

ÅRBOG 1996-97

Redigeret af Jes Reinholdt



DANSK PÆDIATRISK SELSKAB

Årbogen for Dansk Pædiatrisk Selskab 1996-1997 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.

Der er desværre ikke fremsendt abstract fra alle foredragene.

Bestyrelsen

INDHOLDSFORTEGNELSE

MØDER OG REFERATER AF FOREDRAG	Side
664. møde, 4. oktober 1996 ULYKKER BLANDT BØRN OG UNGE	9
18. efteruddannelsesmøde, 5. oktober 1996 ULYKKER BLANDT BØRN OG UNGE	13
Fællesmøde i Dansk Pædiatrisk Selskab og Dansk Reumatologisk Selskab, 25. oktober 1996: JUVENIL KRONISK ARTRITIS	15
665. møde, 29. november 1996 SENFØLGER TIL CANCER OG CANCERTERAPI	20
666. møde, 17. januar 1997 PÆDIATRISK PULMONOLOGI	28
19. efteruddannelsesmøde, 18. januar 1997 PÆDIATRISK PULMONOLOGI	29
667. møde, 14. marts 1997 AKUT PÆDIATRI	30
20. efteruddannelsesmøde, 15. marts 1997 RATIONEL BEHANDLING AF NYFØDTE - TVÆRFAGLIGE ASPEKTER	31
668. møde, 2. maj 1997 FRIE FOREDRAG	36
21. efteruddannelsesmøde, 3. maj 1997 ETIK	41
669. møde, 5. september 1997 DE STAKKELS DRENGE. Overlæge Gideon Zlotnik, Børnepsykiatrisk afdeling, KAS Glostrup.	
ORDINÆR GENERALFORSAMLING	

BERETNINGER	Side
Formandsberetning 1996-97	43
Astma og Allergologi-udvalget	49
Ernærings- og gastroenterologi-udvalget	51
Hæmatologi- og onkologi-udvalget	54
Infektions-udvalget	55
Neonatologi-udvalget	56
Neuropædiatri-udvalget	57
Screening og klinisk genetik-udvalg	58
Uddannelses-udvalget	59
Ungdomsmedicin-udvalget	61
Beretning fra Specialistnævnets tilforordnede i pædiatri	61
Endokrinologiudvalg	62
Nefro-urologiudvalg	62
Diagnoseudvalget	62
Socialpædiatrisk udvalg	63
CESP	64
Bestyrelsens svar til Sundhedsstyrelsen vedrørende Pædiatriens Lægefaglige Basis	69

REFERATER	Side
Generalforsamling i DPS 5. september 1997	80
Regnskab for perioden 16.6.96 – 16.6.97	85
Professor T. Iversens rejsefond	86
Legater til professor T. Iversens rejsefond	86
Nye medlemmer i DPS	87
DPS's bestyrelse pr. 5. september 1997	88
DPS's udvalg	89
Kommissorier for udvalg	92
Vedtægter for DPS	98
Vedtægter for professor Torben Iversens rejsefond	102
Sengepladser og stillinger samt aktivitet ved danske børneafdelinger	103

Mødeemne:

Ulykker hos børn og unge. Profylakse og behandling. Mødeleder: Merete Jørgensen, Børneafdelingen, KAS Gentofte. I samarbejde med Dansk Selskab for Ulykkes- og Skadesforebyggelse.

1. Ulykker blandt børn og unge.

a. Ulykker blandt børn og unge. Specielt mhp. Ehlass registret.
Overlæge Niels Dieter Röck, Ortopædkirurgisk afd. Esbjerg Centralsygehus.

b. Dødelige ulykker blandt børn og unge.
Inger Merete Jørgensen. Børneafdelingen. KAS Gentofte.

2. Hjemme-og fritidsulykker.

a. Fremmedlegeme aspirationer. Omfang, behandling og senfølger.
Hanne Nørgård, Frans Waldorf, Inger Merete Jørgensen. Børneafdelingen. KAS Gentofte.

b. Børnedrukninger i Danmark 1989-93.
Embedslæge Jens Steensberg. Frederiksborg amt.

c. Nærdrukninger hos børn. Specielt med henblik på behandling.
I reservelæge Peter Lindholm, Anæstesiaafdelingen. KAS Glostrup.

3. Idrætsulykker.

a. Den organiserede idræt og ikke-organiserede idræt.
I reservelæge Søren Kålund. Ortopædkirurgisk afdeling. Ålborg Sygehus Syd.

DØDELIGE ULYKKER BLANDT BØRN OG UNGE.

Inger Merete Jørgensen. Børneafdelingen. KAS Gentofte.

Ulykkestilfælde er den hyppigste døds måde blandt børn over 1 år i Danmark. På globalt plan er skader som følge af ulykker den femte hyppigste døds måde. Ulykkesmønsteret varierer fra land til land, pga. forskelle i befolkningssammensætning, geografi, socioøkonomiske og kulturelle forhold.

Resultater fra 4 forskellige epidemiologiske undersøgelser præsenteres.

Formål: at beskrive omfanget af børnedødsulykker i Danmark og identificere risici og risikogrupper for letale børneulykker i Danmark.

Metode og materiale: Der anvendtes 2 forskellige studiedesign, dels et dynamisk populationsstudie og et såkaldt 'nested case-referent study'.

For perioden 1976-85 inkluderedes 1202 dødsfald som følge af skader blandt børn i alderen 0-14 år i Danmark i undersøgelsen. Dødsattester, obduktionserklæringer, lægelige oplysninger samt registeroplysninger fra CPR-registret og fra Socialforskningsinstituttets omnibus-undersøgelser var datakilderne. Generelle befolkningsoplysninger fra Danmarks Statistik anvendtes i de dynamiske populationsundersøgelser, og referencepopulationen var således den danske børnepopulation i den pågældende årrække.

Der anvendtes årsagsspecifikke mortalitetsrater, kumulative mortalitetsrater og -proportioner, bivariat, stratificeret og multivariat (poisson og logistisk regressions) analyse og direkte aldersstandardisering.

Resultater og diskussion: På basis af de dynamiske populationsstudier kunne det sammenfattende konkluderes, at:

Risikoen for at dø som følge af en ulykke inden det femtende leveår var 2.14 promille for drenge og 1.25 promille for piger i Danmark.

Dødeligheden som følge af ulykker faldt i undersøgelsesperioden. Det var blandt drengene faldet i dødeligheden observeredes. Forskellen i dødeligheden mellem kønnene var aftagende.

For de enkelte ulykkestyper faldt dødeligheden reelt kun for knallert-MC, fodgænger- og drukneulykker.

De mest betydende prædiktorer for børnedødsulykker var køn, alder og bopæl. Dødeligheden var størst i de fem første leveår, blandt drengene og blandt børn med bopæl på landet. Sandsynligvis på grund af større eksposition for risici i dagligdagen.

Ulykkestyperne indgik med forskellig vægt afhængig af aldersklasse og køn. Vejledning af forældrene skal derfor være ulykkestypespecifik og aldersrelevant og specielt koncentreret om de ulykkestyper der optræder i første leveår.

58% af dødsfaldene skyldtes trafikulykker. De hyppigste ulykkestyper var fodgængerulykker, cyklistulykker, passagerulykker og drukneulykker. Det profylaktiske arbejde omkring fodgænger- og cyklistulykker i landområderne bør opprioriteres.

Samtidig objekt- og ulykkesstedregistrering var velegnet til afdække ulykkestyper, eksempelvis landbrugsrelaterede ulykker, der kan være vanskelige at identificere ud fra gældende registrering.

Forskellen i dødeligheden mellem amterne varierede med en faktor 3. Dødeligheden var lavest i Københavns Amt og højest i Storstrøms, Sønderjyllands og Vestsjællands Amter. Inddeling af amter i "højrisiko- eller lavrisikoamter inden for ulykkestyper kan afsløre eventuelle kausale faktorer. SRR overvågning er velegnet til at afsløre amter amter med speciel høj dødelighed, men det profylaktiske arbejde må tage udgangspunkt i lokale forhold.

Af case-referent studiet (risikoanalyse mhp. familiære forhold) kunne det konkluderes, at der var en øget risiko, for at dø som følge af en ulykke, for børn fra store familier. Denne risiko var speciel høj, hvis der var 3 eller flere hjemmeboende søskende. Dødsulykkesrisikoen var desuden høj for drenge, børn af landmænd og børn af unge mødre. Familietype var ikke den afgørende faktor. Mulige forklaringer kan være manglende supervision eller supervision af ældre søskende der ikke kan reagere hensigtsmæssigt i en risikosituation eller udviser manglende erkendelse af potentielle risici.

Af undersøgelserne kan det sammenfattende konkluderes, at det profylaktiske arbejde må rettes mod både de fysiske omgivelser og visse risikogrupper i befolkningen.

FREMMELEGE ASPIRATIONER; OMFANG, BEHANDLING OG SENFØLGER

Hanne Nørgaard, Inger Merete Jørgensen, Jens Erik Nielsen. Børneafdelingen, KAS Gentofte.

Formål: Estimere hyppighed og trend af fremmedlegeme aspirationer til luftvejene i en fastlagt børnepopulation. Desuden 1) beskrive omstændighederne ved disse og 2) vurdere diagnostiske og behandlingsmæssige tiltag i forhold til event. komplikationer.

Metode og materiale: Alle journaler på patienter yngre end 16 år, indlagt på pædiatrisk/otologisk afdeling i perioden 1985-93 og registreret under diagnoserne corpus alienum trachea, corpus alienum bronchii eller corpus alienum pulmonis blev indsamlet. Demografiske baggrundsvariable og effektvariable m.h.p. diagnose, behandling og komplikationer registreredes.

Resultater: 109 patienter var udskrevet under en af ovenstående diagnoser. I 77 tilfælde var der tale om fejlkodning, idet der var kodet efter henvisningsdiagnosen, og mistanken umiddelbart ved indlæggelsen havde kunnet afkræftes. De resterende 32 patienter fik foretaget bronchoscopi med fund af fremmedlegeme i 23 tilfælde. Aldersspredningen var mellem 9 og 55 mdr. 74% af børnene var yngre end 2 år. Hyppigheden af fremmedlegeme aspirationer var konstant i undersøgelsesperioden. 91% af fremmedlegemerne var af organisk materiale. De hyppigste fund var peanuttødder og gulerodsstykker. Hoste var det hyppigste symptom hos både patienter med og uden diagnosticeret fremmedlegeme. Stridor var tilstede ved 56% af de patienter, hvor et fremmedlegeme diagnosticeredes, hvorimod ingen af de patienter, hvor der ikke fandtes fremmedlegeme ved bronchoscopi havde stridor. Det var ikke muligt at identificere en række entydige symptomer/ objektive variable, der kunne anvendes til at afgøre, hvorvidt et fremmedlegeme var tilstede i luftvejene.

12 ud af 23 fremmedlegemer var lokaliseret i, eller centralt for hovedbronchus. Jo mere perifert beliggende, jo større risiko for infiltrative forandringer påvist ved røntgen af thorax. Hverken røntgen af thorax eller gennemlysning m.h.p. mediastinalflagen kunne be- eller afkræfte tilstedeværelse af fremmedlegeme i luftvejene, og dermed ændre indikationerne for bronchoscopi.

Den korrekte diagnose blev i 70% af tilfældene stillet inden for de første 24 timer efter fremmedlegeme aspirationen. Forsinkelse medførte 1) større risiko for udvikling af infiltrat og 2) en længere periode inden røntgen af thorax normaliseredes efter fjernelse af fremmedlegemer fra luftvejene. Der registreredes ingen tilfælde af pulmonale langtidskomplikationer efter fremmedlegeme aspiration.

Konklusion: Ved mistanke om aspiration af fremmedlegeme bør man bronchoscopere m.h.p. endelig diagnose. Ingen andre diagnostiske tiltag kan alene afklare diagnosen. Hurtig diagnostik resulterer i færre akutte komplikationer. Peanuttødder bør ikke tilbydes børn yngre end 3 år.

BØRNEDRUKNINGER I DANMARK 1989-1993

Steensberg J. (Embedslægeinstitutionen for Frederiksborg Amt)

Ved en retrospektiv gennemgang af samtlige dødsfald ved drukning (og nedkøling i vand) i Danmark i perioden 1989-1993 fandtes blandt de ialt 349 omkomne 46 børn i alderen 0-14 år. 3/4 af børnene var drenge. 16 var i alderen 0-2 år, 16 fra 3-5 år og 14 fra 6-14 år.

En tredjedel af børnene omkom efter at være faldet i private bassiner. 7 af disse 15 ulykker skete i uindhegnede fiske- eller havebassiner ofte med meget lav vandstand, og alle disse omkomne var fra 1-1 1/2 år gamle. 4 børn druknede i indhegnede svømmebassiner eller andedamme, men hvor f.eks. en låge stod åben eller det alligevel lykkedes barnet at forcere hegnet.

3 børn druknede i badekar: ét ca. 1 årigt barn, mens den voksne et øjeblik var fraværende; ét 11 årigt spatisk barn på en institution, hvor opsyn kortvarigt manglede; og ét 13 årigt barn uden erkendt sygdom, der badede selv og fandtes druknet.

5 børn druknede ved badning fra strand, hvoraf ét var 4 år gammelt og resten i alderen 10-14 år.

Lykkeligvis drukner der nu færre børn i Danmark end for få årtier siden. I sidste del af 1960erne omkom årlig 30-40 børn på denne måde, mens der i begyndelsen af 1990erne kun var tale om ca. 10 tilfælde årlig.

Blandt de 46 omkomne børn blev der kun registreret 3 tilfælde af eksisterende sygdom, som kunne have haft betydning for ulykkens indtræden (kun 4 blev dog obduceret), og ingen af dem led af epilepsi.

På baggrund af undersøgelsen påpegedes i foredraget en række forhold af betydning for forebyggelse af drukning hos børn.

En rapport over den samlede undersøgelse af drukninger i perioden 1989-1993 vil blive publiceret af Sundhedsstyrelsen i løbet af 1998.

Selskabets 18. efteruddannelsesmøde 5. oktober 1996.

Mødeemne:

Ulykker hos børn og unge. Profylakse og behandling. Mødeleder: Merete Jørgensen, Børneafdelingen, KAS Gentofte. I samarbejde med Dansk Selskab for Ulykkes- og Skadesforebyggelse.

Trafik ulykker.

Trafikulykker blandt børn og unge. En oversigt.

1 reservelæge Torben Bæk Hansen. Ortopædkirurgisk afd. Holstebro Central sygehus.

Børns ulykkeserfaring. I relation til forebyggelsesstrategier.

Læge Connie Thurø Hansen, Institut for Almen Medicin. Odense Universitet.

Kranietraumer blandt børn og unge.

Forebyggelse af kranietraumer blandt børn og unge.

1 reservelæge Torben Bæk Hansen. Ortopædkirurgisk afdeling. Holstebro Central sygehus.

Forekomst af traumatisk hjerneskade blandt børn i Danmark, 1979-93.

1 reservelæge Åse Engberg.

Behovet for genoptræning og rehabilitering efter kranietraumer ved børn.

Peter Uldall. Epilepsihospitalet i Dianalund

Skadesepidemiologi.

Epidemiologiske metoder, herunder skadesepidemiologi.

Torben Bæk Hansen, Inger Merete Jørgensen.

Forgiftnings- og ætsningsulykker.

Indikationer for indlæggelse og endoskopi ved børns utilsigtede indtagelse af ætsmidler. Henrik Christensen. Børneafdelingen. Odense Universitetshospital.

Komplikationer ved børns utilsigtede indtagelse af ætsmidler.

Overlæge Mark Krasnik. Thorax-kirurgisk afdeling. KAS Gentofte.

BEHOV FOR GENOPTRÆNING OG REHABILITERING AF HJERNESKADEDE BØRN

**Peter Uldall
Epilepsihospitalet
4293 Dianalund**

Patientgruppen består overvejende af børn med erhvervet hjerneskade på baggrund af trafikulykker, men også efter f.eks. hjernetumorer og meningitis. Børnene vil oftest være multihandicappede med både cerebral parese og kognitive forstyrrelser. Erfaringerne fra Sverige viser, at omkring 60% kan komme tilbage til tidligere skoleform, men dog ofte med ekstra støtte. Der er usikkerhed om commotio cerebri giver blivende skade, men der er nok enkelte, der får en sådan. Det understreges, at det ofte er en myte, at barnet har en plastisk hjerne, som gør, at flertallet af børnene har en god prognose. Tværtimod viser det sig, at outcome faktisk er dårligere blandt yngre end ældre, trods sammenlignelig CT-scanning. Endvidere er det væsentligt at være opmærksom på, at adfærdsproblemer, som ofte opstår senere, evt. flere år efter hjerneskaden, bliver afgørende for børnenes prognose. Det nuværende forløb efter en hjerneskade med indlæggelse på neurokirurgisk afdeling, børneafd., medicinsk afd. gennemgås. Fra en retrospektiv opgørelse konkluderes, at den neuropsykologiske vurdering, talepædagogiske genoptræning, kognitive genoptræning fungerer utilfredsstillende i Danmark i dag. To eksempler på patientforløb med en svært hjerneskadet dreng og en moderat hjerneskadet dreng gennemgås. Begge patienter var indlagt h.h.v. et halvt og et helt år på Epilepsihospitalet i Dianalund til genoptræning. Erfaringen er, at det drejer sig om massivt ressourcekrævende tværfaglig og tålmodig indsats. Sundhedsstyrelsens udvalg vedr. tilrettelæggelse af behandlingen af traumatiske hjerneskader konkluderer, at der er behov for oprettelse af specialiserede neuro-rehabiliteringscentre til rehabilitering af 350 nye tilfælde pr. år (omkring 25 børn pr. år i Danmark). Det reelle behov er angivet til omkring 100 børn om året i Danmark, om alle disse behøver specialiseret behandling på et eller to centre i Danmark, er dog uafklaret.

VIDENSKABELIGT MØDE I
DANSK PÆDIATRISK SELSKAB OG DANSK REUMATOLOGISK SELSKAB:

JUVENIL KRONISK ARTRITIS

Fredag d. 25. oktober 1996, kl. 16.00-18.30.
Rigshospitalet, aud. II.

Mødeleder: Klaus Müller

CONTROLLED STUDIES OF SLOW ACTING ANTIRHEUMATIC DRUGS IN
CHILDREN WITH JUVENILE CHRONIC ARTHRITIS (JCA).
(45 minutes incl. disc.)

Daniel Lovell, MD, MPH, Associate Professor, Division of Rheumatology, Children's Hospital Medical Center, Cincinnati.

The treatment of JCA has changed significantly within the last 10 years due to changes in the view towards outcome of JCA and the results of controlled studies of slow acting antirheumatic drugs (SARDs) in patients with JCA. Standard SARDs are seldom used and have been replaced by methotrexate (MTX). This presentation will review these pivotal studies and overview the cumulative experience with MTX in patients with JCA, including early evidence of MTX induced changes in the natural history of JCA. The current state of combination therapy and newer agents (such as intravenous gammaglobulin, cyclosporin and monoclonal antibodies) will also be reviewed. The potential impact of the evolving Pediatric Rheumatology International Trials Organisation (PRINTO) in performing practice based efficiency trials (as opposed by efficacy trials) will also be introduced.

LONGTERM TREATMENT WITH METHOTREXATE IN CHILDREN WITH
JUVENILE CHRONIC ARTHRITIS (JCA).
(15 minutes incl. disc.)

T. Herlin, Ulla Niklassen, Susanne M. Nielsen, Carsten Heuck. Dept. of Pediatrics, Aarhus University Hospital, Aarhus Denmark.

Methotrexate (MTX), a folic acid antagonist, has been used for more than a decade for the treatment of rheumatoid arthritis in patients with persistent active disease. Also in JCA MTX in a dosage of 10 mg/m²/week has proven its efficacy in a double-blind placebo-controlled six month trial. From June 89 to June 95 we treated 37 children (12 boys, 25 girls) with oral methotrexate for more than 6 months. Age range at onset was 9 months to 12yrs 4mo, mean 4yrs 4mo. Onset type of articular disease: 12 polyarticular, 11 systemic of which 8 had a polyarticular course, 14 pauciarticular of which 12 had a polyarticular course. 34 of the children had been treated with other second-line drugs before methotrexate was started. The drug was relatively well tolerated and none of the patients discontinued therapy due to side effects. 8 patients stopped methotrexate because of lack of efficacy, 5 of these had systemic onset disease. Four of the patients stopped treatment after long term remission.

METHOTREXATE IN THE TREATMENT OF JUVENILE CHRONIC ARTHRITIS:
EFFECTS ON GROWTH.

(15 minutes incl. disc.)

B. Hamid, F. Karup Pedersen, S. Nielsen, J. Müller. The University Clinic of Paediatrics II and Clinic of Reproduction and Growth, Juliane Marie Center, Rigshospitalet, Copenhagen.

Height and weight were measured regularly every 6 to 12 weeks in 34 children receiving long term treatment with methotrexate (MTX). In those children in whom MTX treatment was associated with control of clinical disease activity growth was normal for age during the observation period. In children who did not obtain appropriate control of disease activity and in children who had to receive corticosteroids growth was less than normal for age during the observation period.

A SCANDINAVIAN PLACEBO CONTROLLED MULTICENTRE STUDY OF
AURONOFIN AND HYDROXYCHLOROQUINE IN JUVENILE CHRONIC
ARTHRITIS (JCA).

(15 min. incl. disc.)

F. Karup Pedersen, The University Clinic of Paediatrics II, Juliane Marie Center, Rigshospitalet, Copenhagen.

A comparison of the effect of auronofin, hydroxychloroquine and placebo in JCA performed as a Scandinavian multicentre trial with the support of Smith, Kline and French showed that there was no difference between the three treatments in the patients own experience of disease activity, physicians global assessment, joint score and ESR. Patients treated with hydroxychloroquine, however, had less joints with pain on movement.

INFLAMMATORY CYTOKINES AND CYTOKINE ANTAGONISTS IN JUVENILE
CHRONIC ARTHRITIS (JCA).

(25 minutes incl. disc.)

K. Müller, M.B. Hansen, M. Zak, S. Nielsen, F.K. Pedersen, K. Bendtzen, P. Woo. Paediatric Department GGK and Institute for Inflammation Research, Rigshospitalet and Great Ormond Street Hospital for Sick Children, London.

Cytokines are peptides that regulate the growth, activation and differentiation of cells. Through effects both locally and systemically cytokines modulate the immunoinflammatory response. The "inflammatory cytokines", interleukin (IL) -1, IL-6 and tumour necrosis factor alpha (TNF alpha), promote inflammation through activation of various cells,

including lymphocytes, granulocytes, fibroblasts and endothelial cells. Another set of molecules, "cytokine antagonists", downregulates inflammation, fx. by inhibiting the production of inflammatory cytokines or by interfering with the binding of these cytokines to their receptors. The outcome of the immunoinflammatory response is thought to depend upon the balance between the production of inflammatory cytokines and cytokine antagonists. Disturbance of this balance may play a role in the pathogenesis of chronic arthritis, and redressing the balance may prove to be an effective therapeutic strategy.

Previously, serum levels of inflammatory cytokines in JCA have been found elevated, correlating with disease activity. We therefore studied the role of cytokine antagonists in the three main subtypes of JCA. The levels of various cytokine antagonists were measured in serum, in joint fluid and in cultures of peripheral blood mononuclear cells. The levels of some of these antagonists, including IL-1 receptor antagonist, cytokine autoantibodies and soluble cytokine-receptors were found at elevated levels, whereas IL-10 production was significantly reduced in patients with systemic onset JCA. IL-10 is a potent inhibitor of antigen presentation by macrophages/monocytes and downregulates the release of inflammatory cytokines, thereby also indirectly interfering with lymphocyte activation. It is therefore conceivable that reduced production of IL-10 may play a pathogenetic role in systemic onset JCA.

