

# ÅRBOG 1997-98

Redigeret af Jes Reinholdt



**DANSK PÆDIATRISK SELSKAB**

Årbogen for Dansk Pædiatrisk Selskab 1997-1998 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
670. møde, 3. oktober 1997: <b>BØRN MED SPECIFIKKE UDVIKLINGSFORSTYRRELSER ....</b>	9
671. møde, 7. november 1997: <b>PSYKOSOMATIK .....</b>	13
672. møde, 6. februar 1998: <b>UDDANNELSE OG PÆDIATRIENS LÆGEFAGLIGE BASIS ...</b>	20
673. møde, 1. - 2. maj 1998: <b>VÅRMØDE KAS GLOSTRUP .....</b>	21
674. møde, 4. september 1998: <b>KLINISK GENETIK. Professor, overlæge dr.med. Flemming Skovby, Afsnit for Klinisk Genetik, Juliane Marie Centret, Rigshospitalet. ....</b>	34
<b>ORDINÆR GENERALFORSAMLING</b>	

<b>BERETNINGER</b>	<b>Side</b>
Formandsberetning 1997-98 .....	44
Allergologi- og pulmonologi- udvalget .....	52
Ernærings- og gastroenterologi- udvalget .....	53
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 .....	62
Nefro-urologiudvalg .....	63
Nefro-urologiudvalgets referenceprogram for børn med urinvejs- infektioner .....	64
Diagnoseudvalget .....	70
Socialpædiatrisk udvalg .....	72
§ 14-udvalget .....	73
Beretning fra inspektorerne .....	74

<b>REFERATER</b>	<b>Side</b>
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

## Selskabets 670. videnskabelige møde 3.oktober 1997

**MØDELEDER:** Overlæge dr med Finn Ursin Knudsen, Børneafdelingen KAS Glostrup.

1. **Tourette - klinik og behandling**  
*Overlæge dr med Finn Ursin Knudsen, Børneafdelingen KAS Glostrup.*
2. **OCD (Obsessiv/kompulsiv sygdom og symptomer i barnealderen)**  
*Dr med Per Hove Thomsen, forskningsleder, Børne- og ungdomspsykiatrisk Hospital, Risskov.*
3. **DAMP i dagligdagen**  
*Forstander, Psykolog Inge Beese, Institutionen Hasselbo, Viby.*
4. **Medicinsk behandling af DAMP**  
*Overlæge emeritus, Niels Hansen, Risskov.*
5. **Læseforstyrrelser i barnealderen**  
*Overlæge Mogens Dalby, neurologisk afdeling, Århus Kommunehospital*

Mødet var tilrettelagt af Finn Ursin Knudsen, Børneafdelingen, KAS Glostrup og Karen Taudorf, Børneafdelingen, Viborg Sygehus.

F. U. Knudsen, Børneafdelingen, Amtssygehuset i Glostrup.

### TOURETTE - KLINIK OG BEHANDLING

Tourette sygdom har vist sig at være en væsentlig mere hyppig sygdom end tidligere antaget. Den defineres som multible, motoriske samt en eller flere vokale tics optrædende mange gange dagligt, næsten dagligt eller periodevist i mere end 1 år. Ticsene har vekslende anatomisk lokalisation, type, komplicitet og sværhedsgrad. De klassiske Tourette symptomer nævnt ovenfor ledsages ofte af andre symptomer, herunder kopropraxi, kopropraxi, ekkolali, ekkopraxi, selvmutilerende adfærd, ADHD indlæringsproblemer, søvnproblemer, pavor nocturnus, obsessive compulsive symptomer (tvangstanker og tvangshandlinger), migræne, depression og adfærdsproblemer. Årsagen til sygdommen er en arvelig ændring af serotonin og dopamin stofskiftet i synapsekløften i den frontale cortex, basal ganglier, thalamus og enkelte dybere liggende kerner. Behandlingen skitseres kort. Den omfatter tværfaglig støttende behandling samt medicinsk behandling i svære tilfælde. Den medicinske behandling er selektiv således at D<sub>2</sub>-antagonister (fx. pimozid, nitoman og haloperidol) er overvejende effektivt ved tics, SSRI-stoffer er bedst ved OCD, depression og fobier, mens Clonidin bør foretrækkes ved søvn- og adfærdsforstyrrelser.

## OBSESSIV-KOMPULSIV SYGDOM OG SYMPTOMER I BARNEALDEREN

Overlæge, forskningsleder dr. med. Per Hove Thomsen, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital, Harald Selmersvej 66, 8240 Risskov

Obsessiv-kompulsiv sygdom (OCD) er en hyppigere tilstand hos børn og unge end tidligere antaget. Man regner med, at 1-1,5% af børne- og ungdomspopulationen har tvangssymptomer i en sådan grad, at de kvalificerer til diagnosen.

OCD er karakteriseret ved tilstedeværelsen af generende og belastende tvangstanker og/eller handlinger. Tvangstanker er defineret som tanker, billeder eller indskydelser, som vender tilbage i bevidstheden igen og igen, som er uvelkomne og uønskede, men som piner barnet og påvirker dets daglige funktion. Tvangshandlinger er handlinger, som barnet eller den unge føler sig tvunget til at udføre, og som ofte har som formål at reducere ubehag eller angst eller på magisk vis at afbøde, at noget frygteligt skal ske. Barnet og den unge indser selv, at symptomerne er stærkt overdrevne og urimelige og kan således med sin fornøft lægge afstand til dem.

De hyppigste tvangssymptomer er angst for snavs og smitte med dertil hørende vaskeritualer. Ofte kan et barn eller en ung med OCD bruge timer hver dag på at vaske sig. Et andet hyppigt symptom er checking, hvor barnet og den unge skal sikre sig, at døre er låst, vinduer lukkede, el-installationer slukkede etc. Sådanne kontrolritualer kan fylde den ganske dag og betyde, at barnet ikke har overskud til at beskæftige sig med andre og mere normale ting, såsom skolearbejde og fritidsaktivitet. Undersøgelser forskellige steder i verden viser, at både hyppighed og indhold af tvangssymptomer er stort set ens, på tværs af store kulturelle forskelle. I den seneste årtier har man især haft fokus på de biologiske mulige årsagsfaktorer. Man ved, at transmitterstoffet serotonin er involveret i patogenesen, og fra hjerneskannings-studier har man påvist, at thalamus, basalganglierne (nucleus caudatus) samt den orbitofrontale cortex er påvirkede ved OCD. Ved anvendelse af antidepressiva med specifik serotoninvirkning (SSRI-præparater) kan man se en normalisering af de afficerede hjerneområder.

Forløbet er ofte kronisk. Langtidsundersøgelser viser, at omkring halvdelen af børn og unge med OCD vil have tvangssymptomer, enten konstant eller episodisk, op i voksenalderen. De sværest ramte vil ofte være socialt isolerede, ikke være i stand til at varetage erhvervs-mæssige funktioner og vil have stærkt nedsat livskvalitet. Det har ikke været muligt endnu at udpege specifikke prediktorer for prognosen, dog tyder alt på, at jo sværere tvangssymptomatologien er i barnealderen jo dårligere forløb, omvendt tyder positiv respons på medikamentel behandling på et bedre langtidsforløb.

Den foretrukne behandling af OCD hos børn og unge er dels kognitiv adfærdsterapi, hvor barnet gradvist trænes i at gå imod sine tvangssymptomer og medicin med anvendelse af SSRI-præparater. Behandlingsopgaven er ofte særdeles vanskeligt, og det er vigtigt at inddrage hele familien i behandlingsforløbet, idet den største del af adfærdstræningen ligger i hjemmet.

