrik Hertz supplerede indlægget om de Små Handikapgrupper, hvor 2 af 7 undergrupper allerede har færdiggjort arbejdet. Den langsomme proces skyldtes til dels stillingskifte i Sundhedsstyrelsen.

FAYL's obligatoriske repræsentation i udvalgene burde i følge Finn Ebbesen stille krav til personen om speciallægeanerkendelse og dokumenteret interesse for området. Birgit Peitersen supplerede, at personen ikke kun skulle lære men også yde. Både Thomas Hertel og formanden var dog sikre på personens kvalifikationer, som blev vurderet og accepteret ved valg på generalforsamlingen.

Anders Pærregaard redegjorde for sin tvivl vedrørende Hovedstadens

Sygehusvæsens oplæg om at varetage barnefamiliers problemer i akutte modtageafdelinger. Dette forstærkedes af Birgit Peitersen, som mente, at akutklinikker bør høre under pædiatrien. I følge Birgitte Marner burde man skelne mellem akutklinikker, som kunne sammenlignes med almen medicinens nuværende kontakt til syge børn og så den akutte modtageafdeling. Børn som ikke staks kan færdigbehandles men i stedet kræver observation bør henvises til børneafdelinger.

### 3. **Beretning fra udvalg og Nordisk Pædiatrisk Forening**

Der var ikke udsendt meddelelser fra AIDS-, neonatologi-, cardiologi- og uddannelsesudvalget. Beretning fra sidstnævnte udvalg blev udlagt ved generalforsamlingen. Det blev henstillet, at beretning fra de øvrige udvalg blev fremsendt til omdeling med næste udsendelse. Karsten Hjelt fandt, at man skulle stramme op om udvalgenes beretninger, som i flere tilfælde var noget "magre". Mariane Rix oplyste om et planlagt efteruddannelseskursus i ungdomsmedicin. Susanne Halkien ville gerne have, at det blev mere klart, hvornår et medlem sidst var valgt til udvalgene.

### 4. **Aflæggelse af det reviderede regnskab**

Ingen kommentarer fra forsamlingen til fremlæggelsen af et pænt overskud.

### 5. **Fastsættelse af kontingent**

Kontingentet fortsætter uændret med kr. 600 pr. år.

### 6. **Indkomne forslag fra bestyrelse og medlemmer**

Yngre Pædiateres forslag om obligatorisk deltagelse af FAYL person i alle udvalg blev vedtaget endeligt med stort flertal. Ordlyden af §8 stk. 4 vil således blive ændret. Et ændringsforslag fra P.A. Krasilnikoff blev ikke behandlet ved afstemning.

Et forslag fra bestyrelsen vedrørende §5 stk. 4 blev trukket tilbage på grund af misforhold til kommissoriet for uddannelsesudvalget. Bestyrelsen blev pålagt at forbedre forslaget.

Det blev vedtaget at overføre kr. 50000 fra DPS beholdning til konsolidering af T. Iversens rejsefond.

AIDS udvalget blev ikke genoprettet og funktionen vil fremover høre under infektionsudvalget.

Kommissorium for infektionsudvalg og ungdomsmedicinsk udvalg blev vedtaget. Derimod kunne man ikke behandle kommissoriet for uddannelsesudvalget, som ikke stemte med vedtægterne. Bestyrelsen blev pålagt at udarbejde et gældende kommissorium.

### 7. **Valg af bestyrelse blandt de ordinære medlemmer**

Bestyrelsen blev genvalgt.

8. **Valg af 2 revisorer**

Finn Ursin Knudsen og Jens Hertel blev genvalgt.

9. **Valg af udvalgsmedlemmer og repræsentanter for selskabet**

Der blev sikret FAYL repræsentation i alle udvalg, hvis sammensætning fremgår af vedlagte liste.

**DANSK PÆDIATRISK SELSKAB**  
**Regnskab for perioden 16.06.94 - 15.06.95**

**Indtægter**

Kontingenter	kr	214.800,00	
Renter og aktieudbytte	kr	4.704,18	
Sponsoring af årbog	kr	12.000,00	
Sponsoring af efteruddannelsesmøder	kr	40.000,00	
Sponsoring af "Pædiatri i Danmark"	kr	25.000,00	
Refusion af rejseudgifter	kr	5.902,00	
<b>Ialt</b>			kr 302.406,18

**Udgifter**

Administration	kr	-25.240,30	
Ordinære møder	kr	-10.691,25	
Bestyrelsesmøder	kr	-11.234,75	
Udvalgsmøder	kr	-25.733,10	
Nordiske møder	kr	-27.643,55	
Andre møder	kr	-22.287,53	
Foreninger	kr	-6.606,45	
Årbog	kr	-28.062,00	
Gaver	kr	-857,00	
"Pædiatri i Danmark"	kr	-26.210,50	
Aktiekøb	kr	-518,00	
<b>Ialt</b>			kr -185.084,43
Efteruddannelse - immunologi	kr	-11.099,00	
Efteruddannelse - børneradiologi	kr	-9.018,00	
Efteruddannelse - kvalitetssikring	kr	-18.100,92	
<b>Ialt</b>			kr -38.217,92
<b>Resultat</b>			kr 79.103,83

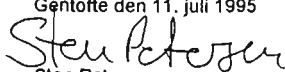
**Formuebevægelse**

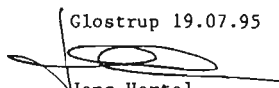
Formue 15.06.94	kr	158.875,08	
Resultat 94/95	kr	79.103,83	
Ændring i kursværdi af aktier	kr	-1.344,00	
Formue 15.06.95			kr 236.634,91

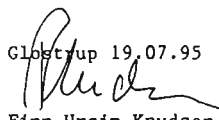
**Formueplacering**

GiroBank 540-3308	kr	8.830,84	
Den Danske Bank 3428 019571	kr	219.860,07	
Aktier (kursværdi 31.12.94)	kr	7.944,00	
Kursværdi af indkøbt aktie	kr	358,00	
Formue 15.06.95			kr 236.634,91

Formuen til stede, regnskabet stemmer.

Gentofte den 11. juli 1995  
  
Sten Petersen  
kasserer

Glostrup 19.07.95  
  
Jens Hertel  
overlæge

Glostrup 19.07.95  
  
Finn Ursin Knudsen  
overlæge, dr. med.

**PROFESSOR TORBEN IVERSENS REJSEFOND**

<b>Egenkapital pr. 31.12.93</b>		<b>251.793,76</b>
Renteindtægter 1993	19.678,82	
Administrationsudgifter 1993	-1.967,93	
Uddelinger 1993	-15.000,00	
Ændring i kursværdi af obligationer	-1.481,00	
Ændring i saldo på kapitalkonto	-30,53	
Konsolidering af kapital	-25.000,00	
<b>Egenkapital pr. 31.12.94</b>		<b>227.993,12</b>
<b>Uddelt april 1995</b>	<b>28.000,00</b>	



## Legater fra professor Torben Iversens Rejsefond 1991-95

### 1991

Steffen Husby	kr. 5.000	Deltagelse i kongres i USA med foredrag
Niels Illum	kr. 5.000	Deltagelse i kongres i USA med poster
Troels Lyngbye	kr. 5.000	Deltagelse i kongres i Skotland med foredrag
Thomas Balslev	kr. 500	Deltagelse i DPS efteruddannelsesmøde
Jens Peter Nielsen	kr. 500	Deltagelse i DPS efteruddannelsesmøde

### 1992

Steffen Husby	kr. 5.000	Deltagelse i kongres i Tjcechoslovakiet med foredrag
Flemming Skovby	kr. 5.000	Deltagelse i kongres i USA med foredrag
Henrik Schrøder	kr. 5.000	Deltagelse i kongres i Tyskland med foredrag

### 1993

Lene Lavard	kr. 7.000	Deltagelse i kongres i England med foredrag
-------------	-----------	---

### 1994

Ole Pryds	kr. 5.000	Studieophold i England
Karin Brostrøm	kr. 2.000	Deltagelse i kongres i Sverige
Susanne Bülow	kr. 2.000	Deltagelse i kongres i Frankrig med poster
Susanne Munck	kr. 1.000	Deltagelse i DPS efteruddannelseskursus
Uffe Stender Hansen	kr. 5.000	Deltagelse i kongres i Sverige med foredrag

### 1995

Henrik Thybo Christesen	kr. 4.000	Deltagelse i kongres i USA med foredrag
Lene Lavard	kr. 4.000	Deltagelse i kongres i USA med poster
Bent Klug	kr. 4.000	Studieophold i Holland
Steen Hertel	kr. 9.000	Studieophold i USA
Thomas Balslev	kr. 7.000	Studieophold i Canada