MAST CELLS AND JUVENILE CHRONIC ARTHRITIS (JCA). (20 minutes incl. disc.)

T. Engberg Damsgaard og T. Herlin.

There is substantial evidence that mast cells play an important role in mediating and maintaining inflammation in the arthritic joint. Mast cells have been demonstrated in synovial fluid from patients with adult as well as juvenile arthropathies. We examined synovial fluid from forty-five patients suffering from JCA. The synovial fluids were obtained by arthrocentesis and separated into supernatant and cell pellet by centrifugation. The cell pellet was washed twice and the cells were counted in a hemocytometer after staining with toluidine blue. The mast cells constituted approx. 1% of the cells in the synovial fluids with a median of 15.000 mast cells/ml synovial fluid. There was a negative correlation between the duration of disease and the number of mast cells/ml synovial fluid, indicating an increased number of mast cells in the early stages of the disease. Mast cell numbers in JCA synovial fluids were significantly higher as compared with mast cell numbers in adult arthropathies. Subdividing the children with JCA into type of onset yielded no significant variation in the number of mast cells/ml synovial fluid. Moreover, the release of histamine from the synovial fluid mast cells was measured. These mast cells exhibited a high spontaneous secretion of histamine, indicating an *in vivo* activation of these cells as is seen with other cell types in the synovial fluid. Furthermore, we examined the histamine releasing activity of the synovial fluid supernatants by incubating mast cells from a mast cell line (RBL-2H3) with the cell free synovial fluids. The supernatants were able to induce a significant release of histamine from these mast cells, indicating the presence of a factor or factors in the synovial fluid with histamine releasing activity. Thus, these studies provided further evidence for the participation of the mast cell in the inflammatory joint diseases in children.

Mødeemne:

Sensfølger til cancer og cancerterapi. Mødeleder Jørn Müller, Afdeling GR, Rigshospitalet.

1. **Late effects to cancer in childhood seen from the perspective of the pediatric oncologist.**
Kjeld Schmiegelow
2. **Long term follow-up of survivors of childhood cancer: The Memorial Sloan-Kettering Experience.**
Charles Sklar, The Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York
3. **The effects of GH therapy on cardiac function in patients exposed to anthracyclines.**
Charles Sklar, The Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York
4. **ECHO Cardiography before and after treatment with adriamycin.** N.L.T. Carlsen, M. Hejl, H. Oxhøj. Dept of Pediatrics Odense
5. **Prolonged intrathecal chemotherapy replacing cranial irradiation in high-risk ALL. Long-term follow-up with cerebral CT-scans and endocrinological studies.**
Henrik Hasle, Jon Helgestad, Johnny K. Christensen, Bendt Brock Jacobsen, Jens Kamper, Dept of Pediatrics and Radiology, Odense University Hospital
6. **Osteoporosis, osteonecrosis and osteochondrosis during and after treatment for acute leukemia.** Liselotte Bjerregård, Steen Rosthøj. Dept of Pediatrics, Aalborg.
7. **Growth, weight and endocrinological status 10 - 21 years after treatment for acute lymphoblastic leukemia in childhood.** NH Birkebæk, V Touvinen, S Fisker, S Sindet-Pedersen, N Clausen. Dept of Pediatrics, Dept of Oral and Maxillofacial Surgery, and Dept of Endocrinology and Diabetes, Århus University Hospitals.
8. **Dental abnormalities in patients treated for childhood ALL with chemotherapy and cranial radiation or chemotherapy only.** V Touvinen, NH Birkebæk, S Sindet-Pedersen, N Clausen. Dept of Oral and Maxillofacial Surgery, and Dept of Pediatrics, Århus University Hospitals.
9. **Risk Factors for development of restrictive pulmonary disease after childhood ALL.**
Karsten Nysom, Kirsten Holm, Birger Hesse, Henrik Hertz. Pediatric Clinic II and Dept of Growth and Reproduction, Rigshospitalet.
10. **Growth and growth hormone after treatment for ALL.** Kirsten Holm, Karsten Nysom, NE Skakkebæk, Henrik Hertz, Jørn Müller. Dept of Growth and Reproduction and Pediatric Clinic II, Rigshospitalet.
11. **Risk of subsequent malignant neoplasms among 1641 Hodgkin's disease patients diagnosed in childhood and adolescence.** Jørgen Olsen, Risto Sankila og Henrik Hertz, The Cancer Registry, Copenhagen, The Cancer Registry, Finland, and Pediatric Clinic II, Rigshospitalet.

LATE EFFECTS TO CANCER IN CHILDHOOD - SEEN FROM THE PERSPECTIVE OF THE PEDIATRIC ONCOLOGIST

K. Schmiegelow (Pædiatrisk Klinik II, Juliane Marie Centret, Rigshospitalet)

Engelsk foredrag - dansk resumé.

Det stigende omfang af senfølger hos børn og unge helbredt for cancer i barnealderen afspejler den forbedrede helbredelsesrate, og senfølger forventes at blive et af den pædiatriske onkologiske hovedtemaer i de kommende årtier. Hvert år diagnosticeres ca. 150 nye tilfælde af cancer hos børn under 15 år. Den kumulerede risiko for at udvikle cancer inden det fyldte 15. år er således 1:500. Med de aktuelle helbredelsesrater vil 1:650 unge voksne have haft cancer i barnealderen. Dette vil f.eks. i år 2000 svare til ca. 200 - 300 senfølgepatienter per amt i Østdanmark. 50% af disse forventes at have en eller flere senfølger af varierende sværhedsgrad. De seneste års forskningsresultater har peget på, at 1) prisen for helbredelse for visse patienter kan være for høj, 2) at al anticancerbehandling medfører en risiko for senfølger samt 3) at visse subgrupper har en excessivt øget risiko for senfølger. Senfølger omfatter vækstforstyrrelser, herunder asymmetrisk vækst (ses især efter strålebehandling), organ dysfunktion (kardiomyopati, lungefibrose, nyreinsufficiens, psykomotorisk retardering), nedsat fertilitet eller øget abortrisiko og dårlig social integration (nedsat selvværdsfølelse, nedsat uddannelseskapacitet (f.eks. på grund af CNS-skader) og diskrimination). Langtidsopfølgning af børn og unge behandlet for cancer i barnealderen er en opgave, der bør løses i et tæt samarbejde mellem de pædiatriske onkologiske centre, de amtslige pædiatriske afdelinger og internmedicinske afdelinger og den primære sundhedssektor. Opfølgningen har til formål at identificere risikopatienter med henblik på specifik monitorering af særlige sequelae (f.eks. kardiomyopati efter antracyclinbehandling), at rådgive patienter vedrørende livsstil, reproduktionsforhold, erhvervsvalg, forsikringsforhold og lignende, samt afklare den kumulative risiko for væsentlige sequelae indenfor de enkelte behandlingsgrupper med henblik på at reducere behandlingsintensiteten for patientgrupper med god prognose og særlig høj risiko for senfølger (e.g. 95% af kvinder med Hodgkin bliver helbredt, men af de, der har fået mediastinal bestråling, vil 25% udvikle mammacancer i løbet af 30 år).

ECHOCARDIOGRAPHY BEFORE AND AFTER TREATMENT WITH ANTRACYCLINES.

N.L.T. Carlsen, M. Hejl, H. Oxhøj. (Dept. Paediatrics, Odense University Hospital.)

Even censored for relapse of disease, survivors of childhood cancers have a significantly increased risk of early death. Among risk factors for early death and significant morbidity is treatment with antracyclines. We are investigating the incidence of antracycline induced cardiomyopathia in a cohort of children with acute lymphoblastic leukaemia treated at Odense University Hospital 1987-1996. From ultimo 1986 all patients who had received or were going to receive anthracyclines according to protocols were monitored by routine echocardiography. Left ventricular wall thickness, left ventricular cavity dimensions and left ventricular ejection fraction were measured according to ASE recommendations. Our data on echocardiography are preliminary. However, out of about 100 patients with ALL admitted to our department 1986-1996, none have developed abnormal echocardiograms following standard treatment no matter which risk group they belong to. The protocols included the NOPHO and the german BFM protocols. Thus, no ALL patient in first continuous remission have developed signs of abnormal cardiac function with follow-up of 9 years or more in our experience. However, our patients have not been monitored by echocardiograms performed with regular intervals during follow-up. We are now looking for a possible trend towards a general deterioration over time of the parameters used to evaluate cardiac function following antracycline treatment. Therefore, we are analyzing the data on the cohort of ALL patients diagnosed 1987 or later, who all have had an echocardiogram performed before initiation of treatment. Also, we would like to estimate the risk of cardiac dysfunction in relapsing patients, even if the increased risk of cardiomyopathia with increasing doses of anthracyclines is well described.

PROLONGED INTRATHECAL CHEMOTHERAPY REPLACING CRANIAL IRRADIATION IN HIGH-RISK ALL. LONG-TERM FOLLOW-UP WITH CEREBRAL CT SCANS AND ENDOCRINOLOGICAL STUDIES.

Henrik Hasle¹, Jon Helgestad¹, Johnny K. Christensen², Bendt Brock Jacobsen¹, and Jens Kamper¹ (Department of Pediatrics¹ and Radiology², Odense University Hospital, 5000 Odense C, Denmark).

Following the introduction of effective systemic chemotherapy for childhood acute lymphoblastic leukemia (ALL) in the early 1960s the central nervous system (CNS) became the most frequent site of initial relapse. The combination of intrathecal methotrexate and cranial irradiation reduced the risk of CNS relapse to 5 - 10 %. It was recognized that the CNS directed therapy, especially in younger children, is associated with a considerable burden of long-term side effects such as structural abnormalities, intellectual and neuroendocrine dysfunction, as well as secondary gliomas.

We present the long-term outcome of 21 consecutive children diagnosed 1986-1991 with high-risk ALL. Prolonged intrathecal chemotherapy was given instead of the recommended cranial irradiation. Intrathecal triple therapy (methotrexate, hydrocortisone, and cytarabine) was administered every second month throughout the maintenance phase. The average number of courses of intrathecal methotrexate was 8.7 and of triple 9.0. Four cases of isolated bone marrow relapse occurred. No primary CNS relapses occurred. One child with relapse after 49 months obtained second CR, but had a CNS relapse 2½ years later. The 5-year event-free survival was 81 %.

CT scans were performed at diagnosis, at cessation of therapy, and three years off therapy. No density abnormalities, pathologic contrast enhancement, ventricular dilatation, or calcifications were found. One child showed cortical atrophy both at diagnosis and at cessation of therapy. There was a slight decrease in height SDS with time but no change in weight SDS. No abnormalities of growth hormone, thyroid, adrenal, or gonadal function were observed.

The study indicates that extended intrathecal chemotherapy in children with high-risk ALL may provide an effective protection from CNS relapses and is associated with a low risk of long-term side effects.

HØJDE, VÆGT OG ENDOKRINOLOGISKE FORHOLD INDTIL 10-21 ÅR EFTER
BEHANDLING FOR AKUT LYMFATISK LEUKÆMI I BARNEALDEREN.
NH Birkebæk 1, V Touvinen 2, S Fisker 3, S Sindet-Pedersen 2,
N Clausen 1. 1. Pædiatrisk afdeling, Skejby. 2. Tand- og kæbeki-
rurgisk afdeling, Århus Kommunehospital. 3. Medicinsk endokri-
nologisk afdeling Århus Kommunehospital.

FORMÅL: 1. At undersøge ændringer i højde standard deviations score (HSDS) og legemsmasse index standard deviations score (BMISDS) fra diagnosetidspunktet og indtil 10-21 år (median 14,8 år) efter diagnosen hos patienter, der i barnealderen er behandlet for akut lymfatisk leukæmi (ALL). 2. At undersøge de endokrine akser 10-21 år efter behandling for ALL i barnealderen, samt vurdere om der er nogen sammenhæng mellem endokrine mangler og ændringer i HSDS og BMISDS.

PATIENTER OG METODE: Vi undersøgte 30 patienter (15 kvinder og 15 mænd), der var behandlet for ALL i barnealderen i perioden 1973-84. Nitten patienter behandledes med kemoterapi og bestråling af hjernen med 24 Gy (C+I), mens 11 patienter kun behandlede med kemoterapi (C). HSDS og BMISDS beregnedes fra højde- og vægtdate på diagnosetidspunktet, efter endt behandling og på opfølgningstidspunktet 10-21 år (median 14,8 år) efter diagnosen idet der anvendes alders- og kønsmatched normalmaterialer for højde og BMI. Væksthormon (GH) akse vurderedes med klonidinstimulationstest og insulin tolerance test samt IGF-1, BP-1, BP-3 og GHBP. Tre patienter fra C+I gruppen og en fra C gruppen ønskede ikke at medvirke til GH stimulationsteste. Hypofyse-binyrebarkaksen vurderedes ved hjælp af en synachtentest. Gonade-aksen og hypofyse-thyreoideaaksen vurderedes ud fra blodprøver (FSH, LH, østradiol/testosteron, T-4, T-3, TSH).

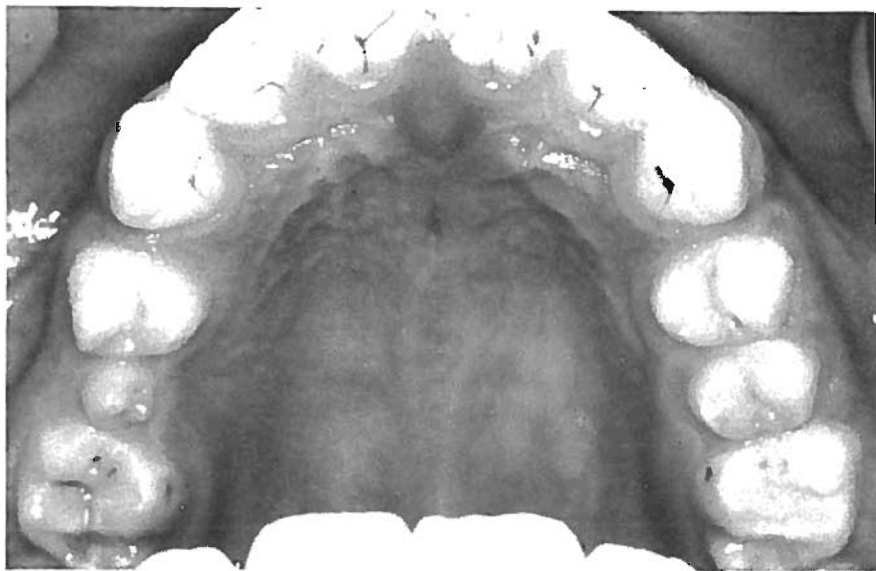
RESULTATER: I såvel C+I som i C behandlingsgruppen reduceredes HSDS signifikant under behandlingen. I C+I gruppen faldt HSDS yderligere frem til opfølgningstidspunktet, mens HSDS i C gruppen steg til samme niveau, som før behandling. I såvel C+I som C gruppen steg BMISDS konstant og signifikant fra diagnosetidspunktet og frem til opfølgningstidspunktet. Elleve patienter (heraf 9 fra C+I gruppen og 2 fra C gruppen) havde GH mangel defineret ved peak GH under 5 ng/ml ved to GH stimulationsteste. IGF-1 fandtes signifikant lavere og GHBP signifikant højere i gruppen af patienter med GH mangel. To patienter fra C+I gruppen var hypogonadotrope. Hypofyse-binyrebarkaksen og thyreoideaaksen var normale hos alle. Middel HSDS i gruppen med GH mangel var signifikant lavere end i gruppen med normal GH akse. Såvel i gruppen med GH mangel som i gruppen med normal GH akse fandtes en signifikant stigende BMISDS fra diagnose- til opfølgningstidspunktet.

KONKLUSION: Kemoterapi giver anledning til faldende HSDS og stigende BMISDS i behandlingsperioden. Kun kemoterapi suppleret med bestråling af hjernen giver anledning til fortsat fald i HSDS efter endt behandling. Begge terapiformer medfører tiltagende fedme hos en stor del af de behandlede også efter endt behandling. Hjernebestrålede patienter har stor risiko for at få GH mangel (i vor population 60%), mens udfald i de øvrige hormonakser er sjælden. GH mangel er en medvirkende årsag til reduceret sluthøjde HSDS, mens GH mangel ikke synes at være en selvstændig risikofaktor for den konstant stigende BMISDS hos patienter, der i barndommen er behandlet for ALL med C+I eller C.

DENTAL ABNORMALITIES IN PATIENTS TREATED FOR CHILDHOOD ALL WITH CHEMOTHERAPY AND CRANIAL IRRADIATION OR CHEMOTHERAPY ONLY
Veikko Tuovinen (Afd. for tand -, mund- og kæbekirurgi, Århus Kommunehospital, Århus),
Niles Birkebæk, Niels Clausen (Børneafdelingen, Skejby Sygehus, Århus), Steen Sindet-Pedersen (Afd. for tand-, mund og kæbekirurgi, Århus Kommunehospital, Århus)

Acute lymphoblastic leukaemia (ALL) is a most common malignant disease in childhood. During the last decades the treatment modalities have improved and subsequently the number of survivors has increased. We examined 31 ALL survivors. (15 females and 16 males). in whom the disease had been diagnosed more than 10 years previously. to investigate if treatment had caused any adverse effects on dental development. Thirty-one age-matched persons. (16 females and 15 males) were used as controls. Plaster casts were obtained from the patients in the study- and control group and the greatest mesio-distal tooth dimensions of first and second premolars and second molars was measured. Whereafter the dimensions were compared to those of the control group. There was a statistically significant difference in tooth size between ALL patients and the healthy controls. Age of treatment for ALL seems to be the most important factor which affects dental development.

Fig. 1. Microdontia of second upper right premolar.



RISIKOFAKTORER FOR UDVIKLING AF RESTRIKTIV LUNGESYGDOM EFTER AKUT LYMFOBLASTÆR LEUKÆMI I BARNEALDEREN.

Karsten Nysom, Kirsten Holm, Birger Hesse, Henrik Hertz (Pædiatrisk klinik II, Rigshospitalet)

De fleste tidligere studier af lungefunktionen efter ALL i barnealderen er baseret på ganske få patienter. Det eneste større studium var baseret på 70 personer behandlet for AML eller ALL i barnealderen, som blev undersøgt mediant 4 år efter afsluttet behandling (Jenney *et al.* 1995). I dette studie var lungeinfektioner, cyklophosphamid og kraniospinal bestråling risikofaktorer for nedsatte lungevolumina ved opfølgning, mens lungeinfektioner, doxorubicin, kraniospinal bestråling og knoglemarvstransplantation var risikofaktorer for nedsat transfer factor.

Deltagerne blev udvalgt fra en populationsbaseret østdansk kohorte af overlevende efter ALL i barnealderen, identificeret via Cancerregisteret. Alle var i første remission og behandlet uden knoglemarvstransplantation. Af 125 mulige deltagere gennemførte 97 (78 %) standard lungefunktionsundersøgelse. Tre patienter behandlet med carmustin eller mediastinal bestråling eller behandlet for et sekundært malignt neoplasme blev ekskluderet. Data fra 94 patienter blev analyseret. Lungefunktionsdata blev omregnet til standardiserede residualer: (observeret værdi - forventet værdi) divideret med residual standard deviation. Standardiserede residualer under -1,64 eller over +1,64 blev betragtet som abnorme. Forventede værdier blev beregnet fra publicerede referenceværdier som var justeret på basis af 348 raske 13- til 23-årige fra en lokal befolkningsundersøgelse (Nysom *et al.* in press).

Alderen på de 94 deltagere (49 mandlige) var mediant 4 år (spændvidde 0-15) ved diagnose, 7 år (3-20) ved afsluttet behandling og 16 år (5-34) ved opfølgning. De blev fulgt 11 år (3 til 23) efter diagnosticering og 8 år (1-18) efter afsluttet behandling. Seksogfyre patienter blev behandlet efter intermediær- eller høj-risiko-protokoller fra 1980erne, de resterende blev behandlet efter mindre intensive protokoller

Deltagernes lugesymptomer var få og uafhængige af lungefunktionsmålene. Lungevolumina (forceret vitalkapacitet, total lunge kapacitet og forceret ekspiratorisk volumen efter 1 sekund) og transfer faktor var i gennemsnit signifikant lavere end forventet (gennemsnitlig standardiseret residual henholdsvis -0,4, -0,2, -0,2 og -0,5). Dette er foreneligt med let restriktiv lungesygd, hvilket bekræftes af at 19 af 94 flow-volumen-kurver havde restriktive træk. Der var ingen tegn på obstruktiv lungesygd: Kun 2 flow-volumen-kurver havde obstruktive træk og ratioen mellem forceret ekspiratorisk volumen efter 1 sekund og forceret vitalkapacitet var gennemsnitligt som forventet.

Ni af ti deltagere med abnormt lav total lungekapacitet var behandlet efter intermediær- eller høj-risiko-protokoller fra 1980erne, og i multiple regressionsmodeller var restriktive lungeforandringer (lavere total lungekapacitet) signifikant relateret til ung alder ved diagnose og til enten behandling efter intermediær- eller høj-risiko-protokoller eller højere dosering af ét af tre stoffer brugt i disse protokoller (doxorubicin, cyklofosamid, cytosin arabinosid). Tobaksrygning og lavere total lungekapacitet var signifikant relateret til lavere transfer faktor

Vi konkluderer at mange deltagere havde subklinisk restriktiv lungefunktionsnedsættelse mediant 8 år efter afsluttet behandling for ALL i barnealderen. Yngre alder ved diagnose er en risikofaktor for lavere lungefunktion ved opfølgning. Ligeledes er enten behandling efter intermediær- eller høj-risiko-protokoller eller højere dosering af doxorubicin, cyklofosamid eller cytosin arabinosid en risikofaktor for lavere lungefunktion.

Referencer:

Jenney MEM *et al.* 1995, Med Pediatr Oncol 24 222-30
Nysom K *et al.* Eur Respir J (i trykken).

VÆKST OG VÆKSTHORMONSEKRETION EFTER BEHANDLING FOR AKUT LYMFØBLASTÆR LEUKÆMI I BARNDOMMEN.

K.Holm¹, K.Nysom², H.Hertz², N.E.Skakkebæk¹, J.Müller¹. Afdelingen for Vækst og ^{Reproduktion} Pædiatrisk klinik ¹ Galan Marie Centeret, Rigshospitalet.

Indenfor de sidste 20 år har man opnået en markant stigning i langtidsoverlevelsen efter kræftbehandling af børn. Den forbedrede overlevelse har imidlertid også synliggjort af sygdommen og behandlingen kan resultere i endokrinologiske og ikke-endokrinologiske senfølger, der undertiden optræder flere år efter, at behandlingen er ophørt.

Fra 1992 - 1995 gennemførte vi en omfattende efterundersøgelse af personer, der er blevet behandlet for leukæmi og lymfom i barndommen, og data vedrørende vækst og væksthormonsekretion efter behandling for akut lymfoblastær leukæmi (ALL) præsenteres her.

Patientpopulationen bestod af personer < 15 år bosiddende i Øst Danmark, der i perioden 1970-1992 fik konstateret ALL. Et hundrede fem og tredive ptt (80 % af de potentielle deltagere) gennemførte undersøgelsesprogrammet. Medianalderen var på diagnositidspunktet 4,3 år, ved behandlingsophør 7,9 år og ved follow-up 16,7 år. Studiet blev gennemført mediant 10,9 år efter diagnosen og 7,8 år efter behandlingsophør.

Deltagerne blev inddelt i 4 grupper afhængigt af den behandling de havde modtaget.