### Referencer:

Når tanker bliver til tvang. Børn og unge med tvangssymptomer. Per Hove Thomsen. Hans Reitzels Forlag. København. 1996.

The boy who could'nt stop washing. The experience and treatment of obsessive-compulsive disorders. JL Rapoport. EP Dutton. New York. 1989.

Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. A review of the literature. Per Hove thomsen. Eur Child Adolesc Psychiatr. 1994; 3: 138-158.

Treatment of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. A review of the literature. Per Hove Thomsen. Eur Child Adolesc Psychiatr. 1996; 5: 55-66.

## LESEFORSTYRRELSER I BARNEALDEREN- NYE ASPEKTER

M.A.Dalby, Carsten Elbro, Hans Stødkilde-Jørgensen.

Neurologisk afd. Aarhus KH; Afd. for generel og anvendt linguistik, Københavns Universitet Amager; MR-centret Skejby hospital.

Tre veldefinerede, pålidelige mål af højre og venstre temporal-lap udmålt på MR skanning hos en gruppe dyslektikere (N=17) en gruppe læsesvage (N=6) og hos normale kontroller (N=12). De mest udtalte gruppeforskelle fandtes på tværmål af coronale snit af temporalcortex - især ud for insula. De fleste normale læsere og de læsesvage (13 af 18) havde venstre asymmetri (venstre > højre), de fleste af dyslektikerne (14 af 17) havde højre asymmetri (højre > venstre) eller symmetri (højre = venstre). Graden af venstre asymmetri:  $L-R/(0,5(L+R))$  korrelerede både med læsefærdighedsmål og med mål for færdigheder i fonologisk opmærksomhed og analyse af talt sprog. Samme resultater fandtes når der blev taget højde for forskelle i non-verbal IQ. Betydningen for definitioner af dyslexi, for psykolingusitisk forskning og for specialundervisning diskuteres. Foredraget indledtes med gennemgang af praktiske kliniske definitioner af dyslexi, læseretardation og læsesvaghed, tilstande der kræver forskellig habiliterende specialundervisning, samt en gennemgang af en række ældre og nye teorier om dyslexiens natur. Den nære relation (linkage) mellem dyslexi-phenotypen fonemisk opmærksomhed og markerer på kromosom 6 fremhævedes.



## Selskabets 671. Videnskabelige møde 7. November 1997

### **MØDELEDER:**

Overlæge Mogens Fjord Christensen, Børneafdelingen, Herning Centralsygehus.

### **Indledning**

Overlæge Mogens Fjord Christensen, Børneafdelingen, Herning Centralsygehus.

1. **Epidemiologiske data om nogle almindelige psykosomatiske symptomer**  
*Troels Lyngbye, Børneafdelingen, Århus Universitetshospital, Skejby.*
2. **Tre-måneders Kolik**  
En oversigt og en undersøgelse.  
*Charlotte Søndergaard, Børneafdelingen, Herning Centralsygehus.*
3. **Enuresis**  
En oversigt og resultatet af undersøgelser af børn med diurn enuresis.  
*Anita Hansen, Børneafdelingen, Københavns Amtssygehus, Gentofte.*
4. **Enkoprese før og nu**  
*Lene Rytter, Børneafdelingen, Århus Universitetshospital, Skejby.*
5. **Gastrointestinal motilitet**  
*Aksel Lange, Børneafdelingen, Århus Universitetshospital, Skejby.*
6. **Om recidiverende mavesmerter**  
*Mogens Fjord Christensen, Børneafdelingen, Herning Centralsygehus.*
7. **Recidiverende mavesmerter og helicobacter pylori.**  
*Vibeke Wewer, Børneafdelingen, Hvidovre Hospital.*
8. **Leptin: Adipositas og reproduktion**  
*Jens-Christian Holm, Børneafdelingen, Københavns Amtssygehus, Glostrup.*
9. **Anorexia nervosa**  
Opgørelse over børn der i perioden 1.1.94 til 1.1.97 har været henvist til Anoreksicenteret på Odense Universitetshospital.  
*Lone Rotne, Børneafdelingen, Odense Universitetshospital.*
10. **Prognosen for børn med pseudoanfald**  
*Lene Sahlholdt, klinisk børneneuropsykolog. Filadelfia, Dianalund.*

## INDLEDNING: OM PSYKOSOMATIKBEGREBET.

Mogens Fjord Christensen (Børneafdelingen, Herning Centralsygehus)

Psykosomatikbegrebet indeholder en uadskillelighed mellem psykosociale og biologiske forhold. Psykosomatiske lidelser defineres som tilstande hvor psykiske forhold har betydning for opståen og forløb af somatiske symptomer og sygdomme. Problemerne med denne definition diskuteres, specielt hvad angår afgrænsning af begrebet psyke.

Et af de gode argumenter for anvendeligheden af psykosomatikbegrebet er tilstedeværelsen af placebo- og nocebofænomenet. Det at forventning om effekt, forventning om skade medfører målbar effekt, medfører erkendeligt ubehag understreger den psykosomatiske sammenhæng på noget der nærmer sig videnskabeligt niveau.

Det kan diskuteres om der overhovedet er behov for opretholdelse af begrebet, idet langt de fleste lidelser i større eller mindre grad er psykosomatisk præget. Der synes imidlertid at være en gruppe lidelser hvor psykosociale forhold har en væsentlig ætiologisk, men nok sjældent enerådende rolle. Man kunne kalde dem de klassiske psykosomatiske lidelser. Eksempler herpå er funktionelle defæktationsforstyrrelser, visse enuresistyper, recidiverende mavesmerter, hovedpine, anoreksia nervosa o. m. a.

I den klassiske opfattelse af ætiologien indgår en kombination af sårbarhed og stress, men det skal understreges at der ofte sættes alvorlige videnskabeligt begrundede spørgsmålstejn ved, om der ligger et særligt følsomt sind til grund for en øget modtagelighed over for stressbetingede lidelser. Problemet er om det påviste sårbare sind er årsag eller følge.

Mere detaljeret indgår i ætiologien både prædisponerende, præcipiterende og perpetuerende faktorer. Protektive forhold synes at være evne til tilpasning, harmonisk forhold til forældre og søskende og selvagtelse.

I de senere år er der kastet en del lys over det store interaktive system der beskrives under betegnelsen psyko-neuro-immunologien. Det vil være nærliggende at lede efter patogenesen til psykosomatiske fænomener i dette felt. En god oversigt herom: Lancet 1995; I: 99-103.

### 3 MÅNEDERS KOLIK OG PSYKOSOMATIK

Charlotte Søndergaard ( Børneafdelingen Herring Centralsygehus og Center for Epidemiologisk Grundforskning Aarhus Universitet).

Som en del af mit Ph.d studie, der har til formål at belyse prænatale, perinatale og postnatale risikofaktorer for udvikling af 3 måneders kolik i "Bedre sundhed for mor og barn" undersøgelsen, samarbejder jeg med Den Perinatale Epidemiologiske Forskningsenhed , Skejby Sygehus, om nogle analyser på samme emne i deres Børnekohorte fra 1991-92. Effektmålet i denne undersøgelse er bestemt retrospektivt af både mødre og sundhedsplejersker da barnet er ca. 8 måneder gammelt, ud fra en definition på flere timeres gråd dagligt. Dette bevirker at vi ikke kan sige noget om årsags - effekt forløbet, men kun beskrive de familier der havde haft børn med kolik, i forhold til de familier der ikke havde haft et barn med kolik. Den kumulerede incidens i undersøgelsen er 11.2 %. Der ses at hvis moderen har været belastet af alvorlig sygdom hos ægtefælle, været belastet af seksuelle problemer med ægtefælle, eller været belastet af økonomiske problemer indenfor det sidste år er der en øget forekomst at børn med kolik. Børnene med kolik blev vurderet af mødre til at have et mere uregelmæssigt temperament og mere uroligt søvnmønster end børnene uden kolik både som spæd og som 8 mdr. Sundhedsplejerskerne vurderede det samme i spædbarnsalderen, men ingen forskelle i 8 måneders alderen.