## Dansk Pædiatrisk Selskab

### Nye medlemmer 1994-95

Birthe Høgh	Peter Ehlert Nielsen
Birgitte Hass Esberg	Niels Holtum Birkebæk
Henrik Simonsen	Jannet Svensson
Anne-Mette Bæk Jensen	Nana Thrane
Mie Birgitte Bonde-Hansen	Peter Fleng Daniel
Inger Merete Jørgensen	Maria Kibæk
Birgitte Marie Hansen	Marianne Dahl
Lone Bøgelund	Morten Gervil
Kim Gjerum Nielsen	Anne Estmann Christensen
Jens-Christian Holm	Lars Bender
Helle Andersen	Bent Windelborg Nielsen

### Udmeldte 1994-95

Hans Jelert	Kirsten Andresen
-------------	------------------

### Afgået ved døden 1994-95

Ane Madsen	Johannes C. Melchior
------------	----------------------

**Dansk Pædiatrisk Selskabs bestyrelse består pr. 6.10.95 af følgende medlemmer:**

**Formand:**

Overlæge N.C. Christensen,  
Børneafdelingen,  
Sønderborg Sygehus,  
6400 Sønderborg  
Tlf.: 74430311  
Fax : 74182952

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,  
Neonataalklinikken, 5024,  
Rigshospitalet,  
2100 København Ø,  
Tlf.: 35455024  
Fax : 35455025

Ved Kæret 23,  
2820 Gentofte  
Tlf.: 39656225

**Videnskabelig sekretær:**

Afdelingslæge Ole Pryds,  
Neonataalklinikken, 5024,  
Rigshospitalet,  
2100 København Ø,  
Tlf.: 35455024  
Fax : 35455025

Teglparken 25,  
4200 Slagelse  
Tlf.: 58503081

**Faglig sekretær:**

1. reservelæge Henrik Carstensen,  
Pædiatrisk Klinik II, 4064  
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. efter generalforsamlingen 1.9.95

<p><b>Astma- og allergologiudvalg</b></p> <p><b>Vælges for 3 år - genvalg x 1</b></p>	<p>Hans Bisgård (1991)                  Jørn Henriksen (1992)  <u>Arne Høst (1992)</u>                  Niels Henrik Valerius (1992)                  Lone Agertoft <sup>FAYL</sup> (1995)</p>
<p><b>Cardiologiudvalg</b></p> <p><b>Vælges for 3 år - genvalg x 1</b></p>	<p><u>Joes Ramsøe Jacobsen (1994)</u>                  Gunner Nielsen (1994)                  Karsten Hjelt (1994)                  Arne Høst (1994)                  Gerd Stafanger <sup>FAYL</sup> (1994)</p>
<p><b>Diagnoseudvalg</b></p> <p><b>Vælges for 3 år - genvalg x 1</b></p>	<p>Karsten Hjelt (1993)                  Anna Berg (1995)                  Margrethe Friberg <sup>FAYL</sup> (1995)</p>
<p><b>Endokrinologiudvalg</b></p> <p><b>Vælges for 3 år - genvalg x 1</b></p>	<p><u>Niels Erik Skakkebæk (1994)</u>                  Bendt Brock Jacobsen (1994)                  Henrik Mortensen (1994)                  Mariane Rix (1994)                  Niels Christian Christensen (1994)                  Katharine Main <sup>FAYL</sup> (1995)</p>
<p><b>Ernærings og gastroenterologiudvalg</b></p> <p><b>Vælges for 3 år - genvalg x 1</b></p>	<p>Kim Fleischer Michaelsen (1991)                  Flemming Skovby (1993)  <u>Steffen Husby (1993)</u>                  Karsten Hjelt (1995)                  Anders Pærregaard <sup>FAYL</sup> (1995)</p>
<p><b>Hæmatologi og onkologiudvalg</b></p> <p><b>Vælges for 3 år - genvalg x 1</b></p>	<p>Ole H. Nielsen (1991)                  Steen Rosthøj (1993)                  Kjeld Schmiegelow <sup>FAYL</sup> (1994)                  Niels Carlsen (1995)                  Henrik Schrøder (1995)                  Henrik Hasle <sup>FAYL</sup> (1995)</p>
<p><b>Infektionsmedicinsk udvalg</b></p> <p><b>Vælges for 3 år - genvalg x 1</b></p>	<p><u>Carsten Heilmann <sup>FAYL</sup> (1994)</u>                  Birgitte Friis (1994)                  Troels Herlin (1994)                  Niels Henrik Valerius (1994)                  Bent Windelsborg Nielsen <sup>FAYL</sup> (1995)</p>
<p><b>Informationsudvalg</b></p> <p><b>Vælges for 3 år - genvalg x 1</b></p>	<p>Ole Andersen (1987)                  Kjeld H. Johansen <sup>FAYL</sup> (1993)                  Karen Andersen Tilma <sup>FAYL</sup> (1994)  <u>Anita Hansen <sup>FAYL</sup> (1994)</u>                  Palle Prah (1994)</p>

<b>Neonatologjudvalg</b> <b>Vælges for 3 år - genvalg x 1</b>	Finn Ebbesen (1990) <u>Gorm Greisen (1990)</u> Birgit Peitersen (1992) Jens Hertel (1993) Birgitte Djernes (1993) Ole Pryds <sup>FAYL</sup> (1995)
<b>Nefrologi og urologjudvalg</b> <b>Vælges for 3 år - genvalg x 1</b>	<u>Nils Foged (1994)</u> Erling Nathan (1994) Ole H. Nielsen (1994) Anita Hansen <sup>FAYL</sup> (1994)
<b>Neurologjudvalg</b> <b>Vælges for 3 år - genvalg x 1</b>	Flemming Juul-Hansen <sup>FAYL</sup> (1993) Søren Anker Pedersen (1993) <u>Karen Taudorf (1993)</u> Karl Wulff (1993) John Østergaard (1993)
<b>Screenings og klinisk genetikudvalg</b> <b>Vælges for 3 år - genvalg x 1</b>	Karen Brøndum Nielsen (1992) <u>Flemming Skovby (1992)</u> Karl Wulff (1993) Finn Ebbesen (1993) Bent Nørgaard Petersen (bisidder) Inga Hjuler <sup>FAYL</sup> (1995)
<b>Uddannelsesudvalg</b> <b>Vælges for 1 år - genvalg x 5</b>	John Østergaard (1992) - <b>kursusleder</b> Freddy Karup Pedersen (1989) Finn Ursin Knudsen (1990) Birgitte Frederiksen Lausen <sup>FAYL</sup> (1993) Mogens Fjord Christensen (1994) Troels Herlin (1994) <u>Kaare E. Lundstrøm <sup>FAYL</sup> (1994)</u> Susanne Bülow <sup>FAYL</sup> (1995) Susanne Munck <sup>FAYL</sup> (1995)
<b>Ungdomsmedicinsk udvalg</b> <b>Vælges for 3 år - genvalg x 1</b>	<u>Mariane Rix (1993)</u> Ole Andersen (1993) Jørn Müller <sup>FAYL</sup> (1993) Inger Leer (1995) Birgitte Marner (1995)
<b>Specialistnævnets tilfornordede i pædiatri</b> <b>Vælges for 4 år - genvalg x 1</b>	Niels Clausen (1991) Karsten Hjelt (1991) Sten Petersen (1991) Søren Krabbe (1994)
<b>Kontaktpersoner for Sundhedsstyrelsen ved ansættelse af overlæger i pædiatri</b> <b>Vælges for 4 år - genvalg x 1</b>	Jens Kamper (1990) Minna Yssing (1990) - suppleant Timo Klinge (1990) - suppleant

<b>Nordisk Pædiatrisk Forenings repræsentantskab</b>	Finn Ebbesen (1993) Birgitte Friis (1993) Birgitte Marnér (1993) Karsten Kaas Ibsen (1993)
<b>Medlemmer af Nordisk Pædiatrisk Forenings Styrelse</b>	Niels Christian Christensen (1988) Ole Andersen (1993) Else Andersen (1994)
<b>Repræsentanter i Dansk Medicinsk Selskab Vælges for 3 år - genvalg x 1</b>	Henrik B. Mortensen (1991) Ebbe Thisted <sup>FAYL</sup> (1992) Niels H. Valerius (1993) Karsten Kaas Ibsen (1994)
<b>Repræsentant i UEMS/CESP</b>	Kirsten Lee (1995)
<b>Repræsentanter i Sundhedsstyrelsens vaccinationsudvalg</b>	Freddy Karup Pedersen (1980) Carsten Heilmann (1995)
<b>Repræsentanter i Foreningen for Familieplanlægning</b>	Søren Krabbe (1992) Karen Vitting Andersen (1994)
<b>Ammekomiteen</b>	Finn Jonsbo (1994)
<b>Revisorer</b>	Finn Ursin Knudsen (1990) Jens Hertel (1992)

Årstal i parentes angiver 1. valg

## **Kommissorium for de stående udvalg under Dansk Pædiatrisk Selskab**

### **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, diagnostisk 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 landsdelsspecialfunktion 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.