Gruppe 1: 58 ptt i 1. remission behandlet med kemoterapi alene; **gruppe 2:** 41 ptt i 1. remission behandlet med kemoterapi og strålebehandling; **gruppe 3:** 11 ptt behandlet for relaps (10) og sekundær malignitet (1) og **gruppe 4:** 25 ptt behandlet med allogen knoglemarvstransplantation (KMT) og helkropsbestråling. Den mediane behandlingsvarighed var henholdsvis 3,1, 2,2, 5,9 og 2,5 år i de 4 grupper.

Vækst I alle 4 grupper påvistes nedsat vækst i behandlingsperioden, og kun i gruppe 1 blev væksthæmningen afløst af catch-up, der resulterede i normal sluthøjde. I de grupper hvor der indgik bestråling som led i behandlingen (2 og 4) blev der påvist en sluthøjde, der var mindre end forventet ud fra genetisk potentiale og højde ved diagnosen. I gruppe 3 fandtes ligeledes en reduceret sluthøjde, men fundet var ikke signifikant. Data fra gruppe 3 må dog tolkes med en vis forsigtighed, idet der var meget få deltagere i denne gruppe. Ændringer i højde SDS var fra diagnositidspunktet til sluthøjden i gruppe 1: 0,13 SD; gruppe 2: - 0,47 SD, i gruppe 3: - 0,68 SD og i gruppe 4: -1.19 SD.

Væksthormonsekretion Væksthormonproduktionen blev undersøgt ved Arginin stimulationstests. I de 4 grupper blev der konstateret nedsat væksthormonsekretion i henholdsvis 3 %, 38 %, 46 % og 32 %. Den nedsatte væksthormon produktion i gruppe 2 - 4, stemte godt overens med den reducerede sluthøjde, der fandtes i disse grupper.

Sammenfattende fandtes betydelig påvirkning af væksten og væksthormonproduktionen hos deltagerne 8 år efter afsluttet behandling for ALL. Det understreges at senfølger til cancerbehandling kan manifestere sig adskillige år efter afsluttet behandling, hvorfor det er vigtigt at kontrollere ptt efter afsluttet onkologisk behandling.

Det konkluderes endvidere, at vi endnu ikke kender den vækstmæssige konsekvens af den intensivning af kemoterapibehandlingen, der finder sted i disse år.

Selskabets 666. videnskabelige møde og 19. efteruddannelsesmøde 17. - 18. Januar 1997

Mødeemne:

Pædiatrisk pulmonologi. Mødeleder Hans Bisgaard, Børneafdelingen, Rigshospitalet og Oluf Schiøtz, Børneafdelingen, Århus Universitetssygehus.

Videnskabeligt møde

Cystisk Fibrose

1 Differentieret behandling af en multiorgan sygdom. Christian Koch, CF-centret, Rigshospitalet.

2 Overlevelse hos CF patienter. Birgitte Frederiksen, CF- centret, Rigshospitalet.

3 Genotype vs fænotype ved CF. Tanja Pressler, Børneafdelingen, Rigshospitalet.

4 Fremtidsperspektiver for behandling af CF. Oluf Schiøtz, Børneafdelingen, Århus Universitetssygehus.

Andre kroniske lungelidelser

5 Fibroserende alveolit-en oversigt. Christian Koch, CF-centret, Rigshospitalet.

6 Cyklosporinbehandling ved fibroserende alveolit. Kim G Nielsen, Børneafdelingen, Rigshospitalet.

7 Primær ciliatedyskinesi: Udvikling i lungefunktion. Annie Ellermann, Børneafdelingen, Centralsygehuset Holbæk.

8 Cancerterapi: Pulmonologiske senfølger. Kirsten Holm, Børneafdelingen, Rigshospitalet.

9 Præmaturitet: Pulmonologiske senfølger. Mette Arrøe, Neonatalklinikken, Rigshospitalet.

10 Invasiv diagnostik: Lungelavage og lungebiopsi. Hans Bisgaard, Børneafdelingen, Rigshospitalet.

Efteruddannelsesmøde.

Pneumoni.

1 Behandling af RS virus. Kim Kristensen, Børneafdelingen, Rigshospitalet.

2 Chlamydia pneumoni. Diagnostik og forekomst. Stense Fahrholdt, Børneafdelingen, Rigshospitalet.

3 TB pneumoni hos børn i DK. Koch Jensen, Infektionsmedicinsk afdeling, Rigshospitalet.

4 Pneumonibehandling i et U-landsperspektiv. Freddy Karup, Børneafdelingen, Rigshospitalet.

Asthma

5 Betydning af tidlig intervention for udvikling i lungefunktion. Lone Agertoft, Børneafdelingen, Kolding Sygehus.

6 Diagnostik af asthma hos småbørn v. h. a. lungefunktionsundersøgelse. Bent Klug, Børneafdelingen, Rigshospitalet.

7 Udvikling i lungefunktion hos børn med asthma. Charlotte Ulrich, Medicinsk afd B, Rigshospitalet.

8 Betydning af støvmidesanering for asthmasygdommen. Arne Høst, Børneafdelingen, Odense Universitets sygehus.

9 NO i ekspirationsluft til vurdering af inflammation i luftvejene. Keld Alving, Karolinska Institutet, Stockholm.

Selskabets 667. videnskabelige møde og 20. efteruddannelsesmøde.

Mødeemne:

Videnskabeligt møde: Akut Pædiatri. Mødeleder Kaare Lundstrøm, Børneafdelingen Rigshospitalet.
Efteruddannelsesmøde i samarbejde med Dansk Anæstesiologisk Selskab og DSOG: Rationel
behandling af nyfødte - tværfaglige aspekter.

Akut Pædiatri

1 Akut gastroenteritis: Anders Pærregaard, Børneafdelingen, Hvidovre Hospital.

2 Akut cardiologi: Joes Ramsøe Jacobsen, Børneafdelingen Rigshospitalet.

3 Barnet med vanskelig adgang til infusion/medicinindgift: Kaare Lundstrøm, Børneafdelingen Rigshospitalet.

4 Laktatmåling, hvad er det kliniske behov. Gorm Greisen, Neonatalklinikken, Rigshospitalet.

5 Akut Børnekirurgi: Jørgen Thorup, Børnekirurgisk Klinik, Rigshospitalet.

6 Akut Hæmatologi: Henrik Carstensen, Børneafdeling GGK, Rigshospitalet.

Efteruddannelsesmøde i samarbejde med Dansk Anæstesiologisk Selskab og DSOG: Rationel behandling af nyfødte - tværfaglige aspekter.

Velkomst

Overlæge Ulla Bang, Anæstesiologisk afd., Skejby Sygehus.

Prænatal diagnostik og visitation

Overlæge dr med Niels Uldbjerg, Obstetrisk afd., Skejby Sygehus.

Intrauterin vækstretardering. Doppler undersøgelse.

Jim Thornton, UK.

Amnioninfusion.

Professor dr med Niels Jørgen Secher, Obstetrisk afd., Skejby Sygehus.

Oxygenbehandling af nyfødte.

Afdelingslæge Kaare Lundstrøm, Børneafdelingen, Rigshospitalet

Asfyksi. Retningslinjer for behandling.

Overlæge dr med Gorm Greisen, Neonatalklinikken, Rigshospitalet.

(Retningslinjerne følger på de følgende sider)

Transport af nyfødte.

Overlæge Per Thorgaard, Anæstesiologisk afd., Aalborg Sygehus.

ECMO. Indikationer, resultater, fremtidig organisation.

Overlæge dr med Ole Pryds, Pædiatrisk afd., Skejby Sygehus.

Afdelingslæge Mette Arrøe, Neonatalklinikken, Rigshospitalet.

Organisation af en børneintensiv afdeling.

Søren Walther-Larsen, Anæstesiologisk afd., Rigshospitalet.

Diskussion og konklusion

Overlæge dr med Ole Pryds, Pædiatrisk afd., Skejby Sygehus.

Abstracts fra efteruddannelsesmødet er udgivet som særtryk, kopi kan rekvireres hos

Jes Reinholdt
Videnskabelig sekretær
Børneafdelingen
KAS Glostrup
2600 Glostrup.

Behandling af asfyksi ved fødslen

Ved mistanke om intrauterin asfyksi eller sygdom, samt ved for tidlig eller vanskelig fødsel bør der være en læge tilstede specielt til at tage sig af barnet.

Forberedelse ved Risikofødsler

Læs moderens journal. Konferer med obstetrikeren. Hvilke problemer kan ventes? Hvad skal der gøres? Intubation kan hurtigt blive nødvendig, hvem kan gøre det? Kald evt assistance før fødslen. Genoplivning af et svært asfyktisk barn kræver 2-3 personer. Helst skal opgaverne fordeles før barnet fødes.

Apgar score

Start stopuret, når barnet er født til navlen. Registrer Apgar score ved 1 og 5 min. Husk Apgar score ved 10, 15 og 20 min ved sværere asfyksi mhp senprognosen.

Apgarscore er summen af pointene 0 til 2 af 5 punkter. Hjerteraktion og farve vedrører kredsløbet, de øvrige angiver den neurologiske tilstand.

	0	1	2
Hjerteraktion	0	<100	≥ 100
Respiration	0	svag/gisp	Kraftig/regelmæssig
Muskeltonus	slap	nedsat	Spontane bevægelser
Reaktion på sug	0	grimasse	hoste/nys
Farve på trunkus	hvid	blå	lyserød

Opgaver

1. Kontroller sug og katetre, maske og ballon og forsyning af ilt. Hvis der er mulighed for at blande ilt og luft skal man være opmærksom på at mange børn der behøver CPAP eller ventilation hurtigt bliver lyserøde og kan reduceres i ilt, ofte helt til atmosfærisk luft. Sørg for varmelampe og varme svøb. Der skal være udstyr til intubation og i.v. behandling på fødestuen.
2. Når hovedet fødes suges forsigtigt fra næse og mund (cave sugning dybt i svælget, der er risiko for udløsning af vagal bradykardi, apnø eller larynxspasme. De allerfleste, selv meget for tidligt fødte, har velbevarede svælgreflekser og aspirerer ikke.
3. Når barnet er født, lejres det i sideleje i niveau med uterus. Medmindre der er tydelig asfyksi (Apgar score 0 til 3), ventes 30-60 sekunder med afnavling. Der er god tid til at aftørre og observere. Hvis barnet nu har skreget og har god tonus (Apgar score 8

til 10) kan det lægges op til sin mor i sideleje, gerne hud-mod-hud, med varme bleer over.

4. Hvis barnet ikke har skreget, er slapt, meget lille, eller der er andre problemer, tages det til genoplivningsbordet, barnet bæres med hovedet lavt og ansigt til siden eller nedad for at holde frie luftveje.
5. Ellers fortsættes observationen 5-10 min. Let på bleerne for at vurdere farve, tonus og for at stetoskopere, score Apgar og eventuelt gennemføre den rutinemæssige undersøgelse af det nyfødte barn.

Asfyksi

Definition

Hypoksi og hyperkapni og deraf følgende acidose, og arteriel hypotension. Ses intrauterint pga dårligt placentakredsløb. Tegn på intrauterin asfyksi er dårlig hjertelyd, patologisk kardiokotografikurve, grønt fostervand, lav skalp-pH og lav navlearterie pH (normalt over 7.20).

Utilstrækkeligt pulmonalt luftskifte efter fødslen vil bidrage med neonatal asfyksi. Primær apnø er refleksudløst og godartet, den afsluttes efter et par minutter med en serie dybe gisp. Hvis disse ikke giver luftskifte, følger sekundær (terminal) apnø pga anoksi af hjernestammen.

Behandling

Let til moderat asfyksi

Apgar score 4-7 ved 1 min. (typisk puls knapt 100/min., enkelte inspirationer, nogen tonus):

1. 100 % ilt på åben maske.
2. Sugning af næse og mund.
3. Aftørring, gnub og knips under fodsålerne.
4. Forsigtig sugning i svælget (cave vagusrefleks), Sug ikke i ventriklen, før barnets tilstand er stabil.
5. Evt. maske CPAP.

Mange børn vil reagere med enkelte inspirationer og gradvist få bedre farve og hjerteaktion (de har været i primær apnø). Hvis der på trods af ovenstående fortsat er apnø, dårligere farver eller faldende puls:

6. Sugning fra ventriklen. Lad sugekatetret blive liggende åbent.
7. Ventilation på maske (med god kraft, man skal kunne se at thorax hæver sig).

Som regel er enkelte ventilationer nok til at ekspandere thorax og via lungereflekser starte respirationen. Reducer iltprocenten, hvis det er muligt, når barnet bliver lyserødt.

Svær asfyksi

Apgar 0-3 ved 1 min. (typisk puls ca 60/min, barnet slapt, blegt, reaktionsløst = sekundær apnø). Hvis obstetrikeren mener, der kan have været hjertelyd indtil 10 min. før fødslen, er genoplivningsforsøg berettiget:

1. Sugning kort og effektivt i næse, svælg og ventrikel.
2. Ventilation (evt. primær intubation)

Hos langt de fleste asfyktiske børn retter kredsløbet sig ved ventilation alene. Ved tvivl om thorax bevæger sig sufficient skal der intuberes. Hvis pulsen alligevel er < 100 /min trods sufficient ventilation:

- a. Hjertemassage (brug to tommelfingre midt over sternum).
- b. Drop i perifer vene eller navlevenkateter.
- c. NaHCO_3 1 mmol/ml, op til 3 ml/kg blandet med glukose 10% indgivet over 5 min.
- d. Ved asystoli eller ekstrem bradycardi: adrenalin 0.05 mg eller atropin 0.05 mg i.v. (adrenalin evt i tuben; atropin i tungeroden). Kan gentages flere gange.

Ved mistanke om føtal blødning (evt. føto-maternel) eller hypovolæmi:

Albumin 5% og/eller ORh neg blod 15 ml/kg; skal ofte gentages.

Den videre behandling af asfyksi

Ved Apgar 8-10 ved 5 min. kan barnet som regel blive hos sin mor. Klinisk kontrol efter ca. 1 time evt. med kapillær syre-base-status og blod glukose 2 og 6 timer efter fødslen. Meget lav navlesnors-pH (< 7.00) eller meget lav base excess (< -15) må skærpe opmærksomheden, men er ikke i sig selv grund til indlæggelse. Ved Apgar score under 8 ved 5 min. må barnet som regel overflyttes til børneafdeling mhp monitorering. Gispende respiration og muskelhypotoni ved 15 min. tyder på svær hjernestammehypoksi og stor risiko for kramper og hjerneskade.

Indstilling af behandling

Hvis der forsat ikke er spontan hjerteaktion efter 10 minutters genoplivning er det normalt berettiget at indstille behandlingen. Barnet må betegnes som dødfødt. Hvis der efter 30 min. er hjerteaktion men ingen gisp, respiration eller andre spontane bevægelser er det normalt berettiget at indstille behandlingen pga risiko for død eller alvorlige, varige mén.

Specielle situationer

Mekonium aspiration

Mekonium er sejt, lungeirriterende og inaktiverer surfaktant. Aspiration kan forårsage svær lungesygdom især hos postmature børn. Derfor, ved tykt, klumpet, grønt fostervand:

1. Ved behov for manuel ventilation gøres umiddelbart intubation og sugning fra trakea før ventilation (evt. sugning direkte fra tuben). Hvis der ophentes tykt mekonium, suges omhyggeligt mange gange afbrudt af ventilation. Barnet indlægges altid.

2. For børn uden behov for manuel ventilation er der tvivl om nødvendigheden af sugning i trakea. Der skal i hvertfald suges omhyggeligt fra næse, svælg og ventrikel. Respirationen observeres tæt de næste timer.

Initialt godt respons på ventilation, derefter igen cyanose eller bleghed

Pneumothorax. Kendes klinisk på et opdrevent thorax og abdomen, der bevæger sig dårligt ved ventilationen. Kontroller at ventrikelsonden ligger på plads. Det kan være svært at høre sideforskel ved stetoskopi. Hvis barnet er dårligt er det nødvendigt at prøvepunktere (med sommerfugl) før røntgen kan nå at komme. Hvis der fortsat er behov for ventilation må man næsten altid også lægge dræn.

Vedvarende cyanose

Barnet får god tonus og skriger kraftigt, men er fortsat cyanotisk trods 100% ilt. Tænk på kongenit morbus cordis og persisterende føtal cirkulation.

Umiddelbar svær RD

Barnet gør gode respirationsforsøg, men har kraftige indtrækninger og dårligt luftskifte. Tænk på aspiration, kongenit pneumoni, diafragmahernie og koanalatresi. Hurtig intubation er ofte nødvendig.

Morfika til moderen indenfor 4 timer

Hvis barnet har udsættende respiration og evt virker slapt:

1. Naloxon 0.4 mg/ml, 0.25 ml/kg (sic 0.1mg/kg) i.v. eller endotrakealt. Ved i.m. administration kan der være ufuldstændig eller forsinket absorption. Barnet skal observeres da virkningstiden for naloxon er kortere end for morfika.

/gg

Selskabets 668. videnskabelige møde og 21. efteruddannelsesmøde.

Mødeemne:

Videnskabeligt møde: Frie foredrag. Mødeleder Jes Reinholdt, Neonatalklinikken, Rigshospitalet.
Efteruddannelsesmøde om etik. Mødeleder Gorm Greisen, Neonatalklinikken, Rigshospitalet.

Frie foredrag

Helkrops knoglemineral indhold og calciumindtag hos danske børn og unge

Forskningsadjunkt Christian Mølgaard, Forskningsinstitut for Human Ernæring.

Serum basisk fosfatase og fosfat kan ikke forudsige knoglemineraliseringen hos præmature børn.

*Læge Jan Færch, Neonatalklinikken, Rigshospitalet. Børneafdelingen KAS Glostrup.
Børneafdelingen Hvidovre. Børneafdelingen Hillerød.*

Erfaringer med anlæggelse af percutan CVK hos nyfødte

Afdelingslæge Mette Arrøe, Neonatalklinikken, Rigshospitalet.

Fragilt X syndrom.

*Klinisk og genetisk undersøgelse af børn og unge med fragilt X.
Læge Helle Hjalgrim, Kennedy instituttet og Børneafdelingen i Glostrup.*

Væksthormonbehandling af vækstretardation hos børn med kronisk nyresvigt.

*Læge Niels Thomas Hertel, K. Ølgaard, NE Skakkebæk, T. Lindholm,
C. Holmberg, F. Bangsgaard Pedersen. Afdelingen for vækst og reproduktion,
Afd GR, Rigshospitalet, A Scandinavian Multicenter study.*

Misdannelser og mortalitet

*Resultater fra Eurocat misdannelsesregister på Fyn.
Læge Ester Garne, Odense Universitet.*

HELKROPS KNOGLEMNERAL INDHOLD OG KALCIUMINDTAG HOS DANSKE BØRN OG UNGE

C. Mølgaard, B. Sandström, K.F. Michaelsen

Forskningsinstitut for Human Ernæring, LMC Levnedsmiddelcentret, Den Kgl. Veterinær- og Landbohøjskole, Frederiksberg, Danmark

Baggrund og formål: Peak bone mass er en af mange prædiktorer for senere osteoporose. Kalcium udgør en vigtig del af knoglernes mineralindhold. Formålet med dette studium var at undersøge, hvor stor en del af det indtagne kalcium, der blev indbygget i knoglerne i forskellige pubertetsstadier hos piger og drenge.

Materiale og metode: Helkrops knoglemineral indhold (BMC) og knogleareal (BA) blev målt med et års interval ($1,02 \pm 0,07$ år) ved hjælp af DXA skanning (Hologic 1000/W) hos raske børn og unge i alderen 5-19 år (192 piger, 140 drenge). Kalciumindtaget blev registreret med fødevarer frekvensspørgeskema, og pubertetsstadiet blev registreret *ad modum* Tanner.

Resultater: Associationen mellem kalciumindtag og BMC kontrolleret for knogle-areal, højde, vægt og alder blev undersøgt ved multipel regression. Der var en beskedent men signifikant association mellem BMC og kalciumindtag. Et 100% højere kalciumindtag var associeret med en 0,8% højere BMC hos piger ($p=0,04$) og en 1,1% højere BMC hos drenge ($p=0,04$). Den årlige knogle kalcium tilvækst udtrykt som mg/dag blev udregnet ud fra forskellen mellem de to målinger af BMC. Skelettets kalciumtilvækst (mg/dag) blev udregnet som procent af kalciumindtaget (mg/dag).

		Pubertetsstadie				
		I	II	III	IV	V
A) Kalciumindtag (mg/d)	♀	905	1097	1146	999	1133
	♂	1038	1296	1323	1590	1581
B) Skelettets kalciumtilvækst (mg/d)	♀	120	233	267	141	74
	♂	130	227	384	304	117
C) Skelettets kalciumtilvækst i procent af kalciumindtaget	♀	12.6	23.3	22.0	13.8	6.0
	♂	11.8	15.2	25.4	17.6	6.1

Tallene er medianer.

Konklusion: Der er en beskedent men signifikant association mellem helkrops BMC og kalciumindtag. Skelettets kalciumtilvækst i forhold til kalciumindtag er størst midt i puberteten, hvilket er foreneligt med en fysiologisk adaptation med øget kalciumabsorption i puberteten.

(Støttet af Det Fødevareteknologiske Forskningsprogram og Mejeribrugets Forsknings Fond)

Growth and bonemineralisation in premature infants

Jan Færk, Birgit Peitersen, Sten Petersen, Kim Fleischer Michaelsen.

Dptm. Neonatology Hvidovre Hospital, The Rigshospital, Research Institute of Human Nutrition. Copenhagen. Denmark.

Introduction: Premature infants are at risk of developing metabolic bone disease due to low content of minerals in human milk. Growth velocity is very high and energy and protein requirements in premature infants are higher than in term infants, hence increasing the risk of poor growth. We wanted to study the influence of mineral and protein supplementation on growth and bonemineralisation in very premature infants.

Methods: 111 premature infants with GA < 32 weeks participated in a doubleblinded nutrition study. Infants were randomised to supplement human milk (own mothers or bank) with 1) phosphate 10mg/100ml (HMPH), 2) a fortifier with calcium 25mg/100ml + phosphate 17mg/100ml + protein 0.2g/100ml (HMCPh) or 3) preterm formula (PF) from 1 week old until 37 weeks of GA. Infants randomised to preterm formula were fed formula only if own mothers milk (MM) were not available. Linear growth (KH) measured weekly by knemometry, headcircumference (HC) weekly with papertape and daily weighing (W) on electronic scale. Weekly measurements of macronutrients in human milk by infrared analysis. Bonemineralisation (BMC) and bodycomposition measured by DEXA-scan at term.

Results:	MM	HMPH	HMCPh	PF
n	20	39	36	16
GA (days)	199 (15)	204 (14)	203 (14)	200 (15)
BW (g)	1136 (335)	1185 (247)	1156 (300)	1089 (327)
BMC (g)	42.6 (10.5)	45.3 (8.1)	46.7 (9.8)	49.9 (12.2)
BMC/kg	13.4 (1.9)	14.3 (1.2)	14.4 (1.6)	13.9 (1.6)
KH (mm/day)	0.48 (0.12)	0.51 (0.10)	0.54 (0.11)	0.52 (0.09)
HC (cm/day)	0.14 (0.02)	0.15 (0.02)	0.15 (0.02)	0.15 (0.02)
W (g/day)	26.4 (5.5)	27.5 (4.8)	29.6 (5.8)	29.7 (5.8)

Infants fed a mixture of own mothers milk and preterm formula not included in the analysis.

Analysis of variance: no difference between groups ($p > 0.1$).