For at kunne vurdere disse og andre faktorerers betydning for udvikling af 3 måneders kolik, er det nødvendigt at indsamle data i et follow up studie, med et mere objektive mål for kolik. Dette forsøges i samarbejde med "Bedre sundhed for mor og barn" undersøgelsen og en registrering via en 4 dages dagbog når barnet er 5 - 6 uger gammel. Desuden indhentes yderligere oplysninger på samme tidspunkt samt når barnet er 12 uger gammelt.

## ENURESIS - EN OVERSICHT OG RESULTATER FRA UNDERSØGELSER AF BØRN MED DIURN ENURESIS.

A. Hansen (Børneafdelingen Københavns Amts Sygehus i Gentofte).

En bedre betegnelse end enuresis er ufrivillig vandladning i dagtid (UFD)

Det er vigtigt med definitioner af hvad der betegnes inkontinens og hvad der kaldes enuresis. Inkontinens defineres i flg K.Hjälmsås(1) og ICCS som: Lækage af mindst 1 ml urin, mindst en gang om ugen hos et barn der er fyldt 5 år. Ved enuresis forstås en ufrivillig blæretømning, der ikke skyldes strukturelle eller funktionelle forstyrrelser i urinvejene. UFD skal ikke primært betragtes som et psykosomatisk problem. Der er behov for evaluering og diagnostik selvom næsten alle børn med UFD har en vis psykisk overbygning på problemet.

I en spørgeskemaundersøgelse blandt 1557 børn (818 piger og 723 drenge) i 1. klasserne fra 77 folkeskoler i Københavns Amt fandt vi bl.a. følgende:

Det gennemsnitlige antal vandladninger var 5 (1-18). 2.2 % af pigerne og 2.1 % af drengene var våde om dagen mindst en gang om ugen. Der var en signifikant sammenhæng mellem tidligere urinvejsinfektion (UVI), UFD og encoprese. Vi fandt ved statistisk regressions analyse, at de faktorer der gav størst risiko for UVI var squatting og encoprese. Hos 29 % af børnene fandt vi tegn på en endnu ikke fuldt udviklet blærekontrol.(2)

De fleste børn, der henvises til os for UFD er 6 og 7 år. De undersøges med vandladnings-anamnese, væske- og vandladningsskema, udviklingsbedømmelse, inspektion af genitalia og grovneurologisk undersøgelse. Alle får udført uroflow målinger og ultralydsscanning af nyrer og urinveje incl residualurinbestemmelse samt urinstix undersøgelse for leucocytter og nitrit. Tidligere havde ca 2/3 af børnene, især piger, urge-inkontinens. I takt med at vi har etableret et struktureret tilbud til disse børn har henvisningsmønsteret ændret sig i retning af flere henvisninger af drenge med enuresis. Aktuelt har ca 50 % af de børn vi behandler enuresis. Der gøres kort rede for behandlingstilbud(3) Klinikken har behandlet ca 150 børn. 42 % bliver helt tørre på < 3 måneder, 36 % har >50 % færre våde episoder, 15 % bliver kun lidt bedre eller uændrede. Ingen får flere episoder med UFD. Behandlingsresultaterne er bedst for piger med urge-inkontinens og ringest for børn med svær psykogen ætiologi og børn med forsinket udvikling.(4)

1. Hjälmsås K. Urinary incontinence in children: Suggestions for definitions and terminology. Scand J Urol Nephrol 1992;(suppl 141):1-6.

2. Hansen A, Hansen B, Dahm TL. Urinary tract infection, Day wetting and other voiding symptoms in seven to eight-years old Danish children. Acta Pæd. In press.

3. Hansen A. Vandladningssymptomer om dagen hos børn. Månedsskrift f prak læg 1996;74:477-485.

4. Hansen B, Hansen A. Ufrivillig vandladning i dagtiden hos børn - kan det behandles?. Ugeskrif f læg 1996;58/8:1073-5

## OM RECIDIVERENDE MAVESMERTER.

Mogens Fjord Christensen (Børneafdelingen, Herning Centralsygehus).

Lidelsen defineres nosografisk ved mindst 3 episoder med mavesmerter, der er stærke nok til at påvirke barnets aktivitetsniveau, over en periode på mindst 3 måneder.

Prævalensen hos skolebørn er ca. 11%. Lidelsen forekommer hyppigst omkring 9-10 års alderen. Fordelingen mellem drenge og piger er 40:60.

Der er formentlig mange nosologiske enheder bag barndommens recidiverende mavesmerter, men det typiske barn - og formentlig også langt det hyppigst forekommende - fremviser følgende kliniske billede: periodiske periumbilikale, ofte kolikagtige smerter; eventuelt ledsaget af bleghed, kvalme, opkastning, oppustethed, diarre. Derudover har børnene en øget forekomst - også uden for smerteepisoderne - af hovedpine, smerter i benene, enuresis, diarre, obstipation, enkoprese. Forældre og søskende har øget forekomst af mavesmerter.

I ætiologien indgår blandt andet stressfaktorer. I patogenesen overvejelser om medvirken af peptider. Cholecystokinin synes at forekomme i øget koncentration i serum hos børn med mavesmerter. Motilins rolle er ikke afklaret. En kontrolleret undersøgelse viste ikke højere koncentration hos mavesmertebørn end hos raske børn, men hos børn med mavesmerter sås enkelte peaks, som ikke sås hos raske børn.

Laktoseintolerans og hyperreaktivitet er afvist som betydende ætiologiske faktorer hos danske børn.

Der argumenteres for at denne tilstand kunne være barndommens colon irritabile (irritable bowel) ud fra følgende: Der er stor symptomlighed mellem voksnes colon irritabile og barndommens recidiverende mavesmerter. Der er påvist ændret tarmmotilitet hos børn med mavesmerter. Mellem halvdelen og tredjedelen af sygehusvurderede børn med mavesmerter vil i voksenalderen få mavesmerter, oftest som led i et sygdomsbillede der er forenligt med colon irritabile.

Det understreges dog at der kun er tale om en hypotese.

Der ligger fortsat et stort forskningsarbejde forud for afklaringen af karakteren af børns recidiverende mavesmerter.

## GASTROINTESTINAL MOTILITET

A. Lange. (Pædiatrisk afdeling, Skejby sygehus).

Gastrointestinale symptomer hos børn, hvor der ikke umiddelbart findes en somatisk årsag, kan skyldes uerkendte dysmotilitetstilstande. Mave-tarmsystemet er styret af lokale og centrale mekanismer, og fremdriften af ernæringsstoffer fra en del til en anden kræver at det komplekse styringssystem ( hormonale og neurologiske systemer) indvirker præcist på muskulaturen, der også skal fungere præcist. Der er således mange steder, at en dysfunktion kan indtræffe og dysmotilitet kan opstå. Diagnostiseringen kan ske med intraluminale trykmålinger ( manometri), røntgenundersøgelser, 24 timers esophagus pH-måling, funktionsundersøgelser (scintigrafi, ultralyd, breath-test, mm). Forskningsmæssigt benyttes blandt andet EGG (elektrogastrografi), IGG (impedansgastrografi) til at udvide kendskabet til gastrointestinal motilitet.

Dysmotilitetstilstande er heldigvis oftest fredelige, men enkelte, som kronisk pseudoobstruktion, kræver korrekt diagnosticering for at patienten kan helbredes. Det er her vanskeligt at sætte retningslinier op for, hvilke børn der kræver udredning, men tilstandene bør overvejes og undersøges overvejes, eventuelt i samarbejde med et motilitetslaboratorium.