### **CARDIOLOGIudvalg**

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

Udvalget skal inden for børnecardiologi

- 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 een gang årligt og aflægger skriftlig beretning til generalforsamlingen.

## **DIAGNOSE**udvalg

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.

## **ENDOKRINOLOGI**udvalg

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.

## Udvalg 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.

## **INFEKTIONSudvalg**

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

Udvalget skal inden for infektionssygdomme

- følge udviklingen inden for forebyggelse, organisering, behandlingsprincipper, behandlingsresultater nationalt og internationalt.
- tage initiativer, der kan fremme udviklingen inden for området, herunder vedrørende uddannelsesmæssige og organisatoriske forhold.
- vejlede bestyrelsen ved besvarelse af forespørgsler vedrørende området.
- vejlede bestyrelse og uddannelsesudvalg vedrørende uddannelsesmæssige forhold.

Udvalget har 5 medlemmer. Udvalget holder mindst 1 årligt møde 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, jævnfør vedtægternes §8.

Udvalget skal inden for børneneurologi

- følge udviklingen vedrørende undersøgelser og behandlingsprincipper nationalt og internationalt.
- tage initiativer, der kan fremme den børneneurologiske 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, jævnfør 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 såvel nationalt som internationalt om forhold indenfor lægers uddannelse og rådgive bestyrelsen og selskabet inden for alle uddannelsesspørgsmål.
- tilrettelægge den pædiatriske specialistuddannelse i samarbejde med speciallægenævnets tilfornede i pædiatri. Udvalget koordinerer speciallægeuddannelsen i pædiatri med efteruddannelsen og ekspertuddannelsen.
- løbende vurdere og holde selskabet orienteret om behovet for og antallet af uddannelsesstillinger, tilrettelægge kurser og godkende kurser, der indgår i den pædiatriske speciallægeuddannelse.
- deltage i udarbejdelse af uddannelseskraav indenfor ekspertområder.
- vurdere og godkende stillingsbeskrivelser for ekspertuddannelses-stillinger.

- arrangere efteruddannelseskurser sammen med andre af selskabets medlemmer og evt. sammen med andre selskabers uddannelsesudvalg.

Udvalget består af hovedkursuslederen og yderligere otte medlemmer, hvoraf mindst 3 og højst 5 ved valget må være ansatte i en tidsubegrænset stilling. Det tilstræbes, at der i udvalget indgår læger under uddannelse repræsenterende alle trin i uddannelsessystemet. Medlemmerne vælges på den årlige ordinære generalforsamling i DPS for et år, hovedkursuslederen dog for tre år, med mulighed for forlængelse op til seks års sammenhængende funktionsperiode. Udvalget konstituerer sig med formand blandt medlemmerne; hovedkursuslederen kan ikke være formand.

Udvalget holder møde mindst fire 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, 04.09.1992, 03.09.1993, 02.09.94 og 01.09.95)

§ 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 førstkommande generalforsamling. Der føres protokol over bestyrelsens forhandlinger.

#### § 5

Generalforsamlingen vælger:

1. Repræsentanter til Dansk Medicinsk Selskabs repræsentantskab.  
Repræsentanterne, der skal være læger, har en funktionstid på 3 år. Umiddelbart genvalg kan finde sted een gang.
2. Den særlige kontaktperson samt 2 suppleanter for denne, som af Sundhedsstyrelsen vil få forelagt de respektive ansættelsesmyndigheders indstilling til overlæger i pædiatri.  
Kontaktpersonen og suppleanterne skal have speciallægeanerkendelse i pædiatri og være 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 tilfornordede i pædiatri. De tilfornordede indstilles for 4 år.  
Umiddelbart genvalg kan finde sted een gang.
4. En kursusleder og yderligere 8 medlemmer til et uddannelsesudvalg, som leder videre- og efteruddannelsen i pædiatri. Mindst 3 og højst 5 medlemmer må ved valget være i slutstilling. Valgene gælder for 1 år. En sammenhængende funktionsperiode må kun for kursuslederen overstige 6 år. Ved vakance supplerer uddannelsesudvalget sig selv indtil førstkommande generalforsamling.
- 5a. En person uden for DPS's bestyrelse til Nordisk Pædiatrisk Føderations 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 Føderations 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. Supplering 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. Mindst ét af udvalgsmedlemmerne skal tilhøre FAYL. 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.

**DANSK PÆDIATRISK SELSKAB**  
**VEDTÆGTER for PROFESSOR TORBEN IVERSEN´s REJSEFOND FOR YNGRE**  
**BØRNELÆGER**

1. Fondens navn er " Professor Torben Iversens rejsefond 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 professro 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 tiladelse fra fondsmyndigheden og Justistministeriet 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).

**Enkelstillingsskategorier ved pædiatriske afdelinger (årsværk, januar 1995)**

<b><u>Afdelinger</u></b>	<b><u>Reservelæger</u></b>			<b><u>1. Res.</u></b>	
	<u>Al.med.</u>	<u>Suppl.</u>	<u>Intro.</u>	<u>Underv.</u>	
<b><u>Region øst</u></b>					
RH børneafd. GGK	0,5	3,0	4,5	3,0	
RH neonatal afd. GN			1,5		
Sundby	2,0	1,0			
Hvidovre	2,0	1,0	1,0	4,0	2,0
Gentofte	1,0	1,0	2,0	3,0	2,0
Glostrup	2,0	1,0	3,0	3,0	2,0
Hillerød	2,0		3,0		2,0
Roskilde	2,0		3,0		2,0
Holbæk	1,0		2,0		2,0
Næstved	2,0		2,0		1,0
Nykøbing F.	1,0		2,0		
<b><u>Region syd</u></b>					
Odense	3,0		4,0		1,0
Sønderborg	2,0		3,0		1,0
Esbjerg	2,0	1,0	2,0		1,0
Kolding	2,0		3,0		1,0
<b><u>Region nord</u></b>					
Herning	2,0		3,0		2,0
Århus	1,0		3,0	4,0	2,0
Viborg	3,0		4,0		2,0
Ålborg	2,0		2,0	4,0	2,0
Hjørring	2,0		1,0		
Randers	1,0				

**Forklaring af forkortelser:** *Al.med.* Uddannelsesstillinger til almen medicin, *Suppl.*

Supplerende uddannelse til andre specialer, f.eks. børnepsykiatri og dermatologi, *Intro.*

Introduktionsstillinger i pædiatri, *Underv.* Undervisningsstillinger i pædiatri, *I. Res.* 1.

Reservelægestillinger til speciallægeuddannelse i pædiatri.

**Afdelinger m. Enkelstillingsskategorier til supplerende uddannelse i pædiatri(årsværk):**

RH epidemiafd. M(1,5), Hillerød med. afd. B(1,0), Holbæk med.afd.(1,0).

## Antal sengepladser og stillinger på pædiatriske afdelinger pr. 1. Januar 1996.

<u>Afdelinger</u>	<u>SENGEPL.</u>	<u>OL</u>	<u>vOL</u>	<u>AL</u>	<u>RI</u>	<u>r</u>
<u>Region øst</u>						
(A) RH børneafd. GGK	92	9		14	4	14
(B)* RH neonatal afd. GN	28	2		2	3	7
(B)* RH afd. GR	0	1		2		
(A) Sundby	25	2		4		6
(A) Hvidovre	70	4		5	8	7
(A) Gentofte	58+4 <sup>1</sup>	2		2	6	9
(A) Glostrup	85+8 <sup>2</sup>	8		7	5	11
(A) Hillerød	71	4	3		5	6
(A) Roskilde	45+6 <sup>1</sup>	2	3	2	4	7
(A) Holbæk	39	3		8	2	3
(A) Næstved	36+1 <sup>1</sup>	3	3		2	7
(B) Nykøbing F.	24	4		4	1	2
<u>Region syd</u>						
(A) Odense	98	10	2		12	9
(B) Sønderborg	41	5			1	7
(A) Esbjerg	53	3	3		4	7
(A) Kolding	52	4	2		9	7
<u>Region nord</u>						
(A) Herning	41	3	3		2	7
(A) Århus	68	10		1	5	17
(A) Viborg	45	4	3		3	7
(A) Ålborg	66	7		6	3	11
(A) Hjørring	21	4			1	7
(A) Randers	27	3				7

(A): Afdelinger godkendt til 18 måneders l. Reservelægeuddannelse. (B): Afdelinger godkendt til 6 måneders l. Reservelægeuddannelse. Afdelinger m. \* er godkendt til 6 måneders reservelæge-introduktionstid, alle andre afdelinger er godkendt til 12 måneders reservelæge-introduktionstid.