Discussion: Surprisingly we did not find any significant effect of supplemented human milk on growth or bonemineralisation. Detailed analysis of nutrient intake based on analysis of human milk (macronutrients and minerals) will further reveal the possible influence of nutrient intake on growth and bodycomposition. Apart from BMC information on fat and lean mass have also been obtained by DEXA-scan but data have not yet been analysed. Biochemical measurements (S-alkaline phosphatase, S-phosphate, S-urea) in relation to nutrient intake. growth and bonemineralisation will be analysed. The large sample size with many measurements will also make it possible to analyse nutrition and growth in subgroups of infants eg. intrauterine growth retarded infants and infants treated with steroids and diuretics due to bronchopulmonary disease.

ERFARINGER MED ANLÆGGELSE AF PERCUTAN CVK HOS NYFØDTE.

M. Arrøe (Neonataalklinikken GN, Rigshospitalet)

Gennem mange år har parenteral ernæring til nyfødte børn, indlagt på afdeling GN, været givet via perifere drop. I følge litteraturen er risikoen for komplikationer herved over 33%, idet abscesser udvikles hos 5,3 %, flebit hos 7,5 % og sepsis hos 7,5%.

Antallet af stik og forstyrrelser af børnene ved anlæggelse af perifere drop er kolossalt.

Gennem de sidste par år har vi i stigende omfang anvendt percutant anlagt centralt venekateter til nyfødte med behov for parenteral ernæring. Det mest anvendte kateter er af typen Per-Q-Cath. Fordelene ved percutant anlagte CVK er, at de kan anlægges uden generel anæstesi, de reducerer antal stik og ubehag for barn og forældre, de reducerer arbejdsbyrden i form af droplægning for lægerne.

Siden december 1995 har vi systematisk registreret alle percutane CVK-anlæggelser. I løbet af de første 15 måneder blev der forsøgt anlagt i alt 105 CVK:

	Antal	Antal forsøg gn.snit	Liggetid dage	FV (g)	Aktuel vægt (g)
CVK	69	1,6	13,8 (1-39)	1100 (462-4100)	1100 (464-6000)
Midline	7	1,3	5,4 (1-8)	1275 (980-3100)	1295 (935-3205)
Opgivet	29	2,1	-	1275 (665-4050)	1390 (600-3925)

Midline katetrene endte i axil eller på halsen. I 1996 blev der på GN anvendt parenteral ernæring i 16% af alle patientforløb. Den gennemsnitlige varighed af parenteral ernæring var 10,9 dage.

Liggetiden for de anlagte CVK er længere end den gennemsnitlige varighed af parenteral ernæring. Registreringsskemaet for 3 af børnene med CVK er ikke returneret. Halvdelen (33) af de anlagte CVK blev fjernet planlagt, idet børnene ikke længere havde behov for parenteral ernæring eller i.v. væske i øvrigt. De resterende 33 katetre blev fjernet på grund af komplikationer:

Komplikation	Antal katetre	% af anlagte
Stoppet eller utæt	12	18
Mistanke om infektion, heraf		
Tvivlsom kateterinfektion	4	6
Sikker kateterinfektion	3	4,5
Sikker anden infektion	3	4,5
Kateteret gledet ud	6	9
Lokal hævelse (uden infektion)	4	6
Flebit	1	1,5

Hverken mængden eller arten af komplikationer adskiller sig fra, hvad man finder i litteraturen, skønt vi i modsætning til de fleste også har anvendt katetrene til transfusion med blod og blodprodukter.

Percutan CVK bør anlægges, så tidligt som muligt, når behovet erkendes, det kræver noget tid, ro og opbakning, og er meget svært, oftest umuligt at lægge hos dehydrerede nyfødte.

MISDANNELSER OG MORTALITET

Ester Garne, Genetisk Epidemiologisk Forskningsgruppe, Odense Universitet

Eurocat er et europæisk multicenterprojekt, hvis formål er at indsamle epidemiologiske data om misdannelser i geografisk veldefinerede områder med henblik på overvågning af misdannelsesforekomsten (opdage clusters), ætiologisk forskning og evaluering af screeningsprogrammer. Alle registre har multiple datakilder og registrerer misdannelser hos levendefødte (lf), intrauterint døde med GA \geq 20 uger og provokerede aborter (ab) efter prænatal diagnostik. Der er indtil nu oprettet Eurocat-registre i 28 områder i Europa og over 4 millioner fødsler er overvåget. Eurocat -registret for Fyns Amt er eneste danske register og har deltaget siden 1980.

I perioden 1986-93 var prævalensen af misdannelser i Fyns Amt 23 pr 1000 fødte. Der var en kraftig stigning i antal prænatalt diagnosticerede tilfælde fra 1,4 pr 1000 fødte i 1986 til 4,4 pr 1000 fødte i 1993. Andelen af ab steg fra 1,0 pr 1000 fødte i 1986 til 2,5 pr 1000 fødte i 1992. Gestationsalder for ab var i 13 tilfælde $<$ 12 uger, i 56 tilfælde 13-22 uger og kun 2 tilfælde med GA på 23-27 uger. Herudover blev 11 fødsler sat i gang pga misdannelser, som var uforenelige med liv og barnet blev i alle tilfældene registreret som dødfødt. Der er ikke sket ændringer i rekommandationerne for prænatal diagnostik i årene 1986-93. Der er ikke foretaget rutinemæssig ultralydsscanning af de gravide, men alligevel blev der i 1993 foretaget ultralydsscanning i 78% af graviditeterne i Fyns Amt (data fra fødselsanmeldelser).

Den samlede mortalitet i 1. leveår var 8,1 pr 1000 levendefødte, heraf havde en trediedel af de døde misdannelser og en femtedel hjertemisdannelser. Der var et svagt fald i mortaliteten for børn med misdannelser over de 8 år.

Data om morbiditet og mortalitet for forskellige grupper af misdannelser fremlægges.

Konklusioner

- Ved sammenligning af prævalens af misdannelser er det afgørende at have kendskab til omfanget af provokerede aborter med misdannelser
- Ved genetisk rådgivning efter prænatal diagnostik af misdannelser er det vigtigt at oplyse om den samlede mortalitet idet denne ofte er meget forskellig fra den kirurgiske mortalitet.
- En række misdannelser, som kan diagnosticeres ved ultralydsscanning i 2. trimester af graviditeten, har en meget høj mortalitet i 1. leveår.
- For en række misdannelser er der signifikant højere mortalitet, hvis der samtidig er andre misdannelser
- Via populationsbaserede misdannelsesregistre med multiple datakilder er det muligt at få oplysninger om morbiditet og mortalitet for børn med misdannelser
- Der er store geografiske forskelle i Europa i prævalens af misdannelser og dermed mulighed for ætiologisk forskning (miljø/genetik)

Efteruddannelsesmøde om etik.

Etikkens emne er 'det gode liv'- og hvilke handlinger, der er rigtige og forkerte. Etisk stillingtagen kommer fra mange sider: Offentlige debatører, kollegaer, forældre, sygeplejersker, bedsteforældre, politikere, filosoffer, administratorer. Et hovedområde er hensynet til den enkelte overfor hensynet til fællesskabet. Specielt for pædiatrien er afhængigheden af forældrene og at vores mindste patienter ikke kan tale for sig selv og endnu ikke kan tillægges individuelle præferencer.

Formålet med efteruddannelsesmødet er at udvikle børnelægers færdigheder i etisk vurdering og argumentation med henblik på behandling af det enkelte barn såvelsom med henblik på principielle diskussioner. Mødet er tilrettelagt i samarbejde med Peter Rossel, afdeling for medicinsk videnskabsteori, Københavns Universitet. Peter Rossel er afdelingsleder, grundlægger af det prægraduate kursus for medicinstuderende og dertil en erfaren underviser og kursusleder for læger.

Program

Mødeleder: Gorm Greisen

Peter Rossel: Krav til etisk argumentation.

Peter Rossel: En etisk værktøjskasse.

Nominal group technique: Vigtige etiske problemstillinger i pædiatrien (dette er en gruppeproces, der ukritisk identificerer så mange emner som muligt fra en uformel gruppe).

Afstemning (en kvantitativ sammenligning af de identificerede emner).

Diskussion (en kvalitativ vurdering af de identificerede emner)

**FORMANDSBERETNING 1996-97****Bestyrelsen**

Efter generalforsamlingen konstituerede bestyrelsen sig med Ole Andersen som formand, Karen Taudorf som næstformand, Sten Petersen som kasserer, Thomas Hertel som sekretær, Jes Reinholdt som videnskabelig sekretær og Karsten Kaas Ibsen (DBO-repræsentant) som medlem uden portefølje.

Bestyrelsen har holdt 9 møder samt 1 møde med de administrerende overlæger.

Medlemmer og mødeaktivitet

Selskabet har nu 435 medlemmer. Der er tilkommet 14 nye siden sidste generalforsamling, 1 er død og 8 har meldt sig ud.

Der har været afholdt 7 videnskabelige møder og 4 éndags efteruddannelsesmøder samt et efteruddannelseskursus i neuropædiatri. Bestyrelsen vil gerne takke arrangørerne samt indlægsholderne for det store arbejde, der er blevet lagt i disse arrangementer.

De videnskabelige møder og uddannelsesaktiviteterne i bred forstand er helt centrale i selskabets aktiviteter. Bestyrelsen har derfor med bekymring iagttaget det vigende fremmøde til møderne. Bestyrelsen har derfor ønsket at drøfte mødeformer, tidspunkter og evt. mødested med generalforsamlingen.

Der har ikke været noget vårmøde i år, idet der har været afholdt et fagligt og socialt yderst vellykket møde i **Nordisk Pædiatrisk Forening** i Tronhjem 11.-14./6 - 1997. Ved mødet var der lidt over 200 deltagere, godt halvdelen fra andre lande end værtslandet, heraf 19 danskere. Fremmødet er således bredere end ved de sidste møder, og det er besluttet, at der afholdes møde år 2000 i Helsingfors. I lighed med forrige gang har DPS sponsoreret deltagelse af 2 estiske børnelæger, der efter mødet var i Danmark i en uge med besøg på børneafdelingerne i Hillerød, Rigshospitalet og Vangedehuse.

Debatten på Nordisk Pædiatrisk Forenings repræsentantskabsmøde drejede sig dels om kongressproget, hvor engelsk er næsten enerådende ved de videnskabelige sessioner (men bestemt ikke ved de sociale!) dels om et forslag om at ophæve repræsentantskabet. Repræsentantskabet skal have et ganske pænt fremmøde for at være repræsentativt i henhold til lovene. Dette medfører, at mange hverves som ad hoc repræsentanter på selve mødet og altså slet ikke har mulighed for at danne sig meninger på forhånd. Dels er der taget højde for det demokratiske islæt i de gældende love, idet styregruppens nationale medlemmer skal være det nationale selskabs formand samt et bestyrelsesmedlem mere og et generalforsamlingsvalgt medlem. Ved mødet i Helsingfors vil der blive fremlagt forslag om at ophæve repræsentantskabet.

Målbeskrivelsen for faget

Intet nyt

Undervisningsstillinger

Der har de sidste år været ca. 3 gange så mange kvalificerede ansøgere til undervisningsstillinger, som der var ledige stillinger. Problemet er blevet drøftet med uddannelsesudvalget, de administrerende overlæger og Yngre Pædiatere. Der var enighed om at søge at få forøget antallet af stillinger. Sundhedsstyrelsen blev derfor ansøgt om en midlertidig forøgelse af antallet af undervisningsstillinger til 18 i år. Ansøgningen blev imødekommet, og stillingerne er nu besatte. Ved offentliggørelsen af Enkelstillingsskategorien per 01.01.97, viste det sig, at antallet af klassificerede stillinger - uden forudgående forhandling eller underretning - var øget fra 14 til 15 stillinger årligt. Der var klassificeret ½ årsværk mere i både Odense og Gentofte i forhold til året før. Begge steder ønskede man at opslå den ekstra stilling allerede for indeværende år. Sundhedsstyrelsen har derudover godkendt, at der opslås 1 stilling i Århus og 1 i Ålborg. De tilhørende 1. reservecægestillinger er sikrede i henholdsvis Hillerød, Odense, Århus og Ålborg. Antallet på 18 undervisningsstillinger gælder alene opslaget i 1997, idet Sundhedsstyrelsen har nedsat en arbejdsgruppe, der skal vurdere behovet for speciallæger i de enkelte specialer. Styrelsen vil spørge arbejdsgiverne om det forventede fremtidige behov. Arbejdet forventes afsluttet i begyndelsen af 1998 og vil få konsekvenser for næste års opslag.

Ydermere har Amtsrådsforeningen ønsket en forenklet og mere ensartet vurdering mht. kvalifikationer og ansættelse i undervisningsstillinger og blokansættelser. Efter det oplyste, er beslutningen allerede taget.

Der skal nedsættes et 8 medlemmer stort vurderingsudvalg med 2 repræsentanter fra region ØST, SYD og NORD, 1 repræsentant for yngre læger og 1 repræsentant for selskabet.

Udpegningsperioden er foreslået til 3 år. Og der stilles krav om at alle medlemmer er speciallæger i faget.

Derefter skal der nedsættes 3 rent regionale ansættelsesudvalg med repræsentanter for de afdelinger, der har undervisningsstillinger.

DPS har gjort indsigelse overfor Dansk Medicinsk Selskab, der er vores eneste repræsentant. Vi har gjort gældende, at vi ønsker dels at bibeholde en ordening, hvor vurderingsudvalget er ansvarlig overfor selskabets generalforsamling, dels at repræsentationen af yngre læger er for lille, og endeligt at kravet om speciallægeanerkendelse ikke bør gælde for yngre lægers repræsentant. M.h.t. ansættelsesudvalget, har vi gjort gældende, at den foreslåede struktur vanskeliggør en koordination ved ansættelserne. Dette kan blive et problem, idet det må forventes, at flere og flere uddannelsessøgende vil søge stillinger i flere regioner på samme tid.

Expertuddannelser

Der er i øjeblikket i alt 5 stillinger, der fungerer som uddannelsesstillinger m.h.p. expertuddannelse: 3 stillinger på GN i neonatologi, 1 stilling i neurologi i Glostrup og 1 stilling i allergologi i Gentofte.

Bestyrelsen skal opfordre de enkelte afdelinger til at udnytte de nu etablerede muligheder for at bedre og systematisere uddannelsen indenfor de forskellige ekspertområder.

Kommunalt ansat læge

Arbejdet som kommunalt ansat læge er et oplagt arbejdsfelt for speciallæger i pædiatri. De enkelte afdelinger opfordres til at være aktive omkring uddannelse til dette felt, ligesom vi gerne vil opfordre interesserede pædiatere til at søge de opslåede stillinger, så faget markeres i praksis. DPS er repræsenteret i styregruppen for kursus for kommunalt ansatte læger ved Bente Hansen. Vi skal i øvrigt være meget opmærksomme på, at de kommunalt ansatte læger ikke mere eller mindre officielt får navn af "børne-unge læger". Det kan have den uheldige konsekvens, at man kan blive "bømelæge" uden at være pædiatrisk speciallæge.

Udvalgsarbejde

Der har atter i år været et højt aktivitetsniveau i selskabets underudvalg. Denne aktivitet er grundlaget for meget af det faglige arbejde i selskabet og basis for selskabets udvikling. Bestyrelsen vil gerne takke alle udvalgene for det store arbejde, de involverede har ydet. Bestyrelsen finder fortsat, at det er vigtigt, at der løbende rekrutteres nye medlemmer til udvalgsarbejdet. Denne holdning er i nøje overensstemmelse med de gældende love og kommissorier. Udvalget for onkologi og hæmatologi har forespurgt om muligheden for at dispensere fra reglerne vedrørende funktionstid. Bestyrelsen har tilkendegivet, at vi ikke finder en sådan dispensation hensigtsmæssig. En evt. nødvendig koordination, som falder ind under udvalgenes kommissorium, kan sikres ved nedsættelse af arbejdsgrupper. Såfremt der er behov for koordinering mellem de enkelte afdelinger, er det op til disse at sikre det faglige samarbejde på landsplan; også selvom der evt. skulle være et vist personsammenfald med udvalgets medlemmer.

Selskabet har i henhold til beslutningen på sidste generalforsamling nedsat et socialpædiatrisk udvalg. Der henvises til udvalgets beretning.

Det tidligere nedsatte udvalg vedrørende **den akutte pædiatri** kom aldrig rigtig i gang. Bestyrelsen vedtog at stille arbejdet lidt i bero. Efterfølgende har Sundhedsstyrelsen i sommerferien nedsat en arbejdsgruppe med det kommissorium at beskrive sundhedsvæsenets akutte tilbud til befolkningen. Udgangspunktet er sygehuskommissionens forslag om at gøre tilbuddene mere enstrengede og sikre en ensartet kvalitet på det fagligt nødvendige og tilstrækkelige "laveste" niveau. Dette kan vi kun tilslutte os. Imidlertid er forslaget knyttet sammen med, at det skal vurderes, om der er behov for et egentligt speciale i akut medicin. Bestyrelsen finder at en sådan udvikling vil være til ugunst for børn, hvis hyppigste akutte problemer er mindre alvorlige infektiøse lidelser. Ole Andersen er selskabets repræsentant i styrelsens arbejdsgruppe.

Flere udvalg har i tidens løb opstillet referenceprogrammer eller anbefalinger. Sådanne vil være velegnede som udgangspunkt for en kvalitetssikring, såfremt systemet vedrørende **diagnoserelaterede grupper** (DRG) indføres i Danmark. DRG er indført i Sverige og er på vej i Norge. DRG er rent økonomisk baseret og er muligvis velegnet til at følge patienter under indlæggelse. Men der tages slet ikke hensyn til behandlingens kvalitet. Ambulant behandling er ikke med, ligesom en afdelings undervisningsforpligtigelser ikke medregnes.

Ole Andersen deltog i et møde om DRG i Foreningen af Speciallæger i november 1996. Konklusionen var, at vi må forberede os på, at DRG kommer under en eller anden form, og at det bliver selskabernes og FAS' opgave at sikre, at kvaliteten af behandlingen medtages, så det ikke alene bliver økonomiske betragtninger, der lægges til grund for beslutninger og rationaliseringer. Bestyrelsen har derfor bedt udvalgene være opmærksomme på områder, der kunne egne sig til opstilling af referenceprogrammer. Hvis vi i DPS kan enes om sådanne programmer, ville det kunne sikre mod en kvalitetsmæssig devaluering.

Bestyrelsen finder, at der er behov for en mere ensartet brug af **diagnoselisten ICD-10**. Udvalgene er blevet opfordret til at beskrive relevante diagnoser indenfor deres områder med tilhørende diagnosenumre. Generelt finder vi listen mindre velegnet og vanskelig at bruge. Det har vist sig, at helt usammenlignelige diagnoser havner i samme nummer uden, at dette er klart for brugeren. Det viser sig, at der faktisk eksisterer en ICD-10 liste med 6 cifrede koder, mens den liste, Sundhedsstyrelsen udmeldte kun medtager 5 cifre. En del af de eksisterende vanskeligheder vil kunne løses ved anvendelse af den 6-cifrede kode. Men det er teknisk ikke muligt at benytte den i alle amter. Hvis der vedblivende er problemer med ICD-10, overvejer bestyrelsen en henvendelse til Sundhedsstyrelsen i samarbejde med andre interesserede selskaber via Dansk Medicinsk Selskab.

Selskabet er repræsenteret i Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe vedrørende **de små handicapgrupper**. Der er siden sidste generalforsamling udarbejdet beskrivelse af 7 handicap med anbefalinger omkring undersøgelse, behandling og kontrol, en slags referenceprogrammer. Herudover er der udvalgt yderligere handicap/handicapgrupper, som vil blive beskrevet på tilsvarende måde. Det er uændret bestyrelsens opfattelse, at området ikke adskiller sig principielt fra alle andre lidelser. Optimering af diagnostik, behandling og koordination omkring de små handicapgrupper bør ske i tæt, fleksibelt samarbejde mellem amsafdelinger og landsdelsafdelinger.

Sundhedsstyrelsen har i samarbejde med Dansk Medicinsk Selskab og Dansk Kirurgisk Selskab nedsat arbejdsgrupper med det formål at beskrive **det lægefaglige grundlag for sundhedsvæsenet**. Alle speciallægeselskaber med kompetence til speciallæge-uddannelse er inviteret. Der er nedsat 3 arbejdsgrupper: En medicinsk, en kirurgisk og en tværfaglig. Vi deltager i den medicinske, men har aftalt at holde tæt kontakt med obstetrikkerne, der er i den kirurgiske gruppe.

Første initiativ har været at karakterisere en god, respektive dårlig pædiatrisk afdeling, en god respektive dårlig administration og tilsvarende for vores nærmeste samarbejdspartnere. Vi har afgivet et foreløbigt svar efter kontakt med samtlige formænd for underudvalgene i DPS. Vi har bl. a. taget udgangspunkt i vores overvejelser fra 1995, hvor vi beskrev pædiatriens basisfunktioner m.h.p. Sundhedsstyrelsens betænkning vedrørende lands-landsdelsvisitation. Det pågældende kapitel blev til vores frustration helt ekskluderet af den endelige betænkning fra 1996. Efterfølgende er deadline ændret til 01. 10. 97. Så vi har mulighed for en grundigere debat.

Arbejdsgruppens næste opgave bliver at beskrive pædiatriske basisfunktioner og centraliserede funktioner mere kvantitativt. Bestyrelsen planlægger at danne en baggrundsgruppe med samtlige udvalgsformænd.

Høringssvar

Forslag vedrørende behandling af **traumatiske hjernelidelser**. Vi anbefaler i lighed med forslaget en styrkelse af behandlingen med etablering af centre med særlig ekspertise vedrørende behandling af børn. Vanskeligheden i øjeblikket er, at de behandlingstilbud, vi har, er beregnet til børn med medfødte skader. Det foreslås, at de påtænkte centre skal modtage særligt udsatte grupper af hjerneskadede patienter tidligt i den akutte fase og indlede intensiv terapi. Sådanne tiltag har i andre lande vist sig at nedsætte såvel mortalitet som morbiditet. DPS har påpeget, at centrene antal og arbejdsopgaver burde beskrives nøjere end det er tilfældet i betænkningen. Samtidigt har vi understreget vigtigheden af et tæt samarbejde med de lokale afdelinger allerede tidligt i forløbet og nødvendigheden af at koordinere efterbehandlingen med de lokale pædiatriske afdelinger og institutioner.

Sundhedsstyrelsens rapport vedrørende "**Spontan abort eller fødsel**". Selskabet har svaret, at vi støtter rapportens forslag om at ændre grænsen for dødfødsel til fulde 22 uger, samt at vi finder, at en officiel definition af begrebet "livstegn", vil være en værdifuld hjælp ved beslutningen om behandling eller ej af svært medtagne nyfødte.

Betænkning vedrørende ny "**svangreomsorg**". Selskabet støtter den generelle holdning, at anbefalinger om kontroller, undersøgelser m.m. i graviditeten og af det nyfødte barn bør baseres på konkret viden. Vi har som en direkte følge deraf taget afstand fra oplæggets forslag om, at forventede normale fødsler uden problemer kan finde sted på mindre fødesteder uden pædiatrisk service. Vi finder det klart dokumenteret, at det er vanskeligt at forudse alle risikofødsler, og at der er en højere mortalitet på mindre fødesteder af børn, der på trods af forsøg på visitation fødes præterm eller lavvægtige. Dette dokumenteres såvel i Sundhedsstyrelsens betænkning "Neonatalogiens fremtidige organisation" som i den aktuelle betænkningens egne referencer. Vi finder ikke, at det i betænkningen grundlæggende begreb "et velfungerende visitationssystem" er velbeskrevet. Og vi anbefaler rutinemæssig ultralydsscanning netop som en nødvendig forudsætning for rationel visitation. Vi anbefaler, at der kan tilkaldes neonatologisk kyndige læger til alle fødesteder, såfremt der er behov.