## RECURRENT ABDOMINAL PAIN IN CHILDHOOD IS NOT CAUSED BY *H. PYLORI* - PRELIMINARY RESULTS OF A DOUBLE BLINDED STUDY

V Wewer, LP Andersen\*, A Pærregaard, A Gernow, JPH Hansen#, P Matzen, PA Krasilnikoff, Hvidovre Hospital, Rigshospitalet\*, Gentofte Hospital#

We have previously shown that the prevalence of IgG antibodies against *H. pylori* among children with recurrent abdominal pain (RAP) living in Denmark is 21% (CI: 17-25%). The aim of this study was to investigate whether RAP in children appearing together with a *H. pylori* infection disappears after eradication of the infection. **Material:** 37 *H. pylori* infected children aged 4,9-14,5 yr, median 9,8 yr with RAP according to Apleys criteria were included. The *H. pylori* infection was identified by serology, culture and histology. **Methods:** The children were treated with amoxicillin and metronidazole for 14 days. The results of a reendoscopy performed one month after end of treatment were blinded for 23 of the patients and kept open to 14 of the patients. Symptoms were recorded three and six months after reendoscopy. **Results:** The eradication rates were 74% (17/23) in the blinded group and 84% (31/37) in the total group of patients. No correlation was seen between successful eradication and the patients subjective feeling of becoming well after the end of the observation period neither in the blinded group nor in the total group of patients ( $p=0.27$ ,  $p=0.17$ ). RAP did not disappear after successful eradication neither after three nor after six months observation in the blinded patients ( $p=0.37$  and  $p=0.53$ ) or in the total group of patients ( $p=0.40$  and  $p=0.33$ ). **Conclusion:** RAP in children does not seem to be caused by *H. pylori*.

## PROGNOSEN FOR BØRN MED PSEUDOANFALD.

Lene Sahlholdt ( Epilepsihospitalet i Dianalund)

Det er en almindelig antagelse, at prognosen for børn med pseudo-epileptiske anfald er god, også i de tilfælde, hvor der efter diagnosticeringen ikke tilbydes nogen form for terapeutisk intervention.(1) Af den årsag antages det, at anfaldene må forstås som en tidsbegrænset adfærdsmæssig reaktion snarere end som symptom på en personlighedsforstyrrelse. (1,3,4 )  
Wyllie et al. (5,6) fandt således at 78% var anfaldsfri ved follow-up. I en follow-up undersøgelse af 26 børn fra Epilepsihospitalet ( 2), 6 mdr. til 4 år 6 mdr. efter diagnosticeringen var 20 ( 77 %) anfaldsfri uden andre somatiske klager , 1 havde stadig anfald, 5 kunne ikke opspores.  
Der er kun foretaget ganske få efterundersøgelser. Men de få, der er, viser samstemmende, at prognosen er god.

### Ref.

1. A.P.Aldenkamp, O.G. Mulder: Behavioural Mechanisms involved in Pseudoepileptic Seizures: a Comparison between Patients with Epileptic Seizures and Patients with Pseudoepileptic Seizures. *Seizure* 1997, 6, pp.275-82.
2. B.Bang, L.Sahlholdt, P.Uldall, J.Alving: Pseudoepileptic Seizures in Childhood: Outcome. *Epilepsia*, 1994, 35, pp. 49.
3. L.Sahlholdt, J.Alving: Pseudoepileptic Seizures in Children. Eds. Gram et al.: *Pseudoepileptic Seizures*. Wrightson Biomedical, 1993, pp. 17-23.
4. P.Uldall, L.Sahlholdt B.,J.Alving: Pseudoepileptiske anfald hos børn. *Ugeskr. Læger*, 1991, 153/13, pp. 935-38.
5. Wyllie et al.: Psychogenic Seizures in children and adolescents: Outcome after diagnosis by ictal Video and Electroencephalographic recording. *Paediatrics*. 1990, 85 (4) pp.480-84.
6. Wyllie et al.: Outcome of Psychogenic Seizures in Children and Adolescents compares with Adults. *Neurology*. 1991, 41 (5), pp. 742-44.

## Selskabets 672. Videnskabelige møde 6. februar 1998

**MØDELEDER:** *Kaare Lundstrøm, formand for DPS's uddannelsesudvalg:*

### **1: Uddannelse**

Den kliniske uddannelse set med en yngre pædiaters øjne.

*Kursist Jesper Steensberg, Rigshospitalet*

Den kliniske uddannelse set med en overlæges øjne.

*Overlæge Niels Chr. Christensen, Børneafdelingen, Sønderborg Sygehus.*

Planer for den kliniske lægelige uddannelse.

*Læge Charlotte Ringsted.*

Praktisk oplæring af læger

*Cand Pæd Karen Faurfelt, Centerleder ved ANDRA, Center for Voksenundervisning og Vejledning,*

*Kbh's forskerby, SYMBION.*

Ny procedure ved vurdering og ansættelse i undervisningsstilling.

*Kaare Lundstrøm, formand for DPS's uddannelsesudvalg.*

Inspektorordningen.

*Overlæge Niels Chr. Christensen, Børneafdelingen, Sønderborg Sygehus.*

Continuous Medical Education.

*Overlæge dr med Kirsten Lee, Børneafdelingen, Hillerød Sygehus.*

### **2: "Den lægefaglige basis i pædiatrien"**

*Ole E. Andersen, formand for DPS:*

Diskussion af bestyrelsens svar til Sundhedsstyrelsen vedrørende "Pædiatriens lægefaglige basis"



## Selskabets 673. videnskabelige møde 1. - 2. maj 1998

### **Dansk Pædiatrisk Selskabs vårmøde arrangeret af Børneafdelingen i Glostrup.**

#### NEONATOLOGI Chairman: Jens Hertel

Resultater fra ETFOL undersøgelsen, follow-up undersøgelse af ekstremt tidligt fødte. (ETFOL-udvalget)  
Niels Feilberg Jørgensen.

Kombineret behandling af præmature født før 30 uger med tidlig nacal CPAP, tidlig surfactant og respirator. Et randomiseret materiale (60 patienter) og totalpopulationen i projektiden (388 patienter) (Børneafdelingen Holbæk)

Henrik Verder og Per Albertsen.

Sammenlignende undersøgelse af den allergiforebyggende effekt af 3 hypoallergene modermælkserstatninger. Præliminære resultater.

Kirsten Skamstrup Hansen.

#### ENDOKRINOLOGI Chairman: Knud W. Kastrup.

Landsdækkende kohorteundersøgelse af børn og unge med diabetes.

Birthe Olsen.

Leptin hos vægttabende børn.

Jens Chr. Holm.

Kryptorkisme. Aspekter af patogenese, histologi og behandling.

Dina Cortes.

"Role of long-chain polyunsaturated fatty acids in infant nutrition".

Prof. Carlo Agostini.

#### KLINISK GENETIK Chairman: Karsten Kaas Ibsen.

Molekylær syndromdiagnostik ved hjælp af nye genetiske metoder (J F Kennedy Institutet)

Karen Brøndum-Nielsen.

Fragilt X syndrom (J F Kennedy Institutet).

Helle Hjalgrim.

Klinisk morfologisk syndromdiagnostik. (Øjenklinikken, Center for Handicappede)

Mette Warburg.

#### NEUROPÆDIATRI Chairman: Vibeke Faurholt Pedersen.

SPECT scanning i barnneurologien.

Morten Gervil.

"Shaken Baby" syndrome

Finn Ursin Knudsen.