<sup>1</sup> dagsengepladser <sup>2</sup> mor/barn-sengepladser.

## AKTIVITETEN PÅ DANSKE BØRNEAFDELINGER 1995

AFDELING	ANTAL INDLÆGGELSER	HERAF DAGPATIENTER	ANTAL AMBULANTE US.
Rigshospitalet, afd. GGK	5675	1925	13768
Hvidovre	5494	0	7949
Amtsygehuset Glostrup Center for handicappede	6215 87	1509 0	5741 599
Odense	4627	0	8602
Århus	4477	26	9871
Ålborg	4200	0	6800
Gentofte	5077	1774	4765
Sundby	2875	558	4100
Hillerød	3947	0	11169
Holbæk	2978	0	6969
Næstved	2981	183	4483
Kolding	3250	500	6400
Herning	2261	0	4181
Viborg	2939	0	4462
Roskilde	3079	0	4305
Esbjerg	3183	0	4128
Randers	1963	0	3578
Nykøbing F	1449	0	2714
Sønderborg	2400	0	3969
Hjørring	1581	0	1314
Rigshospitalet, afd. GN	1037	0	307

Karsten Kaas Ibsen  
Danske Børnelægers Organisation

## 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
- Cardiologi
- 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 subspecialer, 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 tilfornordnede  
i pædiatri

februar 1994

## EKSPERTOMRÅDER

### ALLERGOLOGI

#### Afdelingskrav:

Afdelinger, hvor uddannelsen kan foregå, skal have et allergiambulatorium (allergiteam) af en vis størrelse. Som minimumskrav kræves  
at afdelingen undersøger og udreder mindst 200 nyhenviste per år  
at der fast i allergiambulatoriet følges mere end 500 børn

Afdelingen skal have allergiteam med fast allergisygeplejerske og tilknyttet diætist. Afdelingen skal have relevant apparatur som minimum vitalograf eller lignende lungefunktionsudstyr, apparatur til allergen og uspecifik bronkial provokation samt løbebånd/cykel og pulsmåler til udførelse af anstrengelsestest.

#### Uddannelseskrav:

Den samlede uddannelsestid er 36 måneder. Dagarbejdet skal placeres inden for allergologi og astma, jævnfør de generelle retningslinjer:

Det kliniske arbejde skal for den vagtfrie del af funktionstiden på pædiatrisk afdeling placeres inden for det pædiatriske ekspertområde. I praksis vil det betyde, at lægen på afdelingen skal arbejde på specialistaniveau mindst 2 dage om ugen i allergiambulatoriet udelukkende med allergipatienter og have mulighed for supervision af mindst en fastansat speciallæge inden for ekspertområdet.

Ansættelsen skal være af mindst 2 års varighed.

Under uddannelsen skal lægen have erfaring/rutine i en række procedurer. Der foreslås her indført en attesteret præstationsliste.

Der skal dokumenteres rutine i hudprøvetest samt forskellige in vitro undersøgelser, lungefunktionsundersøgelser med vitalograf eller lignende, anstrengelsestest, hjemmemonitorering af peakflow med dagbøger samt eliminationsdiæt efterfulgt af fødemiddel provokation.

Der skal dokumenteres erfaring i bronkial provokation med allergener og uspecifikke irritanter, konjunktival provokation, hyposensibilisering og miljødiagnostik.

Endelig kræves det, at lægen har forsket inden for specialet og publiceret mindst 5 artikler inden for emnet. Skal være 1. forfatter på mindst 3 af disse.

Lægen skal have deltaget i et vist antal kurser/møder/kongresser (10), som skal være forhåndsgodkendte af Allergologiudvalget. Mindst 2 møder skal have været i udlandet.

#### Sideuddannelse (12 måneder):

Ansættelser af 3-6 måneders varighed kan foregå på  
respirationsfysiologisk ambulatorium  
voksenallergologisk afdeling  
lungemedicinsk afdeling  
afsnit for kroniske lungesygdomme hos børn  
afsnit for cystisk fibrose  
immunologisk laboratorium

1 års ansættelse ved udenlandsk afdeling eller anden relevant ansættelse efter individuel bedømmelse af Allergologiudvalget.



## ENDOKRINOLOGI

### Definition:

Pædiatrisk endokrinologi omhandler sygdomme i de endokrine organer hos børn og unge, herunder diabetes mellitus, sygdomme i reproduktionsorganerne samt andre tilstande, der medfører vækst- og pubertetsforstyrrelser.

### Uddannelsesmål:

At sikre den pædiatriske speciallæge en ekspertuddannelse, som

**Nationalt** kan kvalificere til et selvstændigt fagligt ledelsesansvar for den pædiatriske endokrinologiske aktivitet og ækvivalerer med det medicinsk-endokrinologiske grenspeciale, og  
**Internationalt** svarer til de europæiske vejledninger for den pædiatriske endokrinologiske uddannelse.

### Uddannelse:

Ansættelse i et uddannelsesforløb med henblik på ekspertuddannelse i pædiatrisk endokrinologi forudsætter, at ansøger har gennemført speciallægeuddannelsen i pædiatri. Uddannelsen er 3 årig.

Den omfatter mindst 24 måneders ansættelse som 1. reservelæge på Afdeling for Vækst og Reproduktion, GGR, Rigshospitalet, eller en klassificeret pædiatrisk afdeling, hvor 1. reservelægen udelukkende har dagfunktion inden for ekspertområdet.

Desuden kan ½-1 års sideuddannelse finde sted på en eller flere af følgende afdelinger: Medicinsk-Endokrinologisk afdeling, Steno Diabetes Center eller laboratorier med endokrinologiske aktiviteter (forskningslaboratorier, Klinisk-kemisk afdeling, Patologisk Institut, Nuklearmedicinsk / Klinisk Fysiologi eller Biokemisk eller Fysiologisk Institut).

Dele af uddannelsen kan finde sted ved relevante, klassificerede afdelinger i udlandet.

Der skal foreligge stillingsbeskrivelse og uddannelsesprogrammer for ekspertuddannelsen. Ved undervisning og konferencer med supervisor skal der ske en løbende evaluering af færdigheder og patientforløb, bl.a. på baggrund af klassificerede checklister.

### Den kliniske afdeling:

Afdelingen skal være en pædiatrisk lands-landsdelsafdeling, integreret i miljø med en medicinsk og kirurgisk endokrinologisk afdeling.

Afdelingen skal være forskningsaktiv inden for endokrinologi.

Afdelingen bør indeholde både et børneendokrinologisk ambulatorium og et elektivt børnediabetes ambulatorium med relevant stabsopbygning.

Hvis afdelingen alene indeholder et af disse ambulatorier, må flere afdelinger indgå i et klassificeret forpligtende uddannelses-forløb, en centerdannelse. Afdelingen (centret) skal have sengeafsnit til varetagelse af akutte medicinske-endokrinologiske behandlinger, og der skal være faciliteter til relevante diagnostiske tests.

Den ansvarlige overlæge, supervisor, skal have dokumenteret pædiatrisk endokrinologisk ekspertuddannelse og have været klinisk endokrinolog i mindst 5 år.

Afdeling og ambulatorium skal have en sådan størrelse, at den uddannelsessøgende vil se mindst 400-500 patientforløb i uddannelsesperioden.

Afdelingen, det uddannende center, ansøger og uddannelsesprogrammet til ekspertuddannelsen skal være vurderet og godkendt af Dansk Pædiatrisk Selskabs Endokrinologiudvalg.

#### Uddannelsens indhold:

Der skal sikres den uddannelsessøgende forståelse for de endokrine systemers normale fysiologi og patofysiologi.

Der skal sikres kendskab til antropometriske målemetoder.

Der skal sikres praktisk klinisk erfaring i diagnostik og behandling af en række endokrine lidelser:

- thyreoideasygdomme
- sygdomme i det neuro-endokrine system (hypothalamus, hypofyse)
- binyrelidelser
- diabetes mellitus incl. følgesygdomme  
ketotisk og non-ketotisk hypoglykæmi
- endokrine forstyrrelser i gonaderne
- klacium, fosfor og knoglesygdomme
- vækst- og pubertetsforstyrrelser
- blodtryks- og elektrolytforstyrrelser
- adipositas

Der skal sikres viden om endokrinologiske manifestationer ved maligne lidelser og følgetilstande.

Der skal sikres en omfattende og selvstændig planlægning af relevante tests (suppressionstests, stimulationstests, nukleare-, medicinske-, og radiologiske undersøgelser m.v.)

Der skal sikres viden om principper og praktik for hormonanalyser.

Der skal sikres viden om principper for cellulære og molekylærbiologiske teknikker.

Der skal sikres erfaring i genetisk vejledning ved endokrine sygdomme.

Der skal sikres viden om psykologiske-sociale aspekter af en række endokrinologiske lidelser.