Endelig har vi anbefalet, at alle speciallæger i almen medicin uddannes i pædiatri, idet det er de alment praktiserende læger, der skal varetage alle undersøgelser af nyfødte børn, der fødes i hjemmet eller ambulans.

Rapport vedrørende evt. foliinsyretilskud til gravide kvinder. DPS har støttet rapportens anbefaling om, kun at give kosttilskud til mødre, der i forvejen har født et barn med neuralrørsdefekt. Men alle mødre bør vejledes om betydningen af alsidig kost i graviditeten.

Internationale kontakter

CESP holdt sit årlige møde i København i maj. Mødet var velfungerende og veltilrettelagt af Kirsten Lee.

Undertegnede deltog i det grundlæggende møde i april i det nye britiske Royal College of Paediatrics and Child Health, der er et selvstændigt pædiatrisk College, der erstatter den tidligere "association" under Royal College of Physicians.

Under Nordisk Pædiatrisk Forenings auspicer er det hensigten at udbygge kontakten til de baltiske lande. Planen er, at Danmark og Norge især skal etablere kontakt med Litauen, mens Sverige gennem længere tid har opbygget kontakten med Estland og Finland med Letland. Det er vigtigt, at kontakterne koordineres, idet nok især Litauen har en tilbøjelighed til centralistiske løsninger, der **ikke** medtager yngre pædiatere "på gulvet" og let udelukkende bliver til kontakter på organisationsplan eller rene forelæsningsturneer.

Vi har tidligere forholdt os afventende overfor den europæiske sammenslutning af pædiatriske foreninger UNEPSA. Der skal nu være et møde til efteråret, hvor vi vil forsøge at vurdere, om organisationen kan benyttes til konstruktivt samarbejde ikke mindst med Central- og Østeuropa. Hvis ikke, må vi beslutte, om vi fortsat skal have kontakt med UNEPSA.

15.08.97 Ole Andersen

Den 17. juli 1997

Beretning fra Dansk Pædiatrisk Selskabs Astma- og Allergologiudvalg 1996-1997

Udvalgsmedlemmer:

Lone Agertoft (FAYL) (1995)

Hans Bisgaard (1991)

Jørn Henriksen (1992)

Niels Henrik Valerius (1992)

Arne Høst (formand) (1992)

Udvalget har afholdt 2 møder.

Efter forslag fra DPS's bestyrelse er der enighed om at ændre benævelsen af udvalget til "Udvalget for pædiatrisk allergologi og pulmonologi" samt at benævne ekspertområdet/subspecialet "Pædiatrisk allergologi/pulmonologi". Der pågår i øjeblikket udarbejdelse af forslag til fælles uddannelseskraft inden for dette subspecialt/ekspertområde.

Vedrørende astmaskolekonceptet finder udvalget det vigtigt at understrege, at astmaskoler for børn skal ledes/superviseres såvel sygeplejefagligt som lægefagligt, af pædiatrisk uddannede, specielt kyndige inden for området. Endvidere er det vigtigt, at astmaskolerne er økonomisk uafhængige af firmainteresser.

Udvalget finder, at Den Sociale Ankestyrelse (SM 0-79-96) i sagen vedrørende dækning af merudgifter til spacerbehandling af små børn med astma/astmatisk bronchitis på et fejlagtigt grundlag har besluttet, at en spacer må betragtes som et behandlingsmiddel, der henhører under sygehusvæsenet, og derfor skal udleveres fra sygehuset/sygehusambulatoriet. I samarbejde med Allergicentret ved Odense Universitetshospital har udvalget i brev til socialministeren protesteret mod Den Sociale Ankestyrelses afgørelse. Desværre uden held. Dog har socialministeren meddelt i svarbrevet, at hele området vedrørende dækning af merudgifter, jvf. bilstandsloven, er under revision. Der kan således fortsat forventes en meget uensartet behandling af ansøgninger vedrørende dækning af merudgifter til medicin og spacers, indtil nye retningslinier foreligger.

Fra lungemedicinere/voksen allergologer er der taget initiativ til etablering af en klinisk database om kvaliteten af astmabehandling i Danmark. Indtil videre har det drejet sig om et pilotprojekt vedrørende astmabehandling af voksne, men det har været initiativtagernes

2.

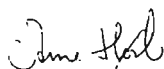
hensigt, at den kliniske database også skulle omfatte astmabehandling af børn, og man har i den anledning rettet henvendelse til DPS. DPS's bestyrelse og udvalget er enige om, at et sådant projekt, under forudsætning af vores godkendelse af projektprotokollen, bør have deltagelse af en pædiater udpeget af udvalget. Endvidere finder vi, at spørgeskemaer til patienter/familier som led i denne undersøgelse bør administreres af de respektive pædiatriske afdelinger.

Formanden er blevet medlem af UEMS's sektion vedrørende specialistuddannelse i pædiatri og har i forbindelse med det nyligt afholdte møde, 29.-31. maj 1997 i København, stillet forslag om, at pædiatrisk allergologi i lighed med to andre subspecialer/ekspertområder accepteredes som en subsektion inden for specialet pædiatri med henblik på udarbejdelse af fælles europæiske retningslinier for subspecialer-/ekspertområdeuddannelsen. Forslaget accepteredes. Senere vil der også blive udarbejdet fælles europæiske retningslinier for andre pædiatriske subspecialer/ekspertområder.

På baggrund af oprettelse af Sundhedsstyrelsens udvalg vedrørende lægefaglig basis for sundhedsvæsenets struktur er formanden for udvalget blevet anmodet om en udtalelse om indikatorer for god og dårlig kvalitet inden for allergiområdet, og formanden har i den forbindelse henvist til de af udvalget udarbejdede retningslinier om astmabehandling og allergidiagnostik hos børn. Disse vejledninger beskriver dels patientforløbsprogrammer dels i et vist omfang også visitationsforhold. Vejledningerne kan danne baggrund for diagnoserelateret kvalitetssikring inden for allergiområdet.

I efteråret 1997, 27.10.-30.10. afholdes det første A-kursus i pædiatrisk allergologi og pulmonologi på RH.

Arne Høst



Beretning 1996-97 fra



Udvalget for Ernæring og Gastroenterologi Dansk Pædiatrisk Selskab

Udvalget har haft følgende medlemmer: Karsten Hjelt (1995), Steffen Husby (1993), Kim Fleischer Michaelsen (1991), Anders Pærregård (1995) og Flemming Skovby (1993).

Udvalget har holdt fire møder. Udvalget har arbejdet på at oprette en klinisk database for børn med inflammatorisk tarmsygdom. Udvalget har taget initiativ til at give retningslinier for udredning af icterus. Udvalget har deltaget i arbejdet med at udforme en ny pædiatrisk diagnoseliste.

Fra udvalget deltager Kim Fleischer Michaelsen i Sundhedsstyrelsens kontakt-gruppe vedr. ernæring. Han og Steffen Husby har deltaget i Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe til udarbejdelse af en samlet dansk spædbarnernærings-anbefaling, der snart skulle være færdig. Flemming Skovby har deltaget i Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe vedr. folinsyre.

Steffen Husby

Udvalg for hæmatologi og onkologi
ÅRSBERETNING 1996-97

Udvalgets medlemmer: Steen Rosthøj (formand), Niels Carlsen, Henrik Schrøder, Kjeld Schmiegelow, Henrik Hasle (FAYL), Ole Henrik Nielsen.

Udvalget har holdt fire møder: 23.9.96 på Rigshospitalet, 29.11.96 på Rigshospitalet, 21.2.97 på Odense Universitets Hospital og 30.5.97 på Rigshospitalet.

På anmodning fra diagnoseudvalget, som arbejder på at fremstille et pædiatrisk ICD-10 diagnosehæfte, er en hæmatologisk og en onkologisk diagnoseliste udarbejdet.

På bestyrelsens opfordring om at udarbejde et referenceprogram er et journalskema for initial blodprøvetagning ved visse hæmatologiske tilstande fremstillet. Skemaet er baseret på de rekommandationer, som udvalget publicerede i årbogen 1992-93.

I årets løb er en række emner og protokoller behandlet: nordiske retningslinier for uddannelse i børneonkologi, undersøgelse af in vitro sensitivitet ved AML, komparativ genomisk hybridisering ved ALL, ny nordiske behandlingsprotokoller for ALL, behandling af Mb. Hodgkin, erfaringer med non-Hodgkin lymfom protokollerne, europæisk registrering af myelodysplastisk syndrom, europæisk registrering af kongenit neutropeni, nordisk registrering af ITP, behandling af intrakranielle kimcelletumorer, behandling af levertumorer samt behandling af spædbørn med neuroblastom.

Vedrørende registrering af børnecancer i Danmark er det aftalt, at registrering sker separat på hver af de fire behandlingscentre, men med fælles data og feltdefinitioner. Det er meningen at foretage en samlet årlig opgørelse, og senere at samkøre registrene.

Efter korrespondance med bestyrelsen er der sket en nærmere afgrænsning af udvalgets arbejdsopgaver. I praksis har udvalget, som har repræsentanter for hver af de fire landsdelsafdelinger, hidtil varetaget koordinering af centrenes arbejde. Bestyrelsen har fundet, at samordning af landsdelsfunktioner eller udarbejdelse af specifikke behandlingsstrategier ikke hører under DPS-udvalgets område, og har ikke fundet udvidelse af udvalget eller ændring af kommissorium hensigtsmæssig. De nævnte opgaver er derfor nu udskilt fra udvalget, og varetages fremover af en koordineringsgruppe bestående af landsdelsafdelingernes specialeansvarlige læger. De to grupper vil holde fælles møder.

Steen Rosthøj, juli 1997.

Beretning fra Dansk Pædiatrisk Selskabs Infektionsudvalg

Der har i det forgangne år været afholdt møder d. 12.12.96, d. 20.2.97 og d. 9.6.97

Det sidste år udarbejdede forslag til "Retningslinier for behandling af mature tidligere raske børn (>4 uger) der mistænkes for purulent meningit" er blevet sendt til Bestyrelsen samt til de administrerende chefer for alle landets børneafdelinger.

Udvalget lægger i øjeblikket sidste hånd på "Retningslinier for isolationsforanstaltning og hygiejniske foranstaltninger overfor visse infektionssygdomme på en børneafdeling". De vejledende retningslinier formodes tilsendt børneafdelingerne i løbet af 1997.

Udvalget består af Niels Henrik Valerius, Troels Herlin, Birgitte Friis, Bent Windelborg Nielsen og Carsten Heilmann (formand).

Carsten Heilmann
29.7.97

Årsberetning for neonataludvalget 96-97

Udvalget består af Birgitte Djernes (1993), Jens Hertel (1993) formand, Birgit Peitersen (1992), Steen Petersen (1996) og Jens Schaarup (1996).

Udvalget har holdt 5 møder: 21.9, 28. 2 og 2. 5., 2. 6., og 20. 6. Et møde blev aflyst på grund af tåge. Desuden har der været afholdt et møde om neobasen for alle involverede afdelinger. Udvalget konstituerede sig med J. Hertel som formand.

Neobasen: Udvalget har fået etableret en næsten landsdækkende klinisk database af alle nyfødte børn indlagt på neonatalafsnit: Neobase. Praktisk taget alle børneafdelinger med neonatalafsnit deltager fra 1. 1. 1997. Database er godkendt af registertilsynet og neonataludvalget er den til en hver tid værende bestyrelse. Der planlægges at udvide databasen med et efterundersøgelses skema for de børn der kommer til ambulans kontrol, specielt med henblik på senfølger.

Etføl status: Efterundersøgelsen forløber godt. Der er nu i skrivende stund ved at være et-års data på alle børn. Der er blevet publiceret delresultater som foredrag, dels herhjemme, dels i udlandet. Der planlægges i øjeblikket at udvide efterundersøgelsen til 5 og 10 år alder, hvortil der skal søges penge til læge og psykolog.

Referenceprogrammer:

Asfyksi instruksen er blevet godkendt af udvalget og af Dansk Anæstesiologisk selskab. Der blev afholdt et fællesmøde i marts 1997 med anæstesiologer og obstetrikere hvor den blev præsenteret.

Respiratorisk distress hos præmature: Udvalget har besluttet at gå i gang med at udarbejde et reference program for behandling og pleje for dette emne. Vi har besluttet at søge Institut for Medicinsk Teknologi Vurdering under Sundhedsstyrelsen om støtte til et projektet, med deltagelse af både neonatallæger og neonatalsygeplejersker. Udarbejdelsen vil formentlig strække sig over 1½ år.

Epilepsibehandling af gravide og lakterende mødre: Udvalget har diskuteret muligheden for at lave et udvalgsarbejde med epileptologer og obstetrikere med henblik på anbefalinger af behandling af gravide og lakterende epilepsi patienter og oplæg til kontrol af deres børn. Der er sendt invitation til de berørte selskaber.

Observatør fra Dansk Selskab for obstetrik og gynækologi: Neonataludvalget har inviteret et medlem fra dette selskab til at være observatør ved vores møder. DSOG har accepteret tilbuddet og udpeget overlæge dr. med. Carsten Lenstrup.

Jens Hertel

Årsberetning neuropædiatriudvalget 1996/97

Udvalget har 5 medlemmer, Flemming Juul Hansen, John Østergård, Karen Taudorf, Karl Wulff og Søren Anker Pedersen (formand). Peter Uldall og Bente Beck har været associeret til hovedparten af udvalgets arbejdsopgaver.

Da udvalget blev etableret i 1993 og alle blev genvalgt 1996, er det ensbetydende med et totalt udskiftet udvalg ved valgperiodens udløb 1999. Det er derfor besluttet, at Karl Wulff og John Østergård trækker sig ved generalforsamlingen september-97 og erstattes af to nye kandidater. Vi håber dermed at kunne bibringe kontinuitet i udvalgsarbejdet.

Der vil fortsat være behov for 2 associerede medlemmer afhængig af arbejdsopgaver.

Udvalget har siden sidste generalforsamling afholdt 2 møder.

Udvalgsmedlemmerne har stået som arrangører af efteruddannelseskursus i neuropædiatri afholdt på Schäfergården 20.-24. Januar 1997.

Kurset havde 54 deltagere. Højt fagligt indhold med såvel udenlandske som indenlandske foredragsholdere.

Flere udvalgsmedlemmer har desuden deltaget i Hjerneåret 1997 og aktiviteter i forbindelse med dette mest involverende neurologiske udviklingsproblemer, epilepi hos børn og skoleadfærdsproblemer.

Neuropædiatriudvalget arbejder aktuelt med konsensus beslutninger angående behandling af feberkræmper samt status epilepticus.

Udvalget vil sammen med uddannelsesudvalget i DPS indgå i fælles projekt-bearbejdning omkring pædiatriske databaser samt neurobaser.

Søren Anker Pedersen

1996-1997 beretning fra

DPSs udvalg for screening og klinisk genetik

Udvalget har holdt to møder. Hovedemner til drøftelse har været kongenit hypothyreose, screening for adrenogenitalt syndrom, toxoplasmose, diagnoselisten samt uddannelsen i klinisk genetik.

Udvalget har støttet et projekt på Statens Seruminstitut til opfølgning af børn med kongenit hypothyreose. Der vil blive tale om både at indhente oplysninger fra landets børneafdelinger og fra Landspatientregisteret. Sidstnævnte vil blive koordineret med projektet om screening for adrenogenitalt syndrom, som har modtaget fondsmidler til at starte på.

Sundhedsstyrelsen har endnu ikke bevilget stillinger til uddannelsessøgende i klinisk genetik, men der udarbejdet et kursusprogram. Pædiatriske kursister har sammen med uddannelsessøgende i klinisk genetik adgang til det tværfaglige kursus i klinisk genetik i august 1997.

Arbejde pågår med diagnosekoder for arvelige og medfødte sygdomme.

8.8.1997/Flemming Skovby

Årsberetning for Uddannelsesudvalget 1996/97.

Udvalget konstituerede sig igen i år med Kaare Lundstrøm som formand på det første møde. I det forløbne år har der været afholdt i alt seks udvalgsmøder samt yderligere to møder med DPS' bestyrelse, delkursusledere samt uddannelsesansvarlige overlæger. Arbejdet i udvalget har i vid udstrækning været en fortsættelse af de initiativer udvalget påbegyndte året før vedrørende den pædiatriske uddannelse.

Omstruktureringen af den teoretiske fase 2 - uddannelse.

Implementeringen af den nye struktur for den teoretiske uddannelse inklusive to nye obligatoriske kurser er påbegyndt. Kursusplanen, der medfører en ikke ubetydelig stigning i udgifterne til kurser, er accepteret af Sundhedsstyrelsen. Udvalget er blevet opmærksomt på at opdelingen i obligatoriske og valgbare kurser bl. a. medfører at nogle essentielle emner fra de valgbare kurser må flyttes til obligatoriske kurser. Et eksempel på dette er kongenitte hjertemisdannelser som nødvendigvis må inkluderes i neonatologikurset. Det vil derfor i det kommende år være nødvendigt i samarbejde med delkursuslederne at gennemgå kursernes emneområder for at sikre sufficient dækning af vigtige emner samt undgå overlappning.

Øvrig uddannelse.

Udvalget har som næste store projekt valgt at koncentrere sig om den praktiske kliniske uddannelse, og specielt om introduktionsuddannelsen. Det er vurderet at udvalget formentlig bedst kan vejlede om dette ved at fremstille et idekatalog til brug for de enkelte afdelinger og uddannelsesregioner. Til brug ved udfærdigelse af et sådant er der i august udsendt et skema til samtlige afdelinger for at indhente forslag og ideer vedrørende forbedring af den kliniske uddannelse. Idekataloget forventes færdiggjort inden udgangen af 1997.

Undervisningsstillinger

Årets største arbejdsopgave opstod i forbindelse med planlægningen af næste hold undervisningsblokstillinger. På et møde mellem uddannelsesudvalget, bestyrelsen i DPS og overlæger fra landets afdelinger viste der sig et uniformt ønske om at øge antallet af speciallægeuddannelsespladser hurtigst muligt. En hurtig evaluering af den umiddelbare uddannelseskapacitet viste at der var mulighed for at øge antallet med fire til seks stillinger. Derfor blev der taget initiativ til at forsøge allerede fra i år at øge antallet af stillinger fra 14 til 18. Idet en vis forsinkelse af stillingsopslaget blev

accepteret lykkedes det at få enkeltstillingsklassificeret ekstra stillinger til i alt 18 blokstillinger fordelt med ni på hver side af Storebælt.

Stillingerne blev besat som vanligt på et møde mellem de involverede afdelinger og uddannelsesudvalget. Detaljeret beskrivelse af ansøgerfeltet mm vil blive fremlagt på generalforsamlingen.

Det skal i den forbindelse bemærkes at der af DADL og gruppen af sygehusadministratorer er vedtaget en ny central struktur for besættelse af undervisningsstillinger. Denne struktur vil betyde en væsentlig ændring af procedurerne og vil resultere i en efter min mening uhensigtsmæssig centralisering og ugenomsigtig afdemokratisering. Det er endnu uvist hvornår og præcist hvordan de nye regler træder i kraft.

Diverse.

Der har som vanligt været en del mindre opgaver gennem året, men ét problem synes at blive mere og mere markant med den stadig strammere stillingsstruktur: Barselsorlov under uddannelse! Hvorledes dette administreres bedst er der ikke endnu faste rammer for, og hidtil er problemet løst individuelt. Vi håber fra Sundhedsstyrelsen snart at modtage generelle retningslinier.

Alt i alt et spændende og igen positivt år i udvalget. Jeg vil takke alle udvalgets medlemmer for det gode og hyggelige samarbejde.

Kaare E. Lundstrøm, formand for uddannelsesudvalget i DPS.

Beretning fra Ungdomsmedicinsk Udvalg.

Udvalget har følgende 6 medlemmer:

Ole Andersen, Inger Leer Pedersen, Marianne Rix, Bente Hansen (repræsenterer skolelægeforeningen), Jørn Müller (repræsenterer FAYL) og Birgitte Marnér (formand).

I det forløbne år har udvalget holdt 5 møder:

4. nov. 96, 18. dec. 96, 3. jan. 97, 28. feb. 97 og 14. aug. 97.

Udvalget har sendt en skrivelse til DPS's bestyrelse vedr. inkorporering af ungdomsmedicin i pædiatrien og etablering af ungdomsmedicinske ambulatorier.

Vi har kendskab til, at man i flere amter har taget initiativ til at etablere ungdomsmedicinske ambulatorier. Opbygningen af ambulatorierne og de dertil knyttede patientgrupper varierer fra amt til amt.

15.8.97

Birgitte Marnér.

Beretning fra speciallægenævnets tilforordnede

August 97

Arbejdet har været præget af en stramning i speciallægenævnets krav til dispensation. Det er her vigtigt, at ledig kursusstilling - og 1.reservelæge kapacitet stilles til rådighed for sådanne ansøgere.

Karsten Hjelt

Niels Clausen

Beretning fra Endokrinologiudvalget

Der er afholdt 2 møder i årets løb. Udvalget arbejder på at etablere en ekspertuddannelse i pædiatrisk endokrinologi. Det forventes at der i løbet af et års tid vil kunne startes en uddannelse på et pædiatrisk endokrinologisk center (i samarbejde med Afdeling for vækst og reproduktion, Rigshospitalet og Børneafdelingen, KAS Glostrup). Udvalget har etableret kontakt med det udvalg, som arbejder med en europæisk uddannelse indenfor pædiatrisk endokrinologi. Det er udvalgets opfattelse, at man i størst mulige omfang bør søge at harmonisere de danske bestræbelser med de planer, som foregår på europæisk plan.

Beretning fra Nefro- urologiudvalget:

Udvalget har færdiggjort arbejdet med nefro-urologiske diagnosenumre til diagnoseudvalget. Udvalget har ikke været indkaldt til møder.

Anita Hansen Erling Nathan Ole Henrik Nielsen Nils Foged

Beretning fra diagnoseudvalget

August 97

Udvalget er i færd med at etablere en elektronisk pædiatrisk ICD10 diagnoseliste. Listen er inspireret af en tidligere liste udfærdiget af bl.a. Fin Ursin Knudsen samt indsendt materiale fra de faglige udvalg. Diagnoseudvalget har været i kontakt med Patientregistreringen, Sundhedsstyrelsen, der har det overordnede tilsyn med ICD 10 listen. I listen er der plads til 6 cifre. Inden for kort tid skulle alle amter få adgang til det 6. ciffer (i øjeblikket kan man nogle steder kun håndtere 5 cifre). Andre specialer har været ret tidligt ude og har til deres brug foreslået og fået gennemført diagnosedifferentiering svarende til 6. ciffer, der kan være et tal eller bogstav. Der skulle således være plads til vore behov også.

Diagnoseudvalget vil sammen med de pædiatriske fagudvalg argumentere overfor Patientregistreringen vedrørende vore 6.ciffer behov.

Den pædiatriske ICD10 liste vil komme som diskette, således at de enkelte afdelinger kan printe/ kopiere efter behov. Det er tanken, at listen løbende justeres.

Karsten Hjelt
(formand)

Margrethe Friberg

Anna Berg

Beretning fra Socialpædiatrisk Udvalg:

I oktober 1996 udpegede bestyrelsen følgende medlemmer til udvalget: Skolelæge Poul Bro, reservelæge Susanne Bülow (FAYL), overlæge Bente Hansen, overlæge Tony Olesen og overlæge Birgitte Marner (formand). Overlæge Ole Andersen har deltaget i møderne som bisider fra bestyrelsen.