Hvad gør vi med Down's syndrom.

Peter Bækgaard.

## **ETFOL - EKSTREM PRÆMATURITET OG EKSTREM LAV FØDSELSVÆGT NOGLE RESULTATER FRA DET PROSPEKTIVE LANDSOMFATTENDE KOHORTE STUDIE.**

N. Feilberg Jørgensen, på vegne af Den Danske ETFOL studie gruppe  
Børneafdelingen, Odense Universitetshospital, Odense

Resultater fra den landsomfattende kohorte undersøgelse præsenteres. Kohorten består af 388 ekstremt præmature fra 18 børneafdelinger født i Danmark i 1994 og 1995, inkluderet enten på grund af ekstrem lav gestationsalder (GA) < 28 uge eller ekstrem lav fødselsvægt (FV) < 1000 gram. Børnene er fortrinsvis behandlet under "lav-intensiv" omstændigheder, med en udtalt brug af NCPAP i stedet for respirator behandling.

Inkluderet i studiet er 388, heraf 300 (77 %) på basis af GA, og 88 (23 %) på basis af FV.

Af kohorten overlevede 256 (66 %). De 256 overlevende er undersøgt ved 5, 12 og 24 måneders efterundersøgelse (korrigeret alder). Ved 5 måneders efterundersøgelse er set 248/256 (97 %), ved 12 måneders efterundersøgelse er ligeledes 249/256 (97 %), medens 237 (93 %) er set ved 24 måneders efterundersøgelsen pr. 1 april 1998.

NCPAP behandlet blev 353/388 (91 %), et hundredeseksogtres (43 %) blev tillige respirator behandlet, medens 18/388 (5 %) udelukkende blev respirator behandlet og 206/388 (53 %) udelukkende blev behandlet med NCPAP. Den respiratoriske behandling blev suppleret med antenatale steroider i 232/388 tilfælde (60 %), medens 171/388 (44 %) fik én eller flere doser surfaktant.

Halvtreds (af 259) (19 %) blev behandlet med ilt ved GA 36, medens 17/257 (7 %) blev behandlet med ilt ved terminen. ROP grad 3-4 kunne registreres hos 10/257 (4 %), ingen havde grad 5. Ved 12 måneders efterundersøgelsen havde 12/249 (5 %) synsproblemer, én var blind, og 2 var blinde på det ene øje. IVH grad 3 eller 4 kunne registreres hos 36/282 (13 %). Cerebral parese kunne registreres hos 20/249 (8 %) ved 12 måneders efterundersøgelsen. Resultater af 24 måneders efterundersøgelsen vil blive præsenteret.

**Konklusion:**

"Lav intensiv" behandlingsregime synes at medføre acceptabel overlevelseseffekt, og en relativ lav frekvens af komplikationer og sene følger.

## **BEHANDLING AF PRÆMATURE FØDT FØR 30 UGER MED TIDLIG NASAL-CPAP, TIDLIG SURFACTANT OG RESPIRATOR. ET RANDOMISERET MATERIALE OG TOTAL POPULATIONEN I PROJEKTIDEN.**

H.Verder, P.Albertsen, F.Ebbesen, G.Greisen, B.Robertson, L.Agertoft, C.Grytter, B.Djernes, E.Nathan, O.Pryds, J.Hertel, B.Peitersen, L.Pedersen-Bjergaard, A.Berg, C.Vrang, M.Fjord Christensen, K.Johansen, C.Eschen, J.Kroner, J.Reinholdt, A.Bertelsen. (Børneafdelingerne Holbæk, Hillerød, Aalborg, GN-Rigshospitalet, Kolding, Esbjerg, Aarhus, Glostrup, Hvidovre, Næstved og Herning og Afdelingen for Eksperimentel Perinatal Pathologi. Karolinska Hospitalet. Stockholm. Sverige).

Formålet med arbejdet har været at undersøge om præmature med RDS født før 30 fulde svangerskabsuger og behandlet med tidlig nasal-CPAP, ville klare sig bedre, hvis de blev behandlet med en enkelt dosis surfactant (Curosurf) (200 mg/kg) intratrachealt på et tidligt stadium af RDS, sammenholdt med den hidtil foretrukne behandling når en moderat sværhedsgrad var udviklet. Samtidig ville vi undersøge betydningen af dette behandlingsprincip i totalpopulationen med tilsvarende gestationsalder.

Undersøgelsen fandt sted fra 1. april 1995 til 22. januar 1997. Total populationen var på 397 børn. 60 børn blev randomiseret, heraf 33 til "tidlig behandling" (arterio/alveolær oxygen tension ratio (a/A-ratio) <0,36) og 27 til "sen behandling" (a/A-ratio <0,22).

Det "primære end point" var behovet for respirator behandling eller død i de første 7 levedøgn, og "succes raten" var andelen af børn, som ikke "opfyldte" det "primære end point".

**Resultater.** "Succes raten" blev forbedret til 79% for de "tidligt behandlede" fra 37% for de "sent behandlede",  $p=0,0013$ . Et øget antal steroid doser var også forbundet med en højere "succes rate",  $p=0,01$ . Steroideffekten var mest udtalt for de "tidligt behandlede". Seks timer efter randomiseringen var a/A-ratio 0,48 for de "tidligt behandlede" sammenlignet med 0,36 for de "sent behandlede",  $p=0,02$ . Forekomsten af ductus arteriosus blev reduceret i den "tidligt behandlede" gruppe,  $p=0,02$ . Der var meget få cerebrale og extracerebrale komplikationer i begge behandlingsgrupper. Tre af de "tidligt behandlede" og 7 af de "sent behandlede" døde inden udskrivelsen.

94% af børnene i total populationen blev behandlet med nasal-CPAP initialt. Den samlede dødelighed var 18%. Halvdelen af populationen udviklede kun mild eller let RDS, når de blev behandlet med tidlig nasal-CPAP. En fjerdedel blev enten randomiseret eller havde tilsvarende sværhedsgrad af RDS.

**Konklusion.** Nasal-CPAP i kombination med tidlig behandling med Curosurf forbedrer signifikant oxygeneringen og reducerer behovet for respiratorbehandling. Børn behandlet på denne måde har meget få komplikationer til RDS. Mere end 75% af børn født før 30 fulde svangerskabsuger kan med fordel behandles med en kombination af tidlig nasal-CPAP og surfactant indgift ved begyndende RDS.

## **Leptin hos væggtabende børn.**

J-C Holm, B L Heitmann, T I A Sørensen, S Gammeltoft & K Kaas-Ibsen. Klinisk Biokemisk Afdeling, KAS Glostrup, Institut for Sygdomsforebyggelse, Kommunehospitalet & Børneafdelingen, KAS Glostrup.

Leptin (gr: tynd) er et nyt hormon, med stor betydning for ernæringsregulationen blandt gnavere. Hormonet øger det totale energiforbrug samt nedsætter appetitten med vægttab til følge. Blandt mennesker er disse sammenhænge mere usikre, idet der ikke foreligger evidenser for menneskers respons på indgift af leptin. Imidlertid er der en lang række associationer mellem leptinkoncentrationer og eksempelvis Body Fat (BF) %, vægttab & vægtøgning, der er sammenlignelige mennesker og gnavere imellem. Dette antyder, at leptin også kan have betydning for den humane vægtregulation.