Der skal sikres frihed med løndække til relevante endokrinologiske postgraduate kurser og relevante pædiatriske-endokrinologiske kongresser.

Det tilstræbes, at uddannelsen til ekspertområdet i pædiatrisk endokrinologi samordnes med de europæiske rekommandationer, herunder guidelines fra the European Society for Paediatric Endocrinology (ESPE).

Man vil arbejde for en specialisteksamen, hvis det bliver et krav i de øvrige lande.

#### Forskning:

Det er vigtigt, at den uddannelsessøgende deltager aktivt i videnskabelige projekter, selvstændigt fremlægger resultaterne også ved internationale kongresser og symposier samt publicerer i internationale tidsskrifter.

Uddannelsen kan være del af et Ph.D. studie.

## **GASTROENTEROLOGI**

### Forudsætning:

Speciallæge i pædiatri.

### Ansættelsesform:

1. reservelæge eller afdelingslæge. Fuldtidsfunktion i dagarbejdstiden i pædiatrisk gastroenterologi og ernæringsproblemer.

### Varighed:

Tre år efter speciallægeanerkendelse.

### Afdeling:

Børneafdeling med lands-landsdelsfunktion i pædiatrisk gastroenterologi. Et år af uddannelsen skal finde sted ved ansættelse ved relevant forskningslaboratorium eller voksen-gastroenterologisk specialeafdeling, eller ved ophold i udlandet inden for det pædiatrisk gastroenterologiske eller ernæringsmæssige område. Sidstnævnte del af uddannelsen kan evt. have fundet sted før speciallægeanerkendelsen. Den samlede længde skal dog stadig være tre år.

### Uddannelsesmål:

At sætte eksperten i stand til selvstændigt at forestå diagnostik og medicinsk behandling af gastroenterologiske sygdomme og kunne foretage samarbejde og relevant visitation til kirurgisk behandling.

### Arbejdsområde:

Området defineres som diagnostik og medicinsk behandling af symptomer og sygdomme i mave-tarmkanalen og tilstødende kirtler, d.v.s. lever og pankreas. Pædiatrisk gastroenterologi spænder fra almen-pædiatriske problemstillinger som akutte gastroenteritter og opgaver som kostvejledning til de højt specialiserede behandlinger af inflammatorisk tarmsygdom, korttarmsyndrom m.v. Typiske gastroenterologiske sygdomsgrupper er hos spæd- og småbørn: akutte og kroniske diaré-sygdomme, kongenitte misdannelser, gastro-øsofageal reflux, pylorusstenose, fødemiddelallergi, cøliaki, cystisk fibrose, obstipation, Mb. Hirschsprung og inflammatorisk tarmsygdom.

Den pædiatriske gastroenterolog må selvstændigt kunne foretage:

*Diagnostik:* Klinisk undersøgelse, tyndtarmsbiopsi, ano-rektoskopi med biopsitagning.

*Behandling:* Væsketerapi, diætvejledning, ernæringsterapi, medicinsk behandling af sygdomme i mave-tarmkanalen

Den pædiatriske gastroenterolog må have et grundigt kendskab til:

Endoskopi (øvre og nedre), 24 timers pH-måling,

ultralydsskanning, rtg. af oesofagus, ventrikel, tyndtarmspassage, colon, radioaktiv isotopskanning, motilitetsundersøgelser

*Undervisning:* Kunne have ansvaret for uddannelse af børnelæger i pædiatrisk gastroenterologiske sygdomme og ernæring. Bidrag til undervisning af studenter, almen medicinere, plejepersonale og diætister.

*Forskning:* Den pædiatriske gastroenterolog bør være involveret i forskning og udvikling inden for området eller relaterede områder som ernæring, mave-tarmfysiologi o.lign.

#### Uddannelsesafdelingen:

1) Afdelingen skal være placeret på et hospital, hvor der er adgang til avanceret diagnostik og behandling af gastroenterologiske sygdomme - d.v.s. røntgen, nuklearmedicin, kirurgi.

2) Det vil være en fordel, hvis afdelingen er placeret med tilknytning til en afdeling med funktion inden for børnekirurgi og/eller operativ behandling af inflammatorisk tarmsygdom.

3) Et tæt samarbejde med voksen gastroenterologisk og/eller hepatologisk afdeling vil være en fordel.

4) Afdelingen skal tilbyde den uddannelsessøgende mindst ét forsknings- og/eller udviklingsprojekt fra starten af ansættelsen.

5) Deltagelse i European Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition's kursus i pædiatrisk gastroenterologi eller lignende og mindst én kongresdeltagelse pr. år skal tilbydes den uddannelsessøgende. Organisering af kortere eller længere ophold på udenlandske specielle gastroenterologiske afdelinger vil være fordelagtigt.

## HÆMATOLOGI OG ONKOLOGI

### Ansættelse:

1. Ansøgeren skal være speciallæge i pædiatri på ansættelsestidspunktet.
2. Uddannelsen er tre-årig og omfatter mindst 24 måneders ansættelse som 1. reservelæge eller afdelingslæge på et pædiatrisk hæmatologisk/onkologisk center.
3. Mindst 6 måneders ansættelse skal finde sted på en afdeling, der varetager autolog knoglemarvstransplantation. Kan være inkluderet i pkt. 2 eller pkt. 4.
4. Op til 12 måneders ansættelse kan finde sted på en voksenonkologisk afdeling, som har uddannelsesstilling i onkologi eller på en hæmatologisk grenspecialiseret afdeling.
5. Op til 6 måneders ansættelse kan finde sted i forskerstilling inden for et hæmatologisk/onkologisk relevant område.
6. For den kliniske pædiatriske ansættelse (pkt. 2) skal dagarbejdstiden placeres inden for det hæmatologisk/onkologiske område. Stillingsbeskrivelsen skal indeholde en arbejdsplan, som godtgør, at dette krav er opfyldt. Arbejdet skal omfatte stuegang og ambulatorievirksomhed inden for det hæmatologisk/onkologiske område, så den ansatte får et bredt kendskab til alle relevante arbejdsgrupper. Ansættelsen skal sikre rutine i de relevante undersøgelses- og behandlingsmetoder (se nedenfor "færdigheder"). Stillingsbeskrivelsen skal indeholde et teoretisk og praktisk uddannelsesprogram for såvel den pædiatriske som den supplerende uddannelse.
7. Den ansatte skal superviseres af en overlæge med selvstændigt hovedansvarsområde i subspecialet.
8. Under ansættelsen skal den ansatte have mulighed for deltagelse i relevante kurser og kongresser, herunder mindst 1 SIOP årsmøde samt mindst 2 NOPHO årsmøder. Under ansættelsen skal sikres deltagelse i mindst 1 børneonkologisk videreuddannelseskursus på niveau med British Council's, EORTC's eller NOPHO's hæmatologisk/onkologiske kurser.
9. Under ansættelsen skal der være mulighed for deltagelse i afdelingens hæmatologisk/onkologiske undervisningsaktiviteter, og den ansatte skal opnå egen undervisningserfaring under ansættelsen.
10. Den ansatte samt indholdet i stillingen skal fortløbende evalueres af supervisor. Som minimum skal der gennemføres samtale ved ansættelsen, midtvejs og ved afslutning. Den afsluttende evaluering for såvel den ansatte som supervisor skal forelægges Dansk Pædiatrisk Selskabs uddannelsesudvalg.

### Forskning:

1. Under den kliniske ansættelse (pkt. 2) bør den uddannelsessøgende alene eller i samarbejde med andre gennemføre et videnskabeligt projekt af en kvalitet, der muliggør publikation i et lægefagligt tidsskrift. Under hensyn til den ansattes interesse bør dette projekt planlægges i samarbejde med supervisor i løbet af de

første 3 måneders ansættelse.

2. Den ansatte skal under ansættelsen gøres bekendt med de forskningsaktiviteter inder for det pædiatriske hæmatologiske område, der finder sted på den pågældende afdeling, inklusive de, hvor afdelingen indgår i fælles danske-, nordiske- eller internationale studier.
3. I forbindelse med ansættelsen på den pædiatriske afdeling skal den ansatte under supervision af den hæmatologisk/onkologiske overlæge have ansvaret for patientregistrering til mindst 1 internationalt projekt, afdelingen deltager i.