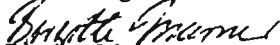
Udvalget har holdt følgende 5 møder:
11.12.96, 10.1.97, 12.2.97, 3.4.97 og 4.6.97.

Den del af kommissoriet, som udvalget specielt har arbejdet med, er: Uddannelse og funktion af kommunallæger.

Udvalget er i færd med at beskrive uddannelsens indhold af pædiatri for almen medicinere og socialmedicinere samt beskrive en supplerende uddannelse, som speciallæger i pædiatri bør have.

Desuden har udvalget forsøgt at skønne over, hvor mange stillinger, der er behov for m.h.p. at tilrettelægge uddannelse.

Med venlig hilsen



Birgitte Marner.

ledende overlæge,
formand for Socialpædiatrisk Udvalg.

Vedtagelse på repræsentantskabsmøde i DADL foråret 1995

Det er den enkelte læges ansvar at sikre sig en fortsat efteruddannelse, der vedligeholder og udbygger den pågældendes faglige kompetenceniveau.

Det er de lægelige organisationers ansvar ved samarbejde og forhandling med myndigheder mv. at sikre sig et relevant og koordineret udbud af efteruddannelsesaktiviteter, samt at finansieringen af lægernes efteruddannelse indgår som en del af sundhedsvæsenets budget.

Det er lægestandens ansvar at sikre sig, at den enkelte læges efteruddannelse kan dokumenteres over for en lægelig instans, således at denne del af kvaliteten af sundhedsvæsenets lægelige ydelser kan dokumenteres.

Continuing Medical Education (CME)

Continuing medical education is both a necessity and an obligation, which applies to the medical profession as to any other. The educational process lasts throughout the specialist's entire career, beginning with basic undergraduate training, carrying on through specialist training and extending for the remainder of professional life as Continuing Medical Education.

As it is an ethical and moral obligation, CME must be managed and supervised by the profession, independently of any source of finance, and uninfluenced by trends of opinion. CME should remain voluntary. A specialist who chooses not to participate in it should not lose his status as a doctor or a specialist.

The content of CME must take into account the specific situation of the specialist and in consequence is of an individual nature. Systems of assessment which award credit points are preferable to those which involve reevaluation of recertification of the specialist's knowledge. Control of such systems must remain in the hands of organisations which represent the medical community.

Charter on Continuing Medical Education in Paediatrics in the European Union.

1. Introduction.

The Charter on Continuing Medical Education of Specialists in the EC, UEMS (1994) emphasises that control of CME must be in the hands of organisations representing the medical community. Preferably National Paediatric Associations or Societies, or syndicates, not the governments, should be the authorities for the promotion, implementing and certification of Paediatric CME in Europe.

CME is an ethical obligation for every paediatrician throughout her or his entire professional career. Implementation of CME is obligatory. However, how it is achieved in individual countries will differ.

2. Standard Setting and Organisation.

2.1. European Level.

The CME-Working Group with one delegate from each member country was set up in 1994 by CESP with the purpose of guaranteeing the highest standards of paediatric care by adequate training and CME in all countries. This may be accomplished by professional input, structure, assessment, accreditation and quality assurance, safeguarding the financial independence and European co-ordination.

2.2. National Level.

In each country the Co-ordinating Paediatric Authority (CPA) should be established to keep a register of the validated CME activities.

Paediatricians in private practice should organise their practice in order to participate in CME appropriate to the type of clinical work in which they are engaged. They should be prepared to compensate the expenses associated with the activities out of the revenue of the practice.

Paediatricians in salaried positions should have adequate compensation for participation in CME. It should be laid down in the employment contract.

The CPA should publish an annual report with a summary of paediatric CME activities in the previous year in the member state concerned and the record of attendance of paediatricians.

In the long term it may be necessary to establish an Appeals procedure to hear cases where opinions differ over whether or not an individual has or not completed CME.

2.3. Quality Evaluation and Validation.

The evaluation and validation is organised by CPA.

3. General Aims of CME in Paediatrics.

3.1. To enhance the development of a paediatric profession which evaluates and improves the standards of its clinical practice. This should be based on evidence-based medicine and paediatric experience with highest ethical standards.

3.2. To sustain individual paediatricians in their work relating to the health and illness of children and their families, support them in their readiness to evaluate their actions and change them when appropriate, and take care of their own well-being. Every paediatrician is herself/himself responsible for her/his life-long learning.

3.3. To create a CME System which meets the needs of education individually, systematically, according to a plan, and in accord with the UN convention on the rights of the child.

4. Structure of CME.

4.1. Quantity of CME activities.

The minimum quantity of validated CME should be not less than 250 h/5 years. The accreditation points may also be earned by attendance at validated CME events outside the home country, thereby stimulating international exchange of paediatric experience and practice.

4.2. Professional Balance of CME Activities.

There should be a balance between CME of academic and clinical paediatrics taking into account differences in the paediatric profession in different European countries.

4.3. External and Internal CME.

The external education contains courses, meetings, seminars and group discussions outside the hospital or office.

- The topics should be based on the needs of the target audience and rotate in appropriate cycles in any country or regional area.
- The number of participants in a single course should be limited to a number which allows use of learner-centred methods.
- Each presentation should include sufficient time for interactive discussions.
- Handouts should be available.
- Every course should be evaluated with focus on learning.

The internal CME contains education organised within the hospital department or private office. It should be differentiated from training sessions.

5. Performance and Education.

The specific aims of CME may be determined by the CPA. This is in accordance with the traditional ways of Europe. The benefits include that it is easy for participants. However, it is an authoritative system which may result in excellent teaching, but less learning.

To avoid a passive learning process the goals of learning should be set up by the participants themselves, not by CPA or other body. This alternative approach may be based on a **Paediatric Portfolio**, individually produced, based on professional history, and paediatricians own concept of his/her skills. The aims are challenged continually during the CME through the critique of colleagues, and students when appropriate, and modified accordingly. The events of learning and personal professional development are recorded. The Paediatric Portfolio is continued through the career as part of the personal developmental process.

6. Evaluation.

Educational events should be evaluated by CPA in advance and by the participants on site. A standardised form should be available by which the individual paediatricians are evaluated at regular intervals, and by which each event is evaluated. CPA is responsible for recording of the results at the national level.

7. Credits and Finances.

An awarding system is necessary on an hourly basis. It should lead to benefits for the participants.

A guideline on how to deal with commercial support should be drawn up in order to maintain independence of content in accordance with the UEMS Charter. The limit of industrial support should be determined.

8. Research.

High quality studies of the performance and effectiveness of CME should be promoted by CESP. The results should be available for discussions by all member states.

Approved by the CME Working Group and CESP Assembly
Copenhagen May 31st 1997



30.11.97

PÆDIATRIENS LÆGEFAGLIGE BASIS

Nedenstående besvarelse af Sundhedsstyrelsens forespørgsel vedrørende den lægefaglige basis for pædiatri er udarbejdet af Dansk Pædiatrisk Selskabs bestyrelse efter, at der er indhentet oplysninger fra formændene for selskabets faglige udvalg.

SPECIALET PÆDIATRI

Pædiatrien omfatter diagnostik, behandling og kontrol af medfødte og erhvervede lidelser og afvigelser fra normal funktion i barnealderen, fra fødselen til overstået pubertet. Endvidere rådgivning vedrørende børns psykiske og fysiske udvikling og forebyggelse af sygdom og funktionsforstyrrelser.

Specialet er således i modsætning til de fleste andre specialer aldersdefineret, og ikke organdefineret. Der foregår derfor på alle niveauer et tæt samarbejde med andre lægelige specialer og sundhedsprofessioner, med andre pædiatriske afdelinger samt med amtslige og kommunale instanser. De fleste funktioner varetages i tværfagligt samarbejde med andre sundhedsprofessioner.

Specialet er i Danmark ikke formelt opdelt i grenspecialer, men der er sket en tiltagende subspecialisering. For at sikre fagets udvikling og et fagligt højt niveau, er der internt i specialet opstillet vejledende retningslinier til uddannelsesstillinger, i hvilke pædiatriske speciallæger kan videreuddannes til eksperter. Der eksisterer i øjeblikket planer for indholdet i de fleste ekspertområder, og der findes allerede stillinger indenfor allergologi, børneneurologi og neonatologi.

Specialet udøves primært på de pædiatriske afdelinger. I øjeblikket er der 22 pædiatere med praksis som hovederhverv. Hertil kommer pædiatere med deltidsbeskæftigelse i praksis samt pædiatere ansat i den nyligt etablerede kommunale sundhedstjeneste for børn og unge. En del børn og unge ses af praktiserende "voksen"-speciallæger f.eks. i allergologi og neurologi som udtryk for manglende pædiatrisk speciallæge dækning i praksis.

Der er i alt 22 pædiatriske afdelinger med 1 eller 2 afdelinger i alle amter på nær Bornholms Amt. Fjorten afdelinger er amtsafdelinger alene med basisfunktion. Fem afdelinger (Glostrup, Hvidovre, Odense, Ålborg og Århus) har basisfunktion og lands- landsdelsfunktioner, mens de pædiatriske klinikker på Rigshospitalet (Pædiatrisk Klinik I og II, neonatalafdelingen, Klinik for vækst og reproduktion samt Afdeling for Klinisk Genetik) væsentligst har lands- landsdelsfunktioner.

I 1996 var der 76.600 indlæggelser på de pædiatriske afdelinger. Ca. 85% af disse skyldes akutte lidelser, oftest infektioner. Men altfor mange indlæggelser af børn <15 år foregår fortsat på voksenafdelinger uden pædiatrisk kyndigt personale. De fleste patienter med kroniske lidelser behandles enten ambulant eller under kortere indlæggelser. Der var i 1996 i alt 144.000 ambulante ydelser på de pædiatriske afdelinger, fortrinsvis for kronisk syge børn. Kontroller af mere almindelige lidelser efter indlæggelser varetages i stigende grad i almen praksis.

DEN FUNKTIONSBÆRENDE ENHED OG DET HØJT SPECIALISEREDE NIVEAU

Sundhedsstyrelsens oplæg definerer **den funktionsbærende enhed (FE)**, som en faglig og organisatorisk enhed, der varetager hovedparten af opgaverne vedrørende diagnostik, behandling, pleje og lægelig uddannelse.

FE varetager uddannelsen til speciallæge i forbindelse med introduktionsstillinger og 1. reservelægestillinger. Hertil kommer supplerende uddannelse til andre specialer samt blokuddannelse til almen medicin.

Endvidere defineres **det højt specialiserede niveau (HSN)**, der varetager opgaver, der bør samles få steder. HSN varetager speciallægeuddannelsen i forbindelse med undervisningsstillinger, 1. reservelægestillinger samt supplerende stillinger. Hertil kommer ekspertuddannelse efter afsluttet speciallægeuddannelse.

Ved planlægning og visitation bør der tages hensyn til såvel erfaringsopsamling, forskning og uddannelse som til tilgængelighed og ressourceforbrug.

Der bør være et vist kendskab til alle ekspertområder på alle såvel FE som HSN. Derved sikres den hurtigst mulige diagnostik og evt. visitation og mulighed for senere opfølgning.

Særligt komplicerede tilfælde af sygdomme, der sædvanligvis varetages udelukkende på FE, visiteres til HSN efter behov. Omvendt kan patienter, der i en periode eller med henblik på specielle undersøgelser har behov for at behandles/vurderes på HSN, senere kontrolleres på FE, afhængigt af lokal ekspertise og kapacitet.

Der er etableret samarbejde med udveksling af læger mellem FE og HSN under videreuddannelse til speciallæger i de såkaldte blokstillinger med aftalte forløb med undervisningsstilling og efterfølgende 1. reservelægestilling.

Dansk Pædiatrisk Selskab vil arbejde på at udvide samarbejdet internt i faget og evt. med andre specialer om efteruddannelsen, såvel til ekspertuddannelse som til supplerende uddannelse i øvrigt. For nogle ekspertområders vedkommende kunne det endvidere være af værdi at eksperter fra HSN kunne tilse patienter og undervise på FE (f.eks. cardiologer).

Der bør derfor aftales et **regionalt gensidigt forpligtende og fleksibelt samarbejde** mellem FE og HSN. Der kan i vid udstrækning laves "satellit-aftaler" som beskrevet i vejledningen vedrørende specialeplanlægningen.

Det regionale samarbejde kunne lattes, såfremt de koordinerende administrative enheder omfattede såvel FE som HSN. For at sikre og lette samarbejdet foreslås oprettelse af faste udvalg mellem FE og HSN til diskussion af enkelte patienter og generelle forløb.

FE bør omfatte de 5 basale funktionsområder: almen pædiatri; neonatologi; astma, allergologi og lungelidelser; neurologi; endokrinologi (særligt diabetologi). (Se nedenfor for detaljer). Geografiske forhold kan nødvendiggøre, at mindre pædiatriske afdelinger ikke har det nødvendige befolkningsunderlag til at dække alle de nævnte områder; eller der kan være lokale visitationsregler (som f.eks. Hovedstadens Sygehusvæsen). I sådanne tilfælde bør der etableres et lokalt samarbejde, således at flere afdelinger tilsammen udgør en FE. Derved sikres såvel de lægefaglige funktioner

som den lægelige uddannelse. **Befolkningsunderlaget** for FE bør ligge på ca. 250.000 svarende til 50.000 børn <15 år. Hertil skal lægges ydelser overfor unge i alderen 15-18 år.

Aktuelt er der overvejelser i specialet med henblik på at etablere adolescensmedicinske funktioner for unge med kroniske lidelser. Der eksisterer i øjeblikket ikke noget målrettet tilbud i sundhedsvæsenet til disse patienter. Mange har som følge af deres grundsygdom forstyrrelser i forbindelse med pubertetsudviklingen. For enkelte grupper vedkommende (f.eks. cystisk fibrose og forskellige metaboliske sygdomme) er situationen den, at patienterne tidligere ikke overlevede barndommen. Der er derfor reelt ingen erfaring indenfor den interne medicin med hensyn til disse lidelser. Disse problemer varetages derfor bedst i pædiatrisk regi, men adskilt fra behandlingen af mindre børn.

Uddannelsen

Den lægelige uddannelse i FE omfatter introduktion, 1.reservelæge uddannelse til specialet samt supplerende uddannelse til andre specialer herunder til almen medicin. For at sikre en rimelig uddannelse, bør afdelingen have mindst 1.800 indlæggelser og ca. 3.000 ambulante ydelser per år. Dette svarer til at en kommende almen mediciner i 7 skiftet vagt og med ambulatoriefunktion hver 2. uge i løbet af 6 måneders ansættelse ser ca. 100 akutte patienter samt 150 ambulante patienter. En læge i introduktionsstilling vil i løbet af 12 måneders ansættelse se dobbelt så mange patienter.

Da faget ikke er organbaseret, har vordende pædiatere behov for supplerende uddannelse i andre specialer. Der bør derfor klassificeres et tilstrækkeligt antal supplerende stillinger, så hver enkelt under uddannelse til speciallæge i pædiatri kan få 2 supplerende stillinger à 6 måneder. Efteruddannelse til ekspert finder næsten udelukkende sted på HSN.

De fleste kontakter, børn og unge har med sundhedsvæsenet, finder sted i almen praksis. De forebyggende børneundersøgelser er udelukkende henlagt til almen praksis. Det må derfor være et lægefagligt krav, at alle speciallæger i almen medicin under uddannelsen til speciallæge ansættes på en (FE-) pædiatrisk afdeling i mindst 6 måneder.

Pædiatrisk sygepleje

Faget er i meget høj grad afhængigt af specielt uddannede sygeplejersker, som udfører en lang række opgaver på højt niveau. Det gælder sygeplejemæssige opgaver indenfor neonatologi, allergologi, diabetes, neurologi, urologi og på akutte modtage- og observationsafsnit mm.

Dansk Pædiatrisk Selskab støtter, at der etableres en speciale-orienteret uddannelse indenfor pædiatri for sygeplejersker.

Forskning og kvalitetsudvikling

Forskning vil primært foregå på HSN, men der bør også forskes på FE indenfor de områder, der varetages der. Kvalitetsudvikling og kvalitetssikring bør løbende finde sted på begge niveauer. Det må sikres, at der faktisk afsættes ressourcer hertil. En del udviklingsarbejde bør foregå i samarbejde med andre afdelinger.

Der kan som eksempel henvises til det eksisterende samarbejde i forbindelse med behandling af nyfødte børn og diabetes hos børn og unge, der bl.a. har resulteret i oprettelse af databaser, der omfatter alle landets pædiatriske afdelinger.

For mange andre tilstande bør der etableres kliniske databaser i samarbejde mellem FE og HSN med henblik på kvalitetssikring, udvikling og forskning.

Der bør sikres den nødvendige ressourcetilførsel til HSN til kvalitetsudvikling herunder etablering af registrering, udviklingsarbejde og forskning. Dette arbejde kan endvidere tjene til dokumentation for aktiviteten og det faglige niveau på HSN.

Samarbejde med tilgrænsende specialer

Alle børn med behov for indlæggelse bør indlægges på afdelinger, der opfylder nedenstående basale krav. Disse krav er ikke optimalt gennemførlige andre steder end på pædiatriske afdelinger. De forskellige andre lægelige specialer bør dels have konsulentfunktioner, dels selvstændig varetagelse af behandling af børn indlagt på pædiatrisk afdeling. Herved sikres samtidigt, at børn med almen pædiatriske problemer "opfanges" under indlæggelser for andre lidelser.

De vigtigste tilgrænsende specialer bør placeres i samme hospital som den pædiatriske afdeling. Alternativt bør specialisterne komme til patienterne. Herved undgås, at børn skal flyttes fra sygehus til sygehus med henblik på undersøgelse og behandling, med mindre der er tale om specielle vurderinger f.eks. på HSN.

Basale krav til en afdeling for børn

Børn har behov for at være sammen med andre børn på samme udviklingsniveau. Dette er særligt væsentligt, hvis barnet er belastet - som f.eks. i forbindelse med indlæggelse. Børn bør ikke indlægges sammen med voksne.

Alle afdelinger, såvel FE som HSN, der behandler børn, bør opfylde følgende basale krav:

- alle involverede professioner er vidende om børns udvikling og reaktioner
- der bør være ordentlige opholdsfaciliteter for forældre i dag og aften-tid, mulighed for fortæring samt adgang for forældre og andre pårørende til at overnatte hos barnet efter behov. Især bør nybakte mødre ikke adskilles fra deres syge nyfødte børn
- der bør være børnevenlige omgivelser og legemuligheder, inklusive legerum med pædagoger adskilte fra de almindelige opholdsrum og sengestuer, så børnene kan "holde fri"
- der bør være de fornødne undervisningsfaciliteter til langvarigt indlagte skolesøgende børn

Tilsvarende krav må stilles til f.eks. skadestuer og modtagelsesrum. Der bør være venterum for børn adskilte fra venterum for voksne, der venter på behandling.

PÆDIATRISKE FUNKTIONSORMÅDER

Nedenfor gennemgås fagets funktioner enkeltvis efter funktions/ekspertområder. De første, der bør varetages på alle FE, betegnes de "basale" områder. Dernæst følger områder, der især varetages på HSN i samarbejde med FE.

Enhver funktion, der varetages på en afdeling (FE eller HSN), bør ledes af mindst 2 fastansatte speciallæger i pædiatri med særlig viden indenfor det pågældende område. På HSN - eller FE med satellit-aftaler - bør området ledes af eksperter indenfor feltet, dvs. at de pågældende har gennemgået efteruddannelser som beskrevet af Dansk Pædiatrisk Selskab eller tilsvarende uddannelsesforløb.

BASALE FUNKTIONSORMÅDER

Almen pædiatri

Faget omfatter vurdering og vejledning vedrørende børns almindelige udvikling og evt. behandling ved afvigelse herfra; behandling af infektioner, der ikke kan behandles i almen praksis, som f.eks. meningitis, alvorlige pneumonier eller gastroenteriter m.fl.; forgiftninger samt psykosomatiske reaktioner. Området strækker sig fra vurdering af nyfødte og småbørn til unge i puberteten. Funktionerne varetages på alle pædiatriske afdelinger som led i forpligtelsen overfor lokalområdet og i speciallægepraksis..

Der arbejdes ofte i tværfaglige team med deltagelse af pædiatriske sygeplejersker, psykologer, børnepsykiatere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, talepædagoger, socialrådgivere, skolelærere, pædagoger mfl. Ved alvorlige infektioner og forgiftninger samarbejdes med anæstesiologer. Enkelte steder er med held etableret udadrettede funktioner i form af konsulentfunktioner på institutioner og i samarbejde med almen praksis. Der vil i fremtiden blive et behov for tæt samarbejde med den kommunale sundhedstjeneste for børn og unge.

Indenfor almen pædiatri samarbejdes med flere lægelige specialer, der almindeligvis betjener almen praksis: klinisk kemi, klinisk mikrobiologi, radiologi, øjenlæger, otologer, høreklubnik mfl. Hertil kommer pædagoger, psykologer, socialrådgivere .

Området er vanskeligt at kvantitere, men det er tidligere skønnet, at ca. 50% af alle børn på et eller andet tidspunkt henvises til en børneafdeling. Mange af funktionerne kan foregå ambulant.

Almen pædiatri kan varetages i speciallægepraksis eller udflyttede ambulatorier med et befolkningsunderlag på 50.000 svarende til ca. 10.000 børn og unge. Området omfatter basale funktioner i specialiet og kan derfor varetages af alle speciallæger i faget. Dog kan der være behov for ekspertviden indenfor særlige områder.

I nær fremtid vil der blive behov for en ekspertuddannelse i socialpædiatri bl.a. i forbindelse med etableringen af den kommunale sundhedstjeneste for børn og unge. Det skønnes at op i mod 25% af alle børn under opvæksten får vanskeligheder, hvis løsning stiller krav om socialpædiatrisk viden. De fleste problemer vil kunne løses i almen praksis evt. i samarbejde med den kommunale sundhedstjeneste. Kun for de sværeste tilfælde vedkommende er der behov for ekspertbistand.

Astma, allergologi og lungelidelser

Omfatter diagnostik, behandling og kontrol af astma og atopiske lidelser samt behandling af kroniske lungelidelser hos børn og unge.

Astmatiske problemer optræder hos ca. 30% af alle 0-2 årige børn. Ca. 1/3 af disse vil senere udvikle astma. Atopiske lidelser i øvrigt ses hos 5-10% af populationen. Det er skønnet, at 17.000 børn og unge årligt vil have behov for allergologisk udredning. FE vil kunne varetages i en baggrundsbeholdning på 250.000 svarende til 50.000 børn og unge. På basis af tal fra Fyns Amt kan det skønnes, at dette grundlag vil betyde 50-75 akutte indlæggelser med astma per år, ca. 450 nyhenviste patienter til udredning per år og ca. 1.400 kontrolbesøg.

De allerflESTE børn kan behandles i FE eller i speciallægepraksis. I hospitalsregi varetages området af mindst 2 fastansatte speciallæger med ekspertviden.

Der arbejdes i stigende grad i tværfaglige teams med bl.a. med sygeplejersker, fysioterapeuter, diætister mfl. Der tilbydes undervisning af patienter og deres pårørende. Der samarbejdes med specialerne dermatologi, radiologi, klinisk fysiologi, klinisk kemi og mikrobiologi. Endvidere et tæt samarbejde med den primære sundhedstjeneste. Det må formodes, at der vil blive etableret tæt kontakt til den kommunale sundhedstjeneste for børn og unge.

FE varetager uddannelse på introduktionsniveau, 1. reserVELæge-niveau samt til almen praksis.

HSN varetager behandling og diagnostik af komplicerede allergologiske tilstande f.eks. ved udtagelse af biopsier samt undersøgelse af specielle inflammationsmarkører mv. Hertil kommer komplicerede lungefunktionsundersøgelser. Skønsmæssigt 100 per år.