På denne baggrund, har vi fulgt en gruppe børn på Julemærkehjemmet (JMH) Skælskør siden maj 1997. JMH har specialiseret sig i, at mediere vægttab blandt overvægtige børn, hvor der er tilrettelagt en dagligdag omfattende tryghed, fedtfattig kost samt rigelig fysisk aktivitet. Som led i projektet undersøges børnene 9 gange under deres ophold, der typisk andrager 11-12 uger. I projektet er der inkluderet 87 børn, hvoraf 19 børn er udgået. 51 børn har gennemført projektet, imens 17 børn endnu ikke har afsluttet deres ophold. Børnene er i aldersgruppen 9-14 år. Næsten alle drengene er præpubertale, imens halvdelen af pigerne er påbegyndt pubertet. Omkring 85 % af børnene har en vægtprocent på over 120, hvorfor de kan betegnes som værende moderat til svært overvægtige. Det præliminære materiale vil blive præsenteret ligesom der vil blive vist sammenhænge mellem leptin, overvægtsprocent, insulin, lipidparametre m.m.

## KRYPTORKISME. ASPEKTER AF PATOGENESE, HISTOLOGI OG BEHANDLING.

Dina Cortes, Jørgen Thorup & Jakob Visfeldt

(Børneafd., Amtssygehuset i Glostrup, Børnekirurgisk Klinik og Afd. for Patologi, Rigshospitalet).

Disputatsprojekt materialet omfatter kliniske data og histologiske præparater fra 74 normale og 1051 kryptorke individer.

Kryptorkisme fandtes associeret til malformationer og dysplasi af nyrerne, urinlederne og ryggraden fra T10 til S5. De urologiske abnormiteter og de ikke-descenderede testikler var oftest samsidige. Associationens hyppighed steg med stigende grad af abnorm differentiering af det kaudale udviklingsfelt.

Intra-abdominalt beliggende testikler fandtes associerede til persisterende diafragmatiske ligamenter, som igen fandtes associerede til abnorm midtlinjedifferentiering.

Sammenholdt med litteraturen ses kryptorkisme derfor som udtryk for abnormiteter i den hypothalamo-hypofysære-testikulære akse, abnorm seksuel differentiering af et individ med mindst én testikel, abnorm differentiering af det kaudale udviklingsfelt eller abnorm differentiering af midtlinjen.

Vævsprøver fra ikke-descenderede testikler udviser oftest germinalcellehypoplasi. Dette fandtes såvel medfødt som erhvervet. Mangel på germinalceller fandtes som en erhvervet tilstand. Germinalceller påvises hos alle kryptorke individer som var døde i 3. trimester. Mangel på germinalceller er uhyre sjældent beskrevet hos kryptorke drenge yngre end 15 måneder. Herefter tiltager hyppigheden. Hos toårige mangler op imod 30% af biopsier fra ikke-descenderede testikler germinalceller. Hyppigheden forbliver herefter omtrent konstant til puberteten.

Den anbefalede operationsalder ved kryptorkisme er gradvist sænket, især baseret på undersøgelser af spermatogonieantal/tværskåret tubulus seminiferus (S/T) i normale og i ikke-descenderede testikler. S/T fandtes at udvise stor aldersvariation, hvorfor der indførtes alderskorrigeret spermatogonieantal/tværskåret tubulus seminiferus (aldersk.S/T), defineret som den procent en opnået S/T-værdi udgør af mindste normalværdi.

Aldersk.S/T i vævsprøve taget ved orchiopexi var prognostisk for det senere fertilitetspotentiale, vurderet ved sædanalyse og serum-FSH, -LH og -testosteron.

Ved bilateral kryptorkisme fandtes 73-100% infertilitetsrisiko, hvis vævsprøve ved orchiopexi viste aldersk.S/T < 1% på en eller begge sider. Ved bilateralt normale aldersk.S/T værdier, opnåedes mindst 20 millioner sædceller/ml., laveste normalværdi ifølge WHO.

Ved unilateral kryptorkisme fandtes 33% infertilitetsrisiko hvis den ikke-descenderede testikels vævsprøve ved orchiopexi viste aldersk.S/T < 1%. For 0-9-årige svarer dette groft sagt til ingen spermatogonier/100 tværskårne tubuli seminiferi. Ved højere aldersk.S/T forventedes senere paternitet.

Da vævsprøver uden germinalceller stort set ikke er beskrevet før 15 måneders alderen, og da monstret er associeret til infertilitet anbefales operation for kryptorkisme før 15 måneders alderen. For at afvente evt. spontan testikulær descensus anbefales operationen først efter 6. levemåned.

Drenge opereret for kryptorkisme havde en cirka 4 gange forøget risiko for germinalcelle-neoplasi. Som særlige risikogrupper identificeredes patienter med abnorme eksterne genitalia og/eller abnorm karyotype. Sådanne patienter kan frembyde carcinoma-in-situ-testis ved operation for kryptorkisme i barndommen, hvorfor de anbefales biopteret ved operationen. Kryptorke drenge har dog fortsat risiko for udvikling af germinalcelle-neoplasi, skønt en sådan vævsprøve hverken afslører carcinoma-in-situ-testis eller germinalceller.

Dina Cortes. Cryptorchidism - Aspects of pathogenesis, histology and treatment. Scandinavian Journal of Urology and Nephrology, 1998, Vol 32, Suppl. No 196.

## DIAGNOSTIK, GENETIK OG KLINISK BILLEDE VED FRAGILT X SYNDROM

- en hyppig, men underdiagnosticeret årsag til udviklingshæmning

Helle Hjalgrim<sup>1,2</sup>, cand.scient. Karen Grønsvov<sup>1</sup> & Karen Brøndum-Nielsen<sup>1</sup>

John F. Kennedy Institutet<sup>1</sup>, Glostrup og børneafdelingen, Amtssygehuset i Glostrup<sup>2</sup>

Fragilt X syndrom (FRAXA) er den hyppigste arvelige form for udviklingshæmning. Syndromet nedarves X-bundet og rammer skønsmæssigt mellem 1:1.500 - 1:4.000 drenge og knap 1:4000 piger.

Syndromets dysmorfe træk er tydeligst for drengenes vedkommende og udgøres af et langt smalt ansigt, store udstående ører og postpubertal makroorkidisme - dysmorfologien bliver tydeligere med alderen. Mere påfaldende er de psykiske sider af syndromet: middel til svær udviklingshæmning med autistiske træk, hyperaktivitet og påfaldende adfærd. Der findes ingen medicinsk, kurativ behandling, men med sociale og pædagogiske tiltag kan der gøres meget for at bedre hverdagen for de implicerede.

Syndromet skyldes en dynamisk mutation på X-kromosomet (Xq27,3). Før den kodende del af genet findes et antal basetriplet-repeats (CGG)<sub>n</sub> - den normale allelstørrelse i den danske befolkning er 28 - 29 repeats. Som anlægsgæber for fragilt X syndrom har man en allelstørrelse på mellem 46-200; hvis allelstørrelsen er over 200 sker der en methylering af de foranliggende basetriplet-repeats og genet kan ikke transskribere (og derfor ikke translateres). Genet (FMR-1) koder for et protein (FMRP) med tildels ukendt funktion. Fraværet af FMRP medfører fragilt X syndrom.

Med de laboratoriemæssige metoder vi har i dag til diagnostik af FRAXA, er det muligt at give en fyldestgørende præ- og postnatal rådgivning.

Generelt bør man undersøge drenge OG piger med uafklaret mental retardering, forsinket udvikling eller autisme, især hvis de også har 1) fysiske eller adfærdsmæssige træk der er forenelige med FRAXA, 2) en familieanamnese med FRAXA eller 3) slægtninge med uafklaret udviklingshæmning.

Inden et eventuelt svangerskab er det relevant at henvise par, som har FRAXA eller tilfælde med uafklaret udviklingshæmning i familieanamnesen, til genetisk rådgivning. Der bør være tilbud om rådgivning og prænatal diagnostik til gravide præmuterede/fuldmuterede kvinder og mulighed for eventuel efterfølgende abort af fuldmuterede fostre. Prænatal diagnostik er mulig på såvel moderkageceller som fostervandsceller og er udført for et stort antal familier.