#### Færdigheder:

I løbet af den 3-årige ansættelse skal den ansatte opnå færdigheder inden for:

- A. *Udredning/behandling af:*  
De vigtigste maligne sygdomme i barnealderen, herunder kendskab til de protokoller, der anvendes i dansk, nordisk og internationalt sammenhæng.  
Hæmorrhagisk diatase inkl. hæmofili.  
Hæmolyse. Desferalbehandling.  
Anæmi - trombocytopeni - neutropeni.  
Tumorlyse-syndrom og hyperurikæmi.  
Infektioner hos Immunsupprimerede patienter, herunder Pneumocystis Carini infektioner og Clostridiuminfektioner.  
Ernæringsproblemer.  
Smertekomplikationer.
- B. *Cytostatika - KMT - vækstfaktorbehandling:*  
Kendskab til virkningsmekanismer, standarddoser, administrationsområde, retningslinjer for dosismodifikation, kontraindikationer, akutte bivirkninger og senfølger til de hyppigst anvendte cytostatika i den pædiatriske onkologi.  
Indikationer og retningslinjer for KMT (herunder AKMT).  
Indikationer og retningslinjer for behandling med vækstfaktorer.
- C. *Kunne Udføre:*  
Lumbalpunktur med indgift af cytostatika.  
Knoglemarvspunktur - aspirat - udstrygning, herunder udførelse af aspiration og transplantation i forbindelse med KMT.  
Udstrygning og tolkning af perifert blod med mistanke om hæmatologisk sygdom.
- D. *Tolkning af og kendskab til:*  
Den patologiske beskrivelse af de almindeligste solide tumorer og leukæmier.  
Cytogenetiske undersøgelsesresultater.  
Immunfænotyperesultater ved lymfom/akut leukæmi.  
PCR til molekylærgenetisk diagnostik.  
Prænatal diagnostik af koagulopatier, herunder specielt hæmofili.
- E. *Kendskab til:*  
Organisationen af den pædiatriske onkologi (Danmark, Norden, SIOP ect.).  
Registre i Norden for maligne sygdomme og hæmatologiske sygdomme hos børn.  
Statistik: Forståelse af hovedprincipperne for anvendelse af randomisering, Cox-analyse, Kaplan-Meyer funktioner, herunder betydningen af disease-free survival, event-free survival og kontinuerlig remission.

## **IMMUNOLOGI**

Endnu ikke færdigudarbejdet.

## **INFEKTIONSSYGDOMME**

Endnu ikke færdigudarbejdet.

## **KARDIOLOGI**

### Forudsætninger:

Fuldført speciallægeuddannelse i pædiatri.

### Ansættelsesform:

1. reservelægestilling med fuldtidsfunktion i børnekardiologi i dagarbejdstiden.

### Uddannelsesafdeling:

Børnekardiologisk afsnit/afdeling på hospital, hvor der udføres børnehjertekirurgi, og som selv forestår den diagnostiske udredning med henblik på hjertekirurgi.

### Varighed:

3 år, hvoraf indtil 1 år kan erstattes af anden kardiologisk uddannelse med børnekardiologisk indhold:

Børnekardiologisk funktion ved ikke-opererende hospital, men med fuldt udbygget diagnostik.

Kardiologisk afdeling ved hospital med hjertekirurgi for børn og voksne med medfødte hjertesygdomme.

### Uddannelsesmål:

At sætte børnekardiologen i stand til selvstændigt at forstå diagnostik af hjertesygdomme med henblik på hjertekirurgi og med henblik på ikke-kirurgisk behandling, samt at varetage sidstnævnte.

### Arbejdsområde:

Undersøgelse og ikke-kirurgisk behandling af børn med medfødte og erhvervede hjertesygdomme og funktionsforstyrrelser af hjerte og kredsløb, herunder hjertearytmier. Patientens alder spænder fra føtallivet til adolescensen.

### Samarbejdspartnere:

Børnekardiologi indebærer tæt samarbejde med hjertekirurger, pædiatere og kardiologer, samt med radiologer, obstetrikere, patologer m.fl. Samarbejde med psykosocialt team spiller også en stor rolle.

### Arbejdsmetoder:

Børnekardiologen må selvstændigt kunne beherske en række diagnostiske og behandlingsmæssige metoder:

*Diagnostik:* klinisk kardiologisk undersøgelse med hjertestetoskopi, elektrokardiografi, røntgenundersøgelse, ekkokardiografi med Doppler, fosterekkokardiografi, hjertekateterisation med angiokardiografi.



Endvidere skal børnekardiologen kunne benytte sig af arbejdstestning, Holter-monitorering, elektrofysiologiske undersøgelser, omend ikke nødvendigvis selv udføre dem, afhængigt af afdelingens muligheder og den aktuelle udvikling.

**Behandling:** Medicinsk behandling af forstyrrelser i hjertets og kredsløbets funktion, herunder hjereteinsufficiens og rytmeforstyrrelser.  
Elektroregulation (kardioversion, pacemakerbehandling, elektrofysiologisk behandling som radiofrekvensablation, som oftest i samarbejde med kardiologer).  
Kateterintervention: ballonseptostomi, ballondilatation af klapper og kar m.m. (nye teknikker udvikles raskt).

**Undervisning:** Børnekardiologer bør have ansvaret for uddannelsen af pædiatere i børns hjertesygdomme, samt bidrage til uddannelsen af medicinske studenter, andre læger som almenmedicinere og hjertekirurger, hvortil kommer plejepersonale.

**Forskning:** Børnekardiologer bør være involveret i og have mulighed for basal og klinisk forskning vedrørende børns hjertesygdomme.

#### Uddannelsesafdelingen:

Afdelingen/afsnittet/funktionsenheden skal være placeret på et hospital, der opererer patienter med hjertesygdomme i alle aldre fra nyfødthedsperioden til voksenalder. Afdelingen skal have såvel indlagte hjertepatienter som ambulatorievirksomhed. Afdelingen skal varetage/deltage i fuldt udbygget diagnostik med såvel non-invasive som invasive metoder med henblik på operation og andre behandlingsmetoder, ligesom der udføres fosterdiagnostik.

Arbejdet skal omfatte børn i alle aldre, inklusive intensivt behandlede nyfødte og postoperative patienter.

Der skal være regelmæssige konferencer inden for funktionen samt konferencer med hjertekirurger og andre samarbejdspartnere.

Afdelingen skal råde over tidssvarende ultralydsudstyr med alle Dopplerfaciliteter og have adgang til hjertekateterisationslaboratorium indrettet til undersøgelser af børn.

Afdelingen skal evt. i samarbejde med kardiologisk afdeling kunne udrede hjerterytmeforstyrrelser med Holter-monitorering, arbejds-EKG og elektrofysiologiske undersøgelser.

Under hensyn til forskellig organisation af børnekardiologien i centrene kan man tænke sig et uddannelsesprogram, hvor den uddannelsessøgende under ansættelse på pædiatrisk afdeling får den nødvendige uddannelse i de diagnostiske teknikker i tæt samarbejde med en kardiologisk afdeling med børnekardiologisk ekspertise.

## **KLINISK GENETIK**

### Uddannelsesformål:

At give den uddannelsessøgende et erfaringsgrundlag for selvstændig varetagelse af diagnoseudredning, behandling og rådgivning af børn og familier med genetiske sygdomme.

Personen skal efter endt uddannelse indgå i den pædiatriske stab som overlæge eller fastansat speciallæge på universitetsafdelinger og på større amtslige afdelinger.

### Uddannelsesform:

Uddannelsen består i et 3 års ophold på 1. reservelæge niveau ved en klinisk genetisk afdeling, hvoraf 2 år på en afdeling med supervision af en pædiatrisk-klinisk genetiker. For øjeblikket findes i Danmark 2 sådanne afdelinger: Kromosomlaboratoriet, John F. Kennedy Institutet og Klinisk Genetisk afsnit, Rigshospitalet. For at få den bredest mulige og bedste uddannelse tilrettelægges uddannelsen således, at 1 år tilbringes ved den ene afdeling og 2 år ved den anden afdeling.

Hertil kommer uddannelsen i laboratiormæssige og basale cellebiologiske teknikker i form af 12 måneders uddannelse inden for cytogenetisk metodik, molekylærgenetiske teknikker og metaboliske undersøgelser. Denne del af uddannelsen kan principielt foregå ved såvel de teoretiske institutter som diagnostiske laboratorier, som udfører disse analyser.

I løbet af dette år skal personen få indblik i disse teknikkers praktiske udførelse og teoretiske baggrund, således at man i sit kommende arbejde kan skabe en meningsfuld dialog mellem de klinisk genetiske laboratorier og patienten/familien. Der bør også lægges særlig vægt på prænatal diagnostik, idet det udgør et væsentligt arbejdsområde i rådgivningen.

Til uddannelsen bør høre nogle obligatoriske kurser, herunder kursus i basal genetik incl. segregations- og koblingsanalyse, kursus i informationsformidling og etik, når det drejer sig om genetiske oplysninger og desuden kursus i dysmorfologi og syndromdiagnostik samt kursus i behandling af genetiske sygdomme incl. kommende genterapi.

Udvalget støtter ideen om, at uddannelsesforløbet afsluttes med en specialisteksamen.