Endvidere varetages behandling af komplicerede kroniske lungelidelser, som f.eks. cystisk fibrose. Der er samarbejde med immunologer, transplantationskirurger mfl. Der skønnes at være behov for 3 afdelinger på HSN. På HSN foregår uddannelse på ekspertniveau.

Endokrinologi

Omfatter diagnosticering, behandling og kontrol af medfødte og erhvervede endokrinologiske sygdomme som f.eks. diabetes, thyreoidea lidelser, binyrelidelser mfl. samt udredning, diagnostik og behandling af patienter med abnorm vækst eller pubertet.

FE varetager størsteparten af området. 2-5% af alle børn og unge på et eller andet tidspunkt behov for vurdering af væksten og/ eller pubertetsudviklingen, dog ikke nødvendigvis på specialafdeling. Hertil kommer ca. 1.800 børn og unge med diabetes (den hyppigste endokrine lidelse i aldersgruppen) og børn og unge med andre endokrine lidelser.

Der er de fleste steder oprettet diabetesteams med deltagelse af særligt kyndige diabetessygeplejersker, diætister, psykologer og socialrådgivere. Mindst 1 særligt kyndig fastansat speciallæge er ansvarlig for området.

Udredning og behandling af endokrine lidelser kræver samarbejde med speciallaboratorier og adgang til først og fremmest MR-scanning.

FE skønnes at skulle have et befolkningsunderlag på 250.000, svarende til 50.000 børn.

HSN varetager udredning og behandling af sjældne eller komplicerede tilstande, som f.eks. intersex, vækstforstyrrelser i forbindelse med særlige syndromer eller andre komplicerede tilstande. Der er behov for samarbejde som nævnt under FE samt samarbejde med børnekirurgi, gynækologi, plastikkirurgi, neurokirurgi, neuroradiologi, klinisk fysiologi, specielle ultralydundersøgelser metoder mfl. HSN skønnes at skulle have et befolkningsunderlag på ca. 2.5 millioner. HSN varetager ekspertuddannelse.

Neonatalogi

Alle gravide kvinder bør tilbydes ultralyd-scanning tidligt i svangerskabet med henblik på en sikring af terminsberegningen (samt diagnostik af flerfoldsfødsler og alvorlige misdannelser). En sikker terminsberegning er en nødvendig basis for senere kontrol af fostrets tilvækst og diagnosticering af intrauterin vækstretdning. Intrauterin væksthæmning og præmaturitet er de obstetriske komplikationer, der belaster neonatalafsnittene mest. Yderligere, bør der være adgang til såkaldte type 2 ultralydscanninger med henblik på påvisning af misdannelser, specielt hjertemisdannelser.

Alle fødsler bør finde sted på afdelinger med mindst 2.000 fødsler per år. Der bør kunne tilkaldes obstetriske, pædiatriske og anæstesiologiske assistance umiddelbart og på alle tidspunkter af døgnet. Det optimale er, at fødslerne finder sted på hospitaler, hvor der også er en pædiatriske afdeling. Erfaringen har vist, at det er yderst vanskeligt på forhånd at visitere alle risiko-fødsler fra. Uventet svært asfyktiske børn er en gruppe med stort, øjeblikkeligt og intensivt behandlingsbehov. Derfor bør de neonatologiske afsnit placeres tæt ved fødegangen. Herved kan det sikres, at barnets vitale kredsløbs- og lungefunktioner kan stabiliseres så hurtigt som muligt. Uanset om den videre behandling skal foregå på FE eller HSN.

Mødre til indlagte nyfødte børn bør kunne medindlægges sammen med deres barn. Kontakten mellem det nyfødte barn og forældrene er kritisk og af stor betydning for barnets fremtidige trivsel og udvikling. Syge nyfødte, særligt med langvarigt indlæggelsesbehov, er særligt vanskeligt stillede i denne sammenhæng.

FE varetager behandling af de almindeligst forekommende neonatologiske problemer: Præmaturitet, respiratoriske problemer, asfyxi, infektioner, hyperbilirubinæmi mm. Der stilles store krav til læge- og plejepersonalets rutine, erfaring og uddannelse. Behandlingen foregår i tværfaglige team.

Det nødvendige befolkningsunderlag for FE skønnes at være 250.000, svarende til 3.000 fødsler. Da ca. 10% af alle nyfødte indlægges på pædiatriske afdeling vil dette give et indlæggelsesantal på 300 per år. Nyfødte bruger ca. 1/3 af det samlede sengedagsforbrug på pædiatriske afdelinger. Yderligere ca. 5% af alle nyfødte har behov for pædiatriske vurdering på barselsgangen. Dette antal skønnes tilstrækkeligt til at sikre at læge- og plejepersonale kan uddannes og vedligeholde deres viden. Men ikke tilstrækkeligt til at uddanne neonatologiske eksperter. Funktionen varetages af mindst 2 fastansatte speciallæger med ekspertviden.

Der bør i FE være et tæt samarbejde med specialerne anæstesiologi, obstetrik, oftalmologi, otologi, ortopædkirurgi, klinisk kemi med adgang til mikropåværet, klinisk mikrobiologi, billeddiagnostiske undersøgelser, såvel ultralyd som CT og helst også MR-scanning. Hertil kommer tværsektorielt

samarbejde med socialforvaltninger og den primære sundhedstjeneste i almen praksis og sundhedsplejersker.

HSN varetager behandling af længerevarende og kompliceret respiratorbehandling samt behandling af alvorlige medfødte misdannelser. Behovet for respiratorbehandling er faldende bl.a. efter introduktion af surfactantbehandling. Men der foregår en ikke ringe transport af syge nyfødte fra FE til HSN. Transporten kan oprustes sådan at den modtagende afdeling selv henter patienten efter primær stabilisering.

HSN varetager uddannelse i forbindelse med undervisningsstilling samt ekspertuddannelse.

Der samarbejdes - ud over de under FE nævnte - med børnekirurger, neurokirurger og thoraxkirurger.

I en gennemgribende analyse om neonatologiens organisation har et udvalg under Sundhedsstyrelsen skønnet, at der er behov for 3 afdelinger med HSN, dog at visse funktioner kan varetages på enkelte FE. Helt specielle funktioner (f.eks. ECMO-behandling) varetages alene på 1 afdeling i landet.

Neurologi

Området omfatter behandling og vurdering af børn med neurologiske lidelser, epilepsi og mental retardering. Hertil kommer vurdering af børn med multiple handicap.

Svarende til basisfunktionen i FE, er der etableret amtslige handicap-teams med deltagelse af pædiatere, ortopædkirurger, fysio- og ergoterapeuter, psykologer, pædagoger, talepædagoger, audiologer, socialrådgivere mfl. Der er et tæt samarbejde med amtslige specialinstitutioner og skoler. Funktionen bør varetages af mindst 2 fastansatte speciallæger med ekspertviden.

Skønsmæssigt 3% af børnebefolkningen lider af mental retardering, epilepsi, cerebral parese eller behov for vurdering herfor. Et befolkningsunderlag for FE på 250.000 sikrer, at de enkelte specialopgaver kan varetages i lokalområdet; dog i samarbejde med specialkonsulenter f.eks. ved svære syns- eller hørehandicap.

Der er etableret centre for sjældne handicap i øst og vestdanmark og specielle centre for enkelte sygdomme, f.eks. Føllings syge. Tilrettæggelsen af hele dette område er i øjeblikket genstand for vurdering i et udvalg under Sundhedsstyrelsen. Der er ved at blive etableret fælles undersøgelses- og behandlingsprogrammer, der skal udføres i et samarbejde mellem FE og HSN. Den eksisterende faglige viden bør udnyttes bedst muligt.

Alvorlige misdannelser, som f.eks. myelomeningocele, kraniofaciale misdannelser, progressiv muskeldystrofi etc. varetages i tæt samarbejde eller alene af HSN.

Der er et udtalt ønske om etablering af særlige HSN (centre) til behandling af børn og unge med akutte hjernetraumer, i tæt samarbejde med FE. Behandlingen bør baseres på tværfaglige teams, for at opnå det bedst mulige resultat. Området har for nyligt været vurderet i en arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen, og det synes dokumenteret ved erfaringer fra udlandet, at sådanne centre kan nedsætte såvel mortalitet som morbiditet.

Både på FE og HSN er der behov for samarbejde med en lang række lægelige specialer f.eks. neurokirurgi, ortopædkirurgi og adgang til avancerede billeddiagnostiske metoder, hertil kommer samarbejde med tandlæger, psykologer, fysioterapeuter mfl.

Det skønnes at HSN bør have et befolkningsunderlag på 1.5 - 2 millioner. HSN varetager ekspertuddannelsen.

ANDRE FUNKTIONSSOMRÅDER

Cardiologi

Børn med medfødte cardielle misdannelser eller erhvervede hjertesygdomme. Hertil kommer udredning af børn med hypertension. Diagnose og udredning samt behandling foregår på HSN, eller på FE med satellitafale.

Børnecardiologi på HSN udøves i tæt samarbejde med specialiserede hjertekirurger og betjener sig af avancerede billeddiagnostiske og invasive procedurer. Postoperativt bør patienterne kunne observeres på afdelinger med specialviden om børn.

Ca. 1% af alle nyfødte har medfødte hjertelidelser, heraf behøver 3/4 invasiv behandling. På basis af udenlandske erfaringer, skønnes det, at befolkningsunderlaget for HSN, herunder den hjertekirurgiske ekspertise, bør være ca. 2-5 millioner.

FE varetager behandlingen i stabile perioder. På FE bør der være speciallæger med særlig interesse for området, men der er ikke behov for egentlige eksperter.

Gastroenterologi

Gastroenterologiske problemer strækker sig fra almindelige gastroenteritter, der hos større børn ofte behandles i almen praksis til alvorlige medfødte gastrointestinale misdannelser, inflammatoriske tarmsygdomme, cøliaki og leversygdomme.

FE varetager behandling af almindelige gastrointestinale infektioner, fødevareallergi og intolerans og i samarbejde med HSN kontrollen af inflammatoriske tarmsygdomme og cøliaki. På FE er der ikke behov for egentlige eksperter til varetagelse af området.

Området varetages på HSN af mindst 2 fastansatte speciallæger med ekspertviden. Afdelingen bør varetage endoskopi-funktion mm.

Behov for samarbejde med patologi, radiologi, børnekirurgi, kirurgisk gastroenterologi, mikrobiologi mfl.

Befolkningsunderlag for HSN i forbindelse med inflammatoriske tarmsygdomme: ca. 1.5 millioner For gastrointestinale misdannelser: ca. 2.5 millioner. Og for f.eks. levertransplantationer 5 millioner.

Immunologiske lidelser

Omfatter behandling af autoimmune lidelser som f.eks. juvenil rheumatoid arthritis og immundefekter af alle sværhedsgrader.

Området varetages af FE i samarbejde med HSN. Der samarbejdes med patologer, klinisk kemi, blodbanker mfl. samt fysio- og ergoterapeuter.

Der er ikke behov for eksperter på FE. På HSN bør området varetages af mindst 2 fastansatte speciallæger med ekspertviden. Befolkningsunderlaget for HSN skønnes at være 1.5-2 millioner.

Hæmatologi og onkologi

I: Benign hæmatologi

Omfatter bl.a. anæmi af forskellig genese, trombopenier samt hæmofili.

Størsteparten af området varetages på FE og f.eks. jemmangel i almen praksis. Kun komplicerede tilfælde på HSN.

Samarbejde med klinisk kemi, blodbank og genetikere. Der er ikke behov for eksperter på FE.

HSN varetages sammen med den maligne hæmatologi og onkologi.

II: Malign hæmatologi og onkologi

Området omfatter behandling af børn med leukæmi og maligne tumorer. Det varetages på HSN.

Der samarbejdes med radiologer, radioterapeuter, kirurger, herunder børnekirurger og neurokirurger, klinisk kemi, mikrobiologi. Der nydiagnosticeres årligt 125-150 børn. Behandlingen kan være såvel medicinsk som kirurgisk eller radiologisk. Hertil kommer ca. 25 knoglemarvstransplantationer per år.

Ofte er der tale om en langvarig primær indlæggelse efterfulgt af hyppige kontroller. Området varetages af mindst 2 fastansatte speciallæger med ekspertviden.

Senfølger til behandlingen ses ikke sjældent i form af endokrine, kardiale, nefrologiske eller ortopædkirurgiske lidelser. Kontrollen af disse varetages af HSN i samarbejde med FE. Befolkningsunderlaget for HSN skønnes at skulle være 2-3 millioner, svarende til mindst 400.000 børn.

Metaboliske sygdomme

Børn med metaboliske sygdomme behandles på HSN i samarbejde med FE. Der er behov for samarbejde med speciallaboratorier i forbindelse med diagnostik og kontrol. Området omfatter ikke mindst vejledning og genetisk rådgivning.

Der samarbejdes med kliniske genetikere, neuropædiatere, diætister, ortopædkirurger, transplantationskirurger mfl.

Der er tale om skønsmæssigt 200-300 børn på landsplan med 100 forskellige lidelser, hvoraf nogle kun er repræsenteret ved 1-5 patienter. Befolkningsunderlaget for HSN skønnes at være 2-3 millioner svarende til ½-1 million børn.

Den kliniske kontrol bør varetages af pædiatere med viden om børneneurologi og børns udvikling og vækst. Kontrollen kan i perioder foregå på FE. På FE er der ikke behov for eksperter, mens området på HSN bør varetages af mindst 2 fastansatte speciallæger med ekspertviden.

Et særligt problem er overgangen til voksenalderen. Tidligere overlevede mange af disse patienter ikke barndommen. Der er derfor ingen erfaring blandt intern medicinere for at behandle denne større og større gruppe af unge og voksne med disse lidelser. Problemet løses foreløbigt bedst ved at voksne patienter fortsætter kontakten med de pædiatriske afdelinger herunder især HSN.

Nefro-urologi

Omfatter behandling af urinvejsinfektioner, nefrotisk syndrom, nefritis mfl., samt alvorlige medfødte urogenitale misdannelser og nyreinsufficiens.

FE varetager behandling og udredning af alle almindeligt forekommende lidelser. Ca. 4% af alle børn oplever en eller flere urinvejsinfektioner. Inkontinens og enuresis, nefrotisk syndrom mm. Størsteparten af kontakterne foregår ambulant. Behandlingen organiseres mange steder i teams bl.a. omfattende særligt uddannede sygeplejersker. Der er ikke behov for egentlige eksperter på området på FE.

Der er behov for samarbejde med urologer, radiologer, klinisk fysiologi, mikrobiologi mfl.

HSN varetager behandling af alvorligere misdannelser, dialysekrævende nyreinsufficiens, neurogen dysfunktion. Hertil kommer nyretransplantationer. Der er behov for en udbygning af dette pædiatriske område. På HSN bør det varetages af mindst 2 fastansatte speciallæger med ekspertviden. Samarbejdspartnere som ovenfor samt børnekirurger og nefrologer.

Der er behov for uddannelse af særligt kyndige sygeplejersker, f.eks. uroterapeuter og pædiatriske dialyseassistenter.

Befolkningsunderlaget for HSN skønnes at skulle være 2.5 millioner.

Spec. infektioner

De fleste infektioner omfattes af "almen pædiatri". Særlige infektioner behandles dog på HSN. Det gælder f.eks. HIV hos børn samt tuberkuløs meningitis.

Der samarbejdes med mikrobiologer og infektionsmedicinere. Området varetages på HSN af mindst 2 fastansatte speciallæger med ekspertviden. Befolkningsunderlaget skønnes at være 1.5-2 millioner.

REFERAT
ORDINÆR GENERALFORSAMLING
DANSK PÆDIATRISK SELSKAB
5. SEPTEMBER 1997

1. Valg af dirigent

Henrik Hertz blev valgt til dirigent og konstaterede at generalforsamlingen var lovligt indkaldt.

2. Formandens beretning

Formanden **Ole Andersen** henviste til den skriftlige beretning. DPS tæller nu 435 medlemmer. I årets løb var 2 medlemmer var afgået ved døden, Professor, dr.med. **Bengt Zachau-Christiansen** og dr.med. **Hans Keiser-Nielsen**. Forsamlingen mindedes de afdøde med et minuts stilhed.

Selskabet har afholdt 7 videnskabelige møder med lidt varierende deltagelse. Dette så bestyrelsen på med nogen bekymring og fremlagde oplæg til ny mødeform (se pkt. 10).

Bestyrelsen var af den opfattelse, i lighed med det ungdomsmedicinske udvalg, at det var nødvendigt at udvide målbeskrivelsen af pædiatri til at omfatte **børn og unge**.

Antallet af uddannelsesstillinger var i 1997 blevet udvidet til 18 ved en hurtig indsats i foråret, da Sundhedsstyrelsen uformelt havde meddelt at man var villig til at acceptere en midlertidig udvidelse af antallet.

Amtsrådsforeningen havde at bedømmelsen af ansøgere til uddannelsesstillinger skal varetages af et centralt vurderingsudvalg med 2 repræsentanter fra region *øst, syd og nord* valgt af amterne, 1 repræsentant fra yngre læger og 1 fra selskabet. Der var stillet krav om, at alle i udvalget skal være speciallæger, men dette krav var dog bortfaldet igen. Derudover skulle 3 regionale ansættelsesudvalg nedsættes bestående af medlemmer fra de ansættende afdelinger (inklusive 1 yngre læge). Bestyrelsen fandt det uheldigt at danske børnelægers demokratiske indflydelse på uddannelsen ville blive reduceret. Især var den manglende repræsentation af yngre folk kritisabel.

Ekspertuddannelserne havde i øjeblikket 5 fungerende stillinger i neonatologi (3), neurologi (1) og allergologi (1).

Der er tiltagende aktivitet omkring en formalisering af efteruddannelsen af speciallæger. FAS havde udsendt brev om, at man var villig til økonomisk at støtte udviklingsforsøg af et evalueringssystem/pointsystem. En egentlig formalisering med et pointsystem kunne også bruges overfor amterne i det øjemed at forbedre efteruddannelsesmulighederne.

Formanden havde på selskabets vegne deltaget i et møde arrangeret af Sundhedsstyrelsen om et muligt nyt speciale i **akut medicin**. Der havde imidlertid hersket stor tvivl på mødet om, hvad specialet skulle indeholde og der syntes ikke at være umiddelbar fare for at pædiatrien ville blive berørt. Sundhedsstyrelsen ville nu forsøge at definere indholdet og vende tilbage.

Formanden nævnte det uhensigtsmæssige i visse dele af den danske udgave af **diagnoselisten ICD-10**, hvor forskellige sygdomme blev klassificeret under samme kode-nummer, til trods for væsentlige forskelle. Nye 6-cifrede kodemuligheder ville dog kunne afhjælpe problemet. DPS ville tage kontakt til andre videnskabelige selskaber med henblik på henvendelse til Sundhedsstyrelsen via DMS såfremt problemet fortsatte.

Sundhedsstyrelsen havde indkaldt DMS og DKS (og dermed de videnskabelige selskaber) til at deltage i arbejdsgrupper med det formål at beskrive **det lægefaglige grundlag for sundhedsvæsenet**. DPS deltog i den medicinske gruppe, men med tæt kontakt til obstetikerne som deltog i den kirurgiske gruppe. Udvalgsformændene var blevet bedt om at levere en række oplysninger og oplæg til næste runde om en nærmere kvantitering af forholdene omkring de lokale afdelingers og lands-/landsdels afdelingers varetagelse af deres specifikke underområde og basisområder.

Bestyrelsen havde i årets løb besvaret flere betænkninger, der var sendt til høring. Specielt vedrørende betænkningen omkring svangreomsorg havde DPS gjort indsigelse mod oplæggets forslag om fødsler på mindre fødesteder uden pædiatrisk assistance. Dernæst så DPS gerne, at man rutinemæssigt ultralydsscannede de gravide mødre for at sikre den bedst mulige viden om fostrets tilvækst.

Diskussion af formandens beretning

Finn Becker-Christensen, Grønland, mente ikke, at der i ICD-10 var fejl, men at det måtte være brugen af diagnoselisten, der var fejlagtig. Formanden fastholdt imidlertid bestyrelsens udlægning med konkrete eksempler.

Arne Høst, Odense, gjorde opmærksom på at man i europæisk sammenhæng var ved at udvikle modelprogrammer for uddannelsen af subspecialister i allergologi, pulmonologi og infektionsmedicin. Derudover blev der i CESP/UEMS sammenhæng arbejdet på at fremstille et fælles europæisk evalueringsskema vedr. CME.

Der blev spurgt om, hvorvidt man kunne tage noget af sin ekspertuddannelse inden speciallæge anerkendelsen. Formanden fastholdt dog, at man bør have sin speciallæge anerkendelse før man uddanner sig til subspecialist. Dette skal ses i lyset af den mulighed der foreligger for et ultrakort forløb (med liden klinisk erfaring) inden man når en 1. Reservelæge stilling.

3. Beretning fra udvalg

De fleste udvalg i DPS havde afleveret skriftlige beretninger, udsendt med indkaldelsen til generalforsamlingen, som der henvises til.

Uddannelsesudvalget

Kaare Lundstrøm redegjorde for evalueringen af de 47 ansøgere til uddannelsesstillingerne samt udvalgets øvrige arbejde. To af de 47 var særdeles kvalificerede, 44 var kvalificerede og en var ukvalificeret. Af de 46 var 11 mænd og de 35 kvinder. De 18 stillinger blev besat med 7 mænd og 11 kvinder. Kaare Lundstrøm fremførte, at det var hans opfattelse, at der fortsat eksisterede nogen uforklarlige udvælgelses mekanismer af folk til uddannelsesstillingerne.

Diagnoseudvalg

Karsten Hjelt meddelte at diagnoseudvalget ville udsende en diskette med en diagnoseliste inden nytår.

Kardiologjudvalg

Joos Ramsøe nævnte at der kommer nye europæiske retningslinier for uddannelsen af børnekardiologer og at kardiologjudvalget ville tage emnet op snarest.

Nefro-Urologi udvalg

Med hensyn til nefro-urologi udvalgets beretning udbad **Eise Andersen** sig retningslinier for udredning af bl.a UVI. Bestyrelsen ville anmode udvalget om at tage sagen op.

Neonatologjudvalget

Neonatologi udvalget var involveret i et referenceprogram for RDS-behandling i Danmark. **Henrik Verder**, Holbæk, ville gerne holdes orienteret, hvilket udvalget tog ad notam. Der blev forespurgt om udvalget i forbindelse med udarbejdelsen havde overvejet at inddrage Cochrane Institutet på Rigshospitalet. Hertil svarede formanden for udvalget (**Jens Hertel**, Glostrup) at det indgik i projektet.

Socialpædiatrisk udvalg

Birgitte Marner fortalte, at hovedarbejdet i det socialpædiatriske udvalg havde drejet sig om kommunallæge stillingerne, hvor medlemmerne af udvalget i lighed med bestyrelsen i DPS fandt, at pædiatere var de mest kvalificerede til stillingerne.

Ungdomsmedicinsk udvalg

I det ungdomsmedicinske udvalg havde man drøftet, hvorvidt den nu gældende aldersgrænse på 15 år ikke burde forlænges, specielt for flere typer af kroniske lidelser. Det var der bred enighed om..

Sundhedsstyrelsens Vaccinationsudvalg

Carsten Heilmann gjorde opmærksom på, at DPS havde to repræsentanter i Sundhedsstyrelsens vaccinationsudvalg (CH og Freddy Karup Pedersen), men at dette valg var temmelig sovende for øjeblikket. Der var dog masser af meget interessante og relevante emner at tage op. Carsten Heilmann ville kontakte Sundhedsstyrelsen for at høre til status.