Diagnosen stilles endeligt ved molekylærgenetisk DNA-analyse af en blodprøve.

## MOLEKYLÆRGENETISK SYNDROMDIAGNOSTIK VED HJÆLP AF NYE METODER. K. Brøndum-Nielsen (John F Kennedy Institutet, Glostrup)

Der findes mange hundrede medfødte misdannelsessyndromer, som er velbeskrevne og mere eller mindre kendte. De fleste er relativt sjældne, og da ikke alle har markante iøjnespringende træk, underdiagnosticeres disse formentligt ofte. En stor del af syndromerne har en genetisk årsag, og nyere genetiske analysemetoder kan være til hjælp i diagnostikken i mange situationer. Patienten og hans/hendes symptomer vil dog altid være sidste facit!

Præcis diagnostik af "syndrombarnet" har betydning for den genetiske rådgivning, såvel som for prognose og ofte tillige behandling.

I modsætning til den konventionelle cytogenetiske analyse ("almindelig kromosomanalyse"), som detekterer numeriske såvel som større strukturelle forandringer på alle kromosomerne, er de nyere metoder mere specifikke, og kræver derfor, at der er mistanke om bestemte syndromer.

De nye metoder omfatter dels nye molekylær-cytogenetiske metoder med anvendelse af specifikke prober til detektion af mikrodeletioner (FISH-analyse), dels forskellige DNA-diagnostiske metoder (PCR- eller Southern blot-baserede) til påvisning af mutationer i specifikke gener. Hertil kommer koblingsbaserede markøranalyser i familier med arvelige sygdomme.

Opdaterede oversigter over analyser, som udføres i Danmark, vil blive fremlagt, tillige med nogle kliniske kardinaltræk, som kan lede de diagnostiske overvejelser hos "syndrombarnet" i bestemte retninger, og dermed til specifikke analyser, f.eks. mb cordis (Steno-Fallot - mikrodeletion på kromosom 22q), (supraavalvulær aortastenose - Williams syndrom), neonatal hypotoni (Prader-Willi syndrom), ondulerende nystagmus (Pelizaeus-Merzbacher syndrom).

Endelig omtales nye udviklinger som kan føre til forbedret diagnostik, herunder anvendelse af telomer-prober og multi-color FISH til detektion af kryptiske deletioner og translokationer.

## SYNDROMDIAGNOSTIK

Mette Warburg, Center for Handicappede, Vangede.

Syndrom betyder sammenløb. Syndromdiagnostik bygger på observation, måling og registrering af flest mulige større og mindre morfologiske afvigelser hos en patient eller dennes slægtninge. Størsteparten af medfødte syndromer manifesterer sig ved forandringer i ansigt, øjne, hænder, og ører. Disse afvigelser fra det normale observeres bedst før den specielle kliniske undersøgelser begynder. Jeg gennemgår en systematisk beskrivelse af ansigtet, omfattende hår, pande, ydre øje, kinder, næse, ører, mund og hage. Når alle morfologiske tegn er beskrevet kan syndromet indkredses ved opslag i en syndromdatabase. Paratviden om de tusinder af meget sjældne syndromer er derfor ikke nødvendig. Som eksempel viser jeg større og mindre misdannelser i ansigt, ører og hænder, der vejleder i en syndromdiagnostik.

### Literatur

- Cohen MM Jr. The Child with multiple birth defects. New York, Raven Press 1982.
- Baraitser & Winter. London Dysmorphology Database. Oxford Medical Databases 1993.
- Bermejo E, Martínez-Frías M-L. Congenital eye malformations: Clinical-epidemiological analysis of 1,124,654 consecutive births in Spain. *Am J Med Genet* 1998; 75:497-504.
- Blomdahl S 1979 Ultrasonic measurements of the eye in the newborn infant. *Acta Ophthalmol* 57:1048-56
- Hall, JG, Froster-Iskenius UG, Allanson JE: Handbook of normal physical measurements. Oxford Med. Publ. 1989
- Leiber B & Olbrich G: Die klinischen Syndrome. München. Urban & Schwarzenberg 1981, Vol. 1; pp 403-4).
- Méhes K, Kitzvöger E. Inner canthal and intermammary indices in the newborn infant. *J Pediatr* 1974; 85:90-92.

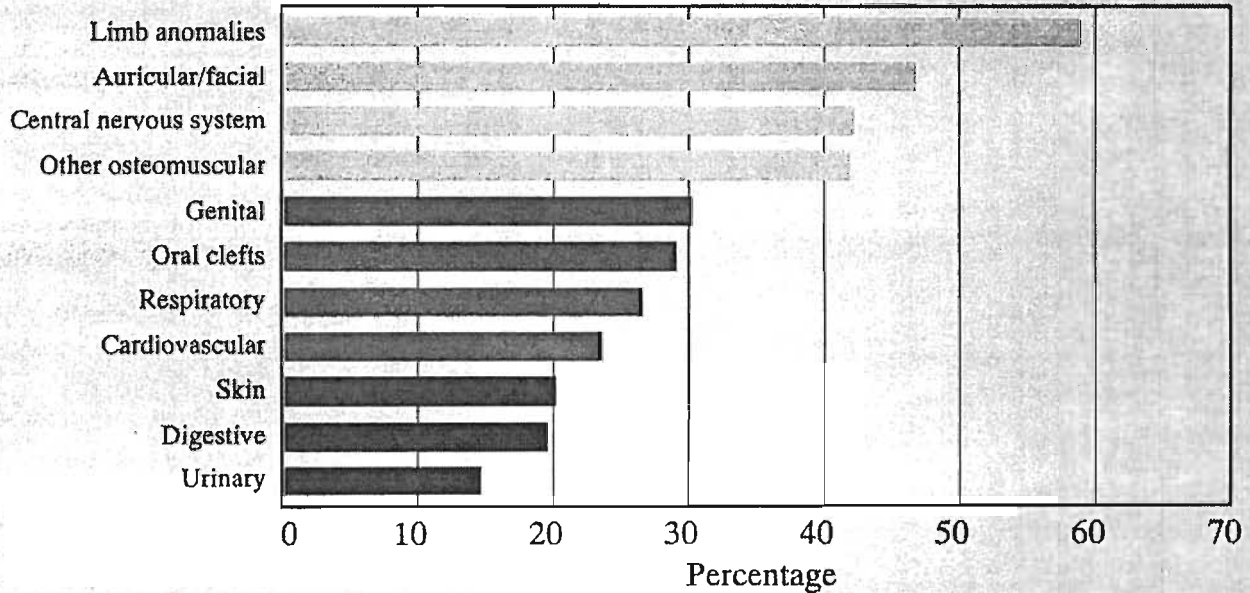
Warburg M: Syndromdiagnostik. En video om syndromdiagnostik kan lånes uden vederlag hos Ciba Vision Danmark, Ny Østergade 7, 1tv, 4000 Roskilde  
tel 46 38 00 20, Fax Nummer 46 38 00 21  
eller på AV-Centralen Herlev sygehus.