Efter endt uddannelse skal den pågældende person selvstændigt kunne varetage diagnoseudredning og/eller behandling af børn med genetiske sygdomme, undersøgelse og udredning af misdannelsessyndromer, vejledning om muligheder for prænatal diagnostik i familier med genetiske sygdomme, rådgivning incl. risikovurdering og beregning ved monogene og multifaktorielle sygdomme.

Personen skal selvstændigt kunne tilrettelægge behandlings- og opfølgingsforløb af patienter med sjældne handicap-syndromer, således at disse sikres et optimalt forløb i henhold til up-to-date viden.

## LUNGESYGDOMME

Den samlede uddannelse omfatter 36 mdr. i l. reservelæge funktion.

Mindst 24 mdr. heraf skal ske på pædiatrisk afdeling, der opfylder følgende krav:

### Afdelingskrav:

Afdelinger, hvor uddannelsen skal foregå, skal have et lungeambulatorium, der årligt udreder og behandler mindst 200 patienter med kronisk lungesygdом, heraf mindst 100 med andre kroniske lungesygdomme end astma.

### Uddannelseskrav:

Lægen skal opnå rutine i udførelsen og tolkning af

- lungefunktion hos småbørn
- spirometri
- kropspneumografi
- fiberbronkoskopi med bronko-alveolær lavage
- histamin/metacholin provokation
- anstrengelsesbelastning

Lægen skal opnå rutine i tolkningen af

- mikrobiologisk udredning af pneumoni
- ventilations-perfusions scintigrafi
- undersøgelse af diffusionskapacitet
- pulmonal CT-scanning
- ciliefunktion
- lungebiopsi

Lægen skal opnå indgående erfaring i udredningen af og behandlingsregimer for

- astma bronchiale
- interstitielle pneumonier
- cystisk fibrose
- anatomiske malformationer i relation til lunger og bronchier
- ciliedyskinesi
- pneumoni hos immunkompromiteret barn
- TB

Lægen skal opnå kendskab til

- kutan priktest
- hyposensibilisering
- fødemiddel provokation
- lægemiddel provokation
- miljødiagnostik

### Forskningsaktivitet:

Lægen skal dokumentere aktiv forskningsindsats ved som minimum at have publiceret 5 artikler inden for området i internationale tidsskrifter, heraf mindst 3 som første forfatter.

Lægen skal have gennemgået mindst 5 kurser inden for området.

Sideuddannelse: (Kan udgøre op til 12 mdr. af den samlede uddannelse)

Ansættelse af mindst 6 mdr. varighed på

- allergiambulatorium ved børneafdeling
- respirationsfysiologisk laboratorium
- voksenallergologisk afdeling
- lungemedicinsk afdeling
- immunologisk laboratorium
- udenlandsk afdeling efter nærmere vurdering

## **NEFRO-UROLOGI**

Ikke færdigudarbejdet.

## **NEONATOLOGI**

### Uddannelsesformål:

At sætte neonatologen i stand til at varetage/koordinere al behandling af nyfødte børn.

### Forudsætninger:

Fuldført speciallægeuddannelse i pædiatri.

### Ansættelsesform:

1. reservelægestilling med fuldtidsfunktion (> 90% af dagtiden) i neonatalafsnit.

### Varighed:

3 år, hvoraf 1 år kan erstattes med anden uddannelse af neonatologisk indhold - i Danmark eller i udlandet.

### Uddannelsesafdelingen:

Neonatalafsnit hvor alle slags "medicinske" nyfødte behandles, under vejledning af fastansat speciallæge med særlig erfaring i neonatologi. Hvis afsnittets patientmateriale ikke tillader, at der opnås erfaring med diagnostik og understøttende behandling af børn med kongenit hjertesygdom eller med kirurgisk sygdom, må dette ske supplerende.

### Arbejdsområde:

Arbejdet skal finde sted i et fast neonatologisk, obstetrisk og evt. anæstesiologisk team, men den uddannelsessøgende skal i perioden have selvstændigt ansvar for komplette patientforløb af alle typer, herunder få rutine i transport af meget syge nyfødte, i respiratorbehandling af nyfødte (herunder intubation, monitorering, behandling af komplikationer) og i ambulant efterkontrol.

### Forskning:

Der bør gennemføres selvstændig forskning på det neonatologiske område.

### Undervisning:

Der skal opnås rutine i undervisning i neonatologiske emner samt udarbejdelse og vedligeholdelse af instrukser.

## **NEUROLOGI**

### **Forudsætning:**

Afsluttet speciallægeuddannelse i pædiatri.

### **Ansættelsesform:**

Læger på 1. reservelægeniveau med funktion inden for børneneurologi i dagarbejdet.

### **Uddannelsesafdeling:**

Lands-landsdelsbørneafdeling med en eller flere neuropædiatriske overlæger, der i det ambulante arbejde udelukkende beskæftiger sig med neuroædiatri. Afdelingens ambulante funktion i forhold til neuropædiatriske patienter skal være samlet i et specialambulatorium, og afdelingen skal have en ambulans udadgående funktion i forhold til børn i specialinstitutioner.

### **Varighed:**

3 år, heraf mindst 24 måneder på lands-landsdelsafdeling suppleret med enten 12 måneder på neuromedicinsk afdeling eller 6 måneder på neuromedicinsk afdeling kombineret med 6 måneder på enten neurokirurgisk afdeling, neurofysiologisk afdeling, børnepsykiatrisk afdeling, Epilepsihospitalet Filadelfia eller relevant udenlandsophold.

### **Uddannelsesmål:**

At sætte børneneurologen i stand til at forestå diagnostik og behandling af børn med sygdomme i det centrale og perifere nervesystem.

### **Arbejdsområde:**

Diagnosticere og behandle (habiliter/rehabiliter) børn med sygdomme i det perifere og centrale nervesystem, herunder

- børn med generelle udviklings- og adfærdsforstyrrelser incl. oligofrene børn.
- børn med specifikke neurologiske lidelser.

Patienternes alder spænder fra føtallivet til adolescensen.

### **Samarbejdspartnere:**

Børneneurologen samarbejder tæt med

- mange organspecifikke lægelige specialer især neurofysiologi, neurokirurgi, ortopædkirurgi, øjenlæge, høreklub, genetiker, radiolog og børnepsykiater.
- handikapteam med fysio/ergoterapeut, børneneuropsykolog, socialrådgiver og talepædagog/specialpædagog.
- socialforvaltningen.
- undervisnings- og kulturforvaltning, PPR-kontor.

### Arbejdsmetoder:

Børneneurologen skal selvstændigt kunne diagnosticere og behandle børn med sygdomme i det centrale og perifere nervesystem.

### *Diagnostik:*

- Beherske børneneurologisk undersøgelse og udviklingsbedømmelse.
- Foretage relevante diagnostiske procedurer i forbindelse med akutte neurologiske sygdomme hos børn - herunder vurdering af øjenbaggrund, primær vurdering af EEG og primær vurdering af MR og CT.
- Planlægge videregående neurologisk udredningsprogram, herunder metabolisk, kromosomale og molekylærgenetiske undersøgelser.
- Stille indikation for og beherske vurdering af neurofysiologiske undersøgelser og nervemuskelbiopsi.
- Stille indikation for og beherske vurdering af psykologisk og neuropsykologisk undersøgelse.
- Stille indikation for fysio/ergoterapeut, talepædagog, specialpædagog og speciallærer samt vurdere deres indsats i forhold til barnet.

### *Behandling:*

- Medicinsk behandling af specifikke børneneurologiske lidelser.
- Koordinere det tværfaglige samarbejde omkring barnet med neurologisk sygdom og dets familie.
- Opfølgning af det enkelte barns medicinske og tværfaglige behandling, herunder forestå samarbejde i forbindelse med barnets rehabilitering.

### Forskning:

Varetagelse af selvstændige forskningsopgaver.

### Undervisning:

Forestå undervisning af læger, medicinske studenter, plejepersonale og andre relevante fagpersoner.

### Teoretisk Uddannelse:

Ekspertuddannelsen bør indeholde teoretiske kurser i neuropædiatri, dansk eller udenlandsk, varighed mindst 60 timer, heraf mindst et kursus i udlandet. Den uddannelsessøgende bør løbende superviseres bl.a. ved konsekvent deltagelse i afdelingens neuropædiatriske konferencer.



Dansk Pædiatrisk Selskab  
Ved formand ovl. Niels Chr. Christensen  
Børneafdelingen  
Sønderborg Sygehus  
6400 Sønderborg

*Kopie tilsendt.*

7. marts 1995  
KT/se

### Vedr. Sundhedsstyrelsens forespørgsel om MBD/DAMP

MBD/DAMP er en heterogen lidelse både ætiologisk og symptomatisk. Arvelig disposition, prænatal anlægsdefekt og peri/postnatal cerebral påvirkning kan hver for sig eller i kombination medføre DAMP. Hos ca. 30% kan der dog ikke påvises biologisk baggrund.