4. Aflæggelse af det reviderede regnskab

Regnskab og budget blev fremlagt af kasserer **Sten Petersen**. Der var et underskud på 40.561,27 kr. Dette var betinget af ekstraordinært store udgifter til kurser. Dernæst var beløbet reelt mindre, da en del refusionsindtægter for kurser ikke var modtaget endnu. Derudover blev der fremlagt regnskab for Torben Iversen's rejsefond. Ingen kommentarer blev knyttet til regnskabet, som var godkendt af revisorerne. Dog foreslog Kaare Lundstrøm, at man kunne nedsætte omkostningerne af udsendelser til medlemmerne ved at få dem sponsoreret. Bestyrelsen ville drøfte sagen.

5. Fastsættelse af kontingent

Kontingentet blev fastsat til uændret 600,- kr. per år.

6. Indkomne forslag fra bestyrelse og medlemmer

Generalforsamlingen vedtog endeligt ændringen af vedtægternes §5 stk. 4. Der var ingen øvrige forslag.

7. Valg af bestyrelse blandt de ordinære medlemmer

Fra bestyrelsen afgik **Sten Petersen** efter 6 år som kasserer. Formanden takkede SP for det mangeårige arbejde som var udført til alles tilfredshed. Som nyt medlem af bestyrelsen blev **Niels Clausen** (Århus) foreslået og valgt uden modkandidat. Resten af bestyrelsen blev genvalgt.

8. Valg af revisorer

Jens Hertel ønskede ikke genvalg og **Sten Petersen** blev valgt til posten som revisor. **Finn Ursin Knudsen** fortsatte på posten.

9. Valg af udvalgsmedlemmer

Sammensætningen af udvalgene efter generalforsamlingen fremgår af vedlagte liste.

10. Debat efter oplæg af selskabets mødeform

Som nævnt i formandens mundtlige beretning havde bestyrelsen med nogen bekymring noteret sig et ringe fremmøde til flere møder i årets løb. Samtidig var der et ønske om at øge muligheden for at invitere udenlandske foredragsholdere.

Den nuværende struktur bestod af en generalforsamling, 4-5 aftenmøder á 3 timer (fredag), 3 efteruddannelsesmøder á 3 timer (lørdag formiddag) og et vårmøde (fredag-lørdag).

Bestyrelsen ville gerne foreslå en ny struktur som bestod af en sædvanlig generalforsamling, et efterårsmøde over 1½-2 dage (torsdag-fredag eller fredag-lørdag), et halvdagsmøde (fredag 14-18) samt et uændret vårmøde. Det var tanken at efterårsmødet skulle indeholde 3-4 emner, således at når man var interesseret i et emne tog de andre med når man nu var til mødet. Mødeformen ville naturligvis kræve at arbejdet på afdelingerne skulle minimeres om fredagen. Halvdags møderne kunne have karakter af konsensus møder.

Jens Hertel, Glostrup, syntes om idéen med færre større møder, men skulle møderne afholdes i provinsen kunne der opstå økonomiske problemer for overlægerne i hovedstaden, der ikke havde samme rejsemidler som overlægerne i provinsen

Niels Christian Christensen, Sønderborg fandt i lighed med bestyrelsen at idéen med "tag 1 og få 3" (større møder med mange emner) var god efteruddannelsesmæssigt, men man måtte ikke reducere i emneantal.

Steffen Husby, Odense, gik ind for møder i provinsen og den foreslåede struktur.

Susanne Halken, Sønderborg, fandt ikke forslaget godt.

Jens Løchte, Bornholm, fremførte at han fandt et mødetidspunkt fra 14-18 opportunt og at værtsfolk (hans egne i hvert fald) ville værdsætte at mødetidspunktet lørdag blev sat til kl. 10.

Kaare Lundstrøm foreslog at DPS skulle arrangere møder af mere kursus-agtig karakter, idet flere andre videnskabelige selskaber havde haft succes med denne form. Længere møder ville også være mere gavnlige, socialt set.

Gorm Greisen, Rigshospitalet, fandt at selskabet næsten var for lille til at være et videnskabeligt selskab, men støttede i øvrigt idéen om større møder.

Arne Høst ønskede at fastholde vårmødet, men gik også ind for et **høstmøde**.

Karen Taudorf foreslog, at man bad udvalgene på skift arrangere indlæg, der kunne bruges til en videnskabelig opdatering om udvalgets område af medlemmerne i selskabet. Der var stor generel tilslutning til dette synspunkt.

Karsten Hjelt spurgte, om der forelå tanker om "uddannelsesstøtte" til yngre medlemmer. Hertil svarede formanden at bestyrelsen godt kunne gå ind for "favørpriser" til yngre medlemmer af selskabet.

Diskussionen indeholdt flere synspunkter, bl.a. at der var meget gavnligt i fællesmøder med andre videnskabelige selskaber. Generelt var indtrykket at generalforsamlingen kunne støtte bestyrelsens overvejelser. Bestyrelsen vil arbejde videre med problemet.

11. Eventuelt

Gorm Greisen spurgte til rekrutteringen i selskabet, eller mere specifikt hvornår man meldte sig ind i selskabet. Det var bestyrelsens opfattelse, at det oftest skete i forbindelse med de yngre lægers anden introduktionsstilling, men en del meldte sig ind allerede under den første introduktionsstilling.

Karsten Kaas Ibsen, Glostrup, redegjorde, foranlediget af formanden for uddannelsesudvalget's kritik, kort for principperne i udvælgelsen af folk til uddannelsesstillingerne i Københavns Amt. **Kaare Lundstrøm** fastholdt imidlertid at han syntes at der var folk, som ikke havde fået uddannelsesstilling, der var bedre kvalificeret end dem der havde fået. Og at han mente, at man måske kunne få et retsstillingsproblem omkring kvalifikationerne til en uddannelsesstilling.

Ole Andersen takkede til sidst dirigenten **Henrik Hertz** for indsatsen og hævdede generalforsamlingen.

Thomas Hertel
Bagsværd, 06-10-97

DANSK PÆDIATRISK SELSKAB
Regnskab for perioden 16.06.96 - 16.06.97

Indtægter

Kontingenter	kr	232.800,00	
Renter og aktieudbytte	kr	9.345,44	
Sponsorering af årbog	kr	10.000,00	
Sponsorering af efteruddannelsesmøder	kr	8.705,00	
Ialt			kr 260.850,44

Udgifter

Administration	kr	-60.086,88	
Ordinære møder	kr	-7.816,50	
Bestyrelsesmøder	kr	-6.918,70	
Udvalgs møder	kr	-52.397,95	
Nordiske møder	kr	-11.294,53	
Andre møder	kr	-26.904,00	
Foreninger	kr	-10.300,14	
Gaver	kr	-9.630,00	
Ialt			kr -185.348,70

Efteruddannelseskursus	kr	-80.000,00	
Efteruddannelse - pulmonologi	kr	-2.110,00	
Efteruddannelse - cancersenfølger	kr	-10.246,01	
Efteruddannelse - etik	kr	-3.707,00	
YP-kurser	kr	-20.000,00	
Ialt			kr -116.063,01

Resultat kr -40.561,27


Formuebevægelse

Formue 16.06.96	kr	230.466,17	
Resultat 96/97	kr	-40.561,27	
Ændring i kursværdi af aktier	kr	2.250,00	
Formue 16.06.97			kr 192.154,90

Formueplacering

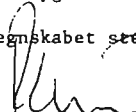
GiroBank 540-3308	kr	30.261,02	
Den Danske Bank 3428019571	kr	150.068,88	
Aktier (kursværdi 31.12.96)	kr	11.825,00	
Formue 16.06.97			kr 192.154,90

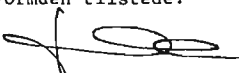
Gentofte den 8. juli 1997


Sten Petersen
kasserer

Amtssygehuset i Glostrup den 15. juli 1997

Regnskabet stemmer. Formuen tilstede.


Finn Ursin Knudsen
overlæge, dr. med.
Børneafd. L


Jens Hertel
overlæge
Børneafd. L

PROFESSOR TORBEN IVERSENS REJSEFOND

Egenkapital pr. 31.12.95		287.292,34
Renteindtægter 1996	23.231,68	
Administrationsudgifter 1996	-2.599,21	
Uddelinger 1996	-20.000,00	
Ændring i kursværdi af obligationer	10.249,50	
Ændring i saldo på kapitalkonto	84,50	
Egenkapital pr. 31.12.96		298.258,81
Uddelt 1997	18.000,00	
Legater 1997		
Birthe Susanne Olsen	4.000	
Thomas Hertel	4.000	
Henrik Hasle	4.000	
Thomas Balslev	4.000	
Kirsten Toksvig Larsen	2.000	

Dansk Pædiatrisk Selskab

Nye medlemmer 1996-97

Lise Lotte Bjerregaard	Astrid Sehested
Henrik Oxhøj	Birgitte Leth Møller
Inger Margrethe Nielsen	Per Kjærsgaard
Marianne Rasmussen	Dina Cortes
Tina Messell	Mary Kruse
Kirsten Toksvig Larsen	Lotte Pilegaard
Elisabeth Jeanette Sørensen	Peter Born

Udmeldte 1996-97

Jørgen Kambskard	Aleksander Giwercman
Ida Gjessing	Niels Jacob Brandt
Arvo Ylppö	Eva Merete Øjvind Skaarup
Jan Carlsson	Inge Lissau

Afgået ved døden 1996-97

Hans Keiser-Nielsen

BESTYRELSEN FOR DANSK PÆDIATRISK SELSKAB 5.9. 1997

Formand:	Overlæge Ole Andersen Børneafdelingen Hillerød Sygehus 3400 Hillerød Tlf. 48 29 61 71 Fax: 48 29 61 74	Lærketofte 24 3500 Værløse 44 98 01 16 e-mail: ole.andersen@get2net.dk
Næstformand:	Overlæge Karen Taudorf Børneafdelingen Viborg Sygehus Heibergs Allé 4 Postboks 130 8800 Viborg Tlf. 89 27 27 27 Fax: 89 27 34 80	Nørresøvej 13 8800 Viborg 86 67 23 26
Kasserer	Overlæge Niels Clausen Børneafdeling A Skejby Sygehus 8200 Århus N Tlf.: 89 49 67 42 Fax: 89 49 60 23 e-mail: skejnc@aau.dk	
Videnskabelig sekretær:	Afdelingslæge Jes Reinholdt Børneafdeling L KAS Glostrup Nordre Ringvej 2600 Glostrup. Tlf. 43 23 23 00 Fax: 43 23 39 64	Koppen 17 2990 Nivå 49 14 25 66
Faglig sekr.:	1. Reservelæge Thomas Hertel Børneafdeling L KAS Gentofte Niels Andersens Vej 2900 Hellerup Tlf.: 39 77 31 43 Fax: 39 77 76 39	Kurvej 22 2880 Bagsværd 44 49 22 26 e-mail: thomas.hertel@dadlnet.dk
DBO's repræsentant:	Overlæge Karsten Kaas Ibsen Børneafdeling L KAS Glostrup Nordre Ringvej 2600 Glostrup Tlf. 43 23 29 64 FAX: 43 23 39 64	Furesøvej 89 2830 Virum 45 85 22 72

DANSK PÆDIATRISK SELSKABS STÅENDE UDVALG M.M., 5.9. 1997

Udvalg:

Uddannelses-

Vælges for 1 år med mulighed for genvalg til ialt 6 år

Mogens Fjord Christensen (1994)

Peder Daugbjerg (1997)

Gorm Greisen (1996)

Thorkild Jacobsen^{F^{ayl}} (1996)

Kirsten Lee (1996)

Kaare Lundstrøm^{F^{ayl}} (1994)

Hanne Nørgaard^{F^{ayl}} (1997)

Lone M. Larsen^{F^{ayl}} (1997)

John Østergård, kursusleder (1992)

Astma- og allergologi-

Vælges for 3 år med mulighed for genvalg x 1

Lone Agertoft^{F^{ayl}} (1995)

Inger Merete Jørgensen^{F^{ayl}} (1997)

Jørn Henriksen (1992)

Arne Høst (1992)

Niels Henrik Valerius (1992)

Diagnose-

Vælges for 3 år med mulighed for genvalg x 1

Anna Berg (1995)

Marianne Friberg^{F^{ayl}} (1995)

Karsten Hjelt (1993)

Endokrinologi-

Vælges for 3 år med mulighed for genvalg x 1

Niels Chr. Christensen (1994)

Bendt Brock Jacobsen (1994)

Katharina Main^{F^{ayl}} (1995)

Marianne Rix (1994)

Niels E. Skakkebæk (1994)

Gastroenterologi- og ernærings-

Vælges for 3 år med mulighed for genvalg x 1

Karsten Hjelt (1995)

Steffen Husby (1993)

Christian Mølgaard^{F^{ayl}} (1997)

Anders Pærregård^{F^{ayl}} (1995)

Flemming Skovby (1993)

Hæmatologi - og onkologi

Vælges for 3 år med mulighed for genvalg x 1

Niels Carlsen (1995)

Henrik Hasle^{F^{ayl}} (1995)

Steen Rosthøi (1993)

Henrik Schrøder (1995)

Kjeld Schmiegelow^{F^{ayl}} (1994)

Infektionsmedicinsk

Vælges for 3 år med mulighed for genvalg x 1

Birgitte Friis (1994)

Carsten Heilmann (1994)

Poul Erik Koføed (1997)

Niels Henrik Valerius (1994)

Bent Windelsborg Nielsen^{F^{ayl}} (1995)

Kardiologi-

Vælges for 3 år med mulighed for genvalg x 1

Karsten Hjelt (1994)

Joel Ramsøe Jacobsen (1994)

Gunner Nielsen (1994)

Gerd Stafanger^{F^{ayl}} (1994)

Ove Ramsgård Hansen (1996)

Nefro- og urologi-

Vælges for 3 år med mulighed for genvalg x 1

Anita Hansen^{F^{ayl}} (1994)

Erling Nathan (1994)

Ole Henrik Nielsen (1994)

Karen Vitting Andersen (1997)

Neonatologi-

Vælges for 3 år med mulighed for genvalg x 1

Birgitte Djernes (1993)

Jens Hertel (1993)

Birgit Peitersen (1992)

Sten Petersen (1996)

Jens Schaarup^{Føyt} (1996)

Neurologi-

Vælges for 3 år med mulighed for forlængelse x 1

Flemming Juul-Hansen^{Føyt} (1993)

Søren Anker Pedersen (1993)

Karen Taudorf (1993)

Lissi Bank Lassen (1997)

Bente Beck (1997)

Screening og genetik

Vælges for 3 år med mulighed for genvalg x 1

Finn Ebbesen (1993)

Inga Hjuler^{Føyt} (1995)

Karen Brøndum Nielsen (1992)

Flemming Skovby (1992)

Jørn Müller (1996)

Bent Nørgård Pedersen (associeret medlem)

Socialpædiatrisk

Vælges for 3 år med mulighed for genvalg x 1

Birgitte Marner (1997)

Tony Olesen (1997)

Poul Bro (1997)

Bente Hansen (1997)

Bodil Moltesen (1997)

Specialistnævnets tilfornordede i pædiatri

Vælges for 4 år med mulighed for genvalg x 1

Niels Clausen (1991)

Karsten Hjelt (1991)

Sten Petersen (1991)

Søren Krabbe (1994)

Sundhedsstyrelsens

kontaktpersoner ved ansættelse af overlæger i pædiatri

Vælges for 4 år med mulighed for genvalg x 1

Jens Hertel (1997)

Timo Klinge (1990) - suppleant

Ungdomsmedicinsk

Vælges for 3 år med mulighed for genvalg x 1

Ole Andersen (1993)

Bente Hansen (Repr. for skolelægeforeningen)

Inger Leer (1995)

Birgitte Marner (1995)

Jørn Müller^{Føyt} (1993)

Mariane Rix (1993)

Revisorer

Sten Petersen (1997)

Finn Ursin Knudsen (1990)

REPRÆSENTANTER OG

MEDLEMMER:

Nordisk Pædiatrisk Forening's repræsentantskab

Finn Ebbesen (1993)

Birgitte Friis (1993)

Karsten Kaas Ibsen (1993)

Birgitte Marner (1993)

Nordisk Pædiatrisk Forening's Styrelse

Ole Andersen (1993)

Karen Taudorf (1996)

Else Andersen (1993)

Dansk Medicinsk Selskab

Vælges for 3 år med mulighed for genvalg x 1

Karsten Kaas Ibsen (1994)

Gorm Greisen (1997)

Ebbe Thisted (1992)

Niels Henrik Valerius (1993)

CESP/UEMS

Kirsten Lee (1995)

Sundhedsstyrelsens**Vaccinationsudvalg**

Carsten Heilmann (1995)

Freddy Karup Pedersen (1980)

Foreningen Sex & Samfund

Birgitte Marner (1996)

Ammekomiteen

Finn Jonsbo (1994)

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.

DIAGNOSEudvalg

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

Udvalget skal

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

- Udvalget har 3 medlemmer.

Udvalget aflægger skriftlig beretning til generalforsamlingen.

ENDOKRINOLOGIudvalg

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

Udvalget

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

Udvalget har 5 medlemmer.

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

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 **ONKOLOGI**udvalg

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.

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.

NEUROPÆDIATRIudvalg

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

Udvalget skal inden for børneurologi

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

Udvalget har 5 medlemmer.

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

Udvalg for SCREENING og KLINISK GENETIK

Udvalget er et stående udvalg under DPS, 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 om forhold indenfor lægers uddannelse og rådgive bestyrelsen og selskabet inden for alle uddannelsesspørgsmål.
- tilrettelægge den pædiatriske specialistuddannelse i samarbejde med specialistnævnets tilfornordnede i pædiatri. Udvalget koordinerer speciallægeuddannelsen i pædiatri med efteruddannelsen og ekspertuddannelsen.
- løbende vurdere behovet for og antallet af uddannelsesstillinger. Evaluere ansøgere til uddannelsesstillinger, tilrettelægge kurser og godkende kurser, der indgår i den pædiatriske speciallægeuddannelse.
- deltage i udarbejdelse af uddannelseskra v indenfor ekspertområder.
- efter behov deltage i arrangement af efteruddannelse sammen med andre af selskabets medlemmer og evt. sammen med andre selskabers uddannelsesudvalg.

Udvalget består af hovedkursuslederen og otte medlemmer, hvoraf mindst 3 skal og højst 5 medlemmer må ved valget være ansatte i en tidsubegrænset stilling. Medlemmerne vælges på generalforsamlingen for et år med mulighed for forlængelse op til seks år. Udvalget konstituerer sig med formand blandt medlemmerne; kursuslederen 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, 01.09.95 og 05.09.97)

§ 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 tilfornordnede i pædiatri. De tilfornordnede indstilles for 4 år. Umiddelbart genvalg kan finde sted een gang.
- 4 a. En hovedkursusleder, der er medlem af og i samarbejde med uddannelsesudvalget planlægger specialistuddannelsen i pædiatri. Hovedkursuslederen koordinerer og leder i samarbejde med delkursuslederne de af DPS arrangerede kurser, der indgår i speciallægeuddannelsen i pædiatri. Hovedkursuslederen vælges på generalforsamlingen for tre år med mulighed for forlængelse op til seks år. Ved vakance varetages hovedkursuslederens funktion af et medlem af uddannelsesudvalget indtil førstkommande generalforsamling.
- 4 b. Udover hovedkursuslederen yderligere 8 medlemmer til et uddannelsesudvalg, som leder den postgraduate uddannelse indenfor pædiatri. Mindst 3 og højst 5 medlemmer må ved valget være ansat i tidsbegrænset stilling. Valgene gælder for 1 år. En sammenhængende funktionsperiode må ikke 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 en 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 professor Torben Iversen.
4. Fonden ledes af den til enhver tid siddende bestyrelse i Dansk Pædiatrisk Selskab, som vælges i henhold til gældende vedtægt.
Bestyrelsen er konstitueret bl.a. med formand, næstformand og kasserer.
Der føres referat over bestyrelsesmøderne.
Fonden tegnes af kassereren.
5. Fondens kapital placeres i værdipapirer m.v. i overensstemmelse med de af Justitsministeriets fastsatte regler herom.
6. Fondens regnskabsår er kalenderåret
Senest 3 måneder efter regnskabsårets afslutning skal bestyrelsen have udarbejdet regnskab over fondens indtægter og udgifter, herunder en status.
Regnskabet indsendes senest 6 måneder efter regnskabsårets afslutning til Fondsregisteret.
7. Årets indtægter med tillæg af eventuel overførsel fra sidste regnskabsår og efter fradrag af administrationsomkostninger og eventuelt konsolideringsbeløb til den bundne kapital uddeles af bestyrelsen i overensstemmelse med punkt 2.
8. For det tilfælde at fondens formål ikke længere kan tilgodeses eller indtægterne ikke er tilstrækkelige til at opfylde formålet, kan bestyrelsen efter tiladelse fra fondsmyndigheden og Justitsministeriet anvende den bundne kapital til formålet eller søge fonden sammenlagt med anden fond med et tilsvarende formål

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

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

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

**ANTAL SENGEPLADSER OG STILLINGER PÅ PÆDIATRISKE
AFDELINGER PR. 1. JANUAR 1997**

Afdelinger	Sengepladser	OL	vOL	AL	R ₁	r
RH - børneafd. G GK ⁴	65 + 2 ¹	4		13	3	9
RH - neonatalafd. GN	28	2		3	3	7
RH - afd. GR	0	1		1		1
Sundby	28	2		4		6
Hvidovre	70	4		5	6	10
Gentofte	54 + 8	2		2	6	8
Glostrup Center for Handicappede	65+20 ¹ +8 ² 7	8		7	5	11
Hillerød	65	4	3 [?]	2 [?]	2	8
Roskilde	45 + 6 ¹	2	3	2	4	7
Holbæk	39	3		8	2	3
Næstved	38+1 ¹ +2 ³	3	3		2	7
Nykøbing F.	19	4		2	2	3
Odense	98	9	3		13	9
Sønderborg	41	3	2		1	7
Esbjerg	53 (?)	3 (?)	3(?)		4	7
Kolding	57	4	2		7	7
Herning	41	3	3		2	7
Århus	83	9	4	1	4	15
Viborg	45	4	3		3	7
Ålborg	61	7	3		3	12
Hjørring	21	4			1	7
Randers	28	3		1		7

¹ dagsengepladser

² mor/barn-sengepladser

³ børnepsyk. senge

⁴ excl. børnekirurgi

AKTIVITETEN PÅ DANSKE BØRNEAFDELINGER 1996

Afdeling	Antal indlæggelser	Heraf dagptt.	Antal amb. uss.
Rigshospitalet, afd. GGK	4660	1635	10100
Hvidovre Hospital	5542	0	9838
Amtssygehuset i Glostrup, afd. L	7041	2090	11651
Afd. D, Center for Handicappede	126		5548
Odense, afd. H	4930	0	10182
Århus Kommunehospital, afd. H	6000		9000
Ålborg Nord	4100	0	7000
Amtssygehuset i Gentofte	5180	1720	7456
Sundby	2445		4600
Hillerød	3870	0	15000
Holbæk	2945	0	7450
Næstved	3589	215	4800
Kolding	3210	260	9000
Herning	2603	0	3751
Viborg	3249	0	4500
Roskilde	3907	0	5241
Esbjerg	2832	0	4346
Randers	2100	0	3500
Nykøbing F.	1863	0	3033
Sønderborg	3722	0	4184
Hjørring	1700	0	1450
Rigshospitalet, afd. GN	998	0	350
Rigshospitalet, afd. GR		2000	