Børn med MBD/DAMP er ujævnt udviklede børn. Principielt er børnene normalt begavede, men ofte vil udviklingsforstyrrelsen gribe ind i intelligensudviklingen. Der er således diagnostisk glidende overgang til let mental retardering, let cerebral parese og velfungerende børn med Asperges syndrom.

Trods store, ofte individuelle forskelle er der 3 fællestræk i MBD/DAMP-børnenes vanskeligheder. Disse 3 funktionsvanskeligheder er forudsætningen for diagnosen.

#### 1. Let afledelighed.

DAMP-børn har svært ved at koncentrere sig og afledes let af uvedkommende ting. De er ofte overaktive på en hektisk og planløs måde, impulsstyrede. I skolen kan det medføre dårlig koncentration og urolig adfærd samt indlæringsproblemer og hyppige konflikter i forbindelse med omgivelserne.

#### 2. Perceptionsforstyrrelser.

Dette betyder vanskeligheder med at tolke syns-, hørelses- og kropssignaler. Disse vanskeligheder er ofte en alvorlig hindring for at lære at skrive tal og bogstaver og for at lære at regne. Hvis perceptionsforstyrrelserne omfatter enden til at opfatte og bearbejde sproglyde får børnene også sen sprogudvikling.

#### 3. Motorisk kontrol.

Samtlige børn med MBD/DAMP har problemer med motorikken i 6 års alderen. Problemerne aftager med alderen, og omkring puberteten har kun 30-40% afvigende motorik. Problemerne består i vanskeligheder med at styre egne bevægelser, dårlig balance og vanskeligheder ved at tolke signaler fra egen krop. Børnene fremtræder derfor for kluntede, klodsede og langsomme. I udtalte tilfælde kan det betyde problemer i mange hverdagsituationer, f.eks. ved spisning, påklædning, skrivning.

Børn med MBD/DAMP har formentlig altid eksisteret, men problemet er intensiveret igennem de sidste årtier grundet ændret samfundsstruktur med øget tempo og mere omskiftelig hverdag samt øgede krav om boglige færdigheder.





Fra svensk side er der ved Carina og Christoffer Gilberg foretaget store epidemiologiske og kliniske undersøgelser af børn med de beskrevne funktionsvanskeligheder. I Sverige regner man med, at 5-6% af førskolebørn har disse vanskeligheder, heraf ca. 1% i udtalt grad. Da Danmark kulturelt, sundhedsmæssigt og socialt ligner Sverige, må man formode, at forekomsten i Danmark stort set svarer til den svenske.

Carina og Christoffer Gilberg, der har fulgt en større gruppe børn med MDB/DAMP-problematik, har vist, at børnenes prognose ofte er dårlig, såfremt man ikke allerede fra skolestart iværksætter den relevante behandling, støtte og/eller vejledning. I modsat fald er der stor risiko for psykiatriske, psykologiske og svære sociale problemer i ungdommen og i voksenalderen.

I de lettere tilfælde af MBD/DAMP består behandlingen i oplysning og vejledning til forældre og pædagoger/lærere, evt. sammen med en psykologisk vurdering. Denne vejledning kan gives af enten skolelægen, den praktiserende læge eller skolepsykologen.

De svære MBD/DAMP-børn foreslås henvist til pædiatrisk eller børnepsykiatrisk afdeling afhængig af, om barnets tilstand væsentligst er præget af motoriske, sproglige og indlæringsmæssige problemer eller psykiatriske/psykologiske problemer.

En svær MBD/DAMP-problematik kan forveksles med andre børneneurologiske lidelser. Det foreslås derfor, at MDB/DAMP børn tilbydes klinisk børneneurologisk vurdering, funktionsorienteret neurologisk undersøgelse og psykologisk/neuropsykologisk undersøgelse. I specielle tilfælde kan der være behov for andre udredende undersøgelser.

Danske børneafdelinger har i øjeblikket ikke enslydende udrednings- og behandlingstilbud til børn med MBD/DAMP. På flere afdelinger er der imidlertid gennem det sidste år oprettet tværfaglige udrednings- og behandlingsteam. MBD/DAMP-problematikken er meget bred og kan derfor være vanskelig at samle i en afgrænset medicinsk diagnose. Dette har formentlig været medvirkende årsag til, at disse børn ikke bliver anerkendt som handicapgruppe i gammeldags forstand. En yderligere komplicerende faktor er undervisningssektorens manglende accept af gruppebetegnelse eller medicinsk afledte diagnoser. De accepterer, at børnene eksisterer, men ønsker at henholde sig til deres individuelle forskelligheder ved tilrettelæggelse af undervisning.

Kilde: European Child and Adolescent Psychiatry vol. 3, jan. 94,  
Children with Deficits in Attention, Motor Control and Perception. Almost  
Grown Up: The Contribution of Various Background Factors to Outcome at  
Age 16 Years.

Lars Høllgren, Christoffer Gilberg and Carina Gilberg.

På vegne af neurologiudvalget

Karen Taudorf

Formand

Overlæge

Børneafdelingen

Viborg Sygehus

Sønderborg, 13. februar 1996

Dansk Pædiatrisk Selskab skal hermed anbefale, at de kommunale børne-unge læger bliver speciallæger i pædiatri.

Dansk Pædiatrisk Selskab har haft lejlighed til at se sundhedsministerens forslag til lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge.

Vi finder, at det er et godt forslag, der kan styrke det forebyggende arbejde blandt børn og unge, og at oprettelsen af heltidsansatte børne-unge læger i kommunalt regi er en klar forbedring i forhold til den nuværende skoleordning.

Beskrivelsen af børne-unge lægers funktion viser, at de må have en grundig viden i bl.a. normale børns udvikling, kroniske sygdomme og handicap, pubertetsudvikling og infektionssygdomme. Vi finder derfor, at uddannelsen kræver så meget Pædiatrisk uddannelse, at det kun kan lade sig gøre gennem en egentlig Pædiatrisk speciallæge uddannelse.

Gennem de senere år har der på alle børneafdelinger været en tiltagende udadrettet aktivitet i forbindelse med bl.a. kronisk syge og handikappede børn. Møder med sagsbehandler, skolemyndigheder, sundhedsplejersker og andre omkring sådanne børn foregår jævnligt på alle børneafdelinger eller i kommuner med deltagelse fra børneafdelingerne. Et eksempel på, hvorledes dette samarbejde kan organiseres er distriktpædiatri.

Selv om afdelingerne således er veludrustede til at uddanne kommunale børne-unge læger, og vi finder, at den uddannelse, de får på afdelingerne, er nødvendig for deres funktion, er vi klar over, at der ved uddannelsen af disse læger i hele uddannelsesforløbet må lægges stor vægt på socialmedicinske aspekter, og at den pædiatriske uddannelse på nogen områder må suppleres.

Vi skal derfor ud over de almindelige krav til Pædiatrisk speciallægeuddannelse foreslå:

1. At uddannelsen til kommunal børne-unge læge rummer ½ års funktion i underordnet lægestilling i en kommunal forvaltning. Vi forestiller os her tidsbegrænsede stillinger ved de større byers social- og sundhedsforvaltning. Disse 6 måneder vil hensigtsmæssigt kunne lægges som de sidste 6 måneder af 1. reservelægeuddannelsen, hvor der er 6 måneders "fri" tid.
2. Den teoretiske uddannelse i den pædiatriske speciallægeuddannelse må udbygges på en række områder, bl.a. med tilbud i epidemiologi, administrativ medicin, Adolescens medicin og udviklingspsykiatri.

Desuden bør de almindelige valgfri kurser i den pædiatriske speciallægeuddannelse om adolescensmedicin og udviklingspsykologi udbygges.

En udbygning af uddannelse sv.t. paragraf 14 niveau vil kunne ske på forskellig vis og være nødvendig ved ansættelse i overordnede lægestillinger i forvaltninger. En sådan udbygning vil svare til forholdene inden for andre pædiatriske subspecialer og vil også

være nødvendig af hensyn til den undervisningsmæssige funktion.

Vi finder således, at den pædiatriske uddannelse udgør en nødvendig del af de kommunale børne-unge lægers uddannelse, og at den med de nævnte tilføjelser er en tilstrækkelig uddannelse. Når vi gerne - trods diverse praktiske vanskeligheder - ser uddannelsen i Pædiatrisk regi, skyldes det også, at vi finder, at den gruppe læger og uddannelse af dem vil tilføre pædiatrien en bredde, der er gavnlige for faget.

Såfremt denne uddannelse sættes i værk, vil der være behov for en forøgelse af antallet af pædiatriske uddannelsesstillinger.

Med venlig hilsen

N. Chr. Christensen,  
Formand, overlæge,  
Børneafdelingen,  
Sønderborg sygehus.