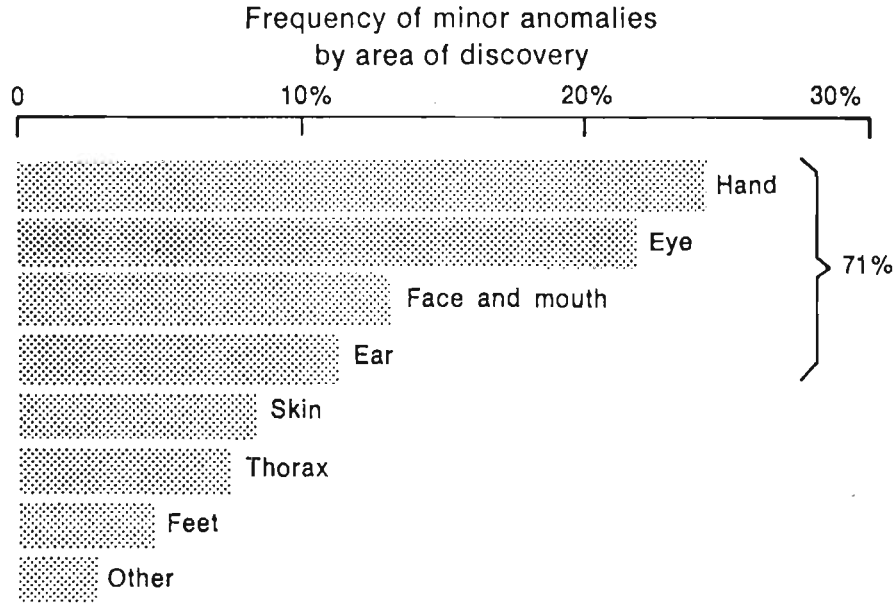


**Multiple congenital anomalies in 327 neonates with ocular malformations.  
Source: 1,124,654 consecutive births in Spain.**

*Bermejo & Martínez-Frías. AJMG 1998;75:497*

30





**1-18.** Frequency of minor anomalies by region. Of all minor anomalies, 71% occur in the head and neck region and the hand. (Redrawn from Smith and Bostian, ref. 42.)

---

## SPECT-SCANNING I BØRNENEUROLOGIEN

M. Gervil, F. U. Knudsen (Børneafdelingen, Amtssygehuset i Glostrup)

### *Formål*

Om SPECT-scanning bidrog med relevant paraklinisk information til sygdomsforståelse, diagnose, prognose og eventuel behandling ved en række helt eller delvist uafklarede børneneurologiske tilstande.

### *Materiale og metoder*

Undersøgelsen er en retrospektiv konsekutiv journalbaseret opgørelse. Der indgår 21 børn. De fik i perioden april 1994 til oktober 1995 under indlæggelse på Børneafdelingen, Københavns Amtssygehus i Glostrup, foretaget Tc-99m-HMPAO SPECT-scanning af hjemens regionale blodgennemstrømning.

### *Resultater*

Undersøgelsen var informativ i alle 21 tilfælde: I 10 tilfælde blev den kliniske mistanke bestyrket, i to tilfælde havde undersøgelsen diagnostisk betydning, i to tilfælde patofysiologisk betydning, i tre tilfælde betydning for sygdomsklassifikationen, i et tilfælde prognostisk betydning, i et tilfælde betydning som led i monitorering af sygdomsudvikling og i et tilfælde som led i almen udredning. I et tilfælde fik vi et resultat, som var vanskeligt at fortolke, men hvor klinik og SPECT-scanning var overensstemmende. I dette tilfælde var SPECT-scanning og EEG modstridende og CT- og MR-scanning var normale.

### *Konklusion*

SPECT-scanning af regional cerebral blodgennemstrømning synes at være en værdifuld undersøgelsesmetode ved børneneurologiske sygdomme. Større prospektive undersøgelser af veldefinerede patientgrupper er dog nødvendige for at dokumentere dette.

Foredraget vil være ledsaget af udvalgte sygehistorier med relevante SPECT-billeder.

## SHAKEN BABY SYNDROME

FU Knudsen, AM Lund og G Sandgren. (Børneafdelingen, Amtssygehuset i Glostrup. Børneafdelingen, H:S Hvidovre Hospital).

Shaken baby syndrome er en alvorlig og stadigvæk underdiagnostiseret form for børnemishandling. Tilstanden bør mistænkes hos spædbørn med uforklaret bevidsthedspåvirkning, koma, kramper eller apnø. En kombination af enkeltsidig eller dobbeltsidig subdural blødning og retinale blødninger hos spædbørn uden adækvat traume og uden abnorm blødningstendens er noget nær patognomonisk for tilstanden. Den præcise skademekanisme er ukendt, men formodes at være rystevold med eller uden stump vold. Ofte mangler ydre tegn på vold, anamnesen er ofte vildledende og tilstanden kan derfor mistolkes som alvorlig infektion eller krampesygdom. Forløbet er fatalt eller medfører svære handicaps med blindhed, cerebral parese, mental retardering, hydrocephalus eller epilepsi hos over halvdelen af børnene. Rysteskadernes sværhedsgrad må antages at repræsentere et biologisk continuum og det kan ikke udelukkes at lettere tilfælde med mere beskedne neurologiske sequelae som fx strabismus, høreskade, indlæringsvanskeligheder eller DAMP eksisterer. Omfanget af dette hypotetiske problem er ganske ukendt. Tilstanden frembyder betydelige diagnostiske, patofysiologiske, behandlingsmæssige, prognostiske, profylaktiske og juridiske problemer der belyses på basis af 11 egne tilfælde.

## HVAD GØR VI MED DOWNS SYNDROM.

Peter Bækgaard, Center for Handicappede, Københavns Amt.

Landets børneafdelinger følger af forskellige grunde mongolbørn i perioder men for de flestes vedkommende er helbredscontrollen overladt til det almindelige lægelige system. Under opvæksten frembyder Down syndromet imidlertid en række fælles symptomer og problemstillinger af speciallægelig karakter.

Hermed præsenteres et dansk forslag til retningslinier vedrørende helbredsundersøgelse - i analogi med udenlandske initiativer.

Selskabets 674. videnskabelige møde

**Mødeemne:**

**KLINISK GENETIK.** Professor, Overlæge dr med Flemming Skovby, Afsnit for Klinisk Genetik, Juliane MarieCentret, Rigshospitalet

**ORDINÆR GENERALFORSAMLING**

## **Vejledning om specialeplanlægning i lands- og landsdelfunktioner i fagområdet klinisk genetik.**

### **Laboratorier:**

1. Adeling for medicinsk genetik, Københavns Universitet.
2. Afsnit for klinisk genetik, Juliane Marie Centret, Rigshospitalet.
3. John F. Kennedy Institutet, Glostrup
4. Sektion for Klinisk Genetik, Odense Universitetshospital.
5. Klinisk Genetisk Afdeling, Vejle.
6. Klinisk Genetisk Afdeling, Århus Universitetshospital
7. Center for Medicinsk Molekylær Biologi, Skejby Sygehus.

### **Øvrige analysetilbud og almene funktioner:**

Genetisk rådgivning:	1,2,3,4,5,6
Postnatale kromosomundersøgelser:	1,2,3,5,6
Molekylær cytogenetik:	1,2,3,6
Metaboliske og biokemiske undersøgelser:	1,2,3,7
Molekylærgenetiske undersøgelser:	1,2,3,4,6,7

Table 1

**No. of diagnostic samples analysed (1994)**

Genetic Center	Dept. Med. Genetics, University of Copenhagen	Dept. Clinical Genetics, Rigshospitalet, Copenhagen	John F. Kennedy Institute, Glostrup	Dept. Clinical Genetics, Vejle	Dept. Clinical Genetics, Århus	Section Clinical Genetics, Odense	Total
Cytogenetics: Blood (incl. FISII)	112	782	1132	327	667		3020
Amnio/CVS		2587/2073	412/567	724/24	1551/716		5274/3380
Molecular genetic analyses	92	Postnatal 1056 Prenatal 74	630 *1) 30		130 25	30	1938 129
Biochemical (inborn errors)	2	Prenatal 10 Postnatal 2604	52 *1) 3526				64 6130
blood urine		1102 1502	2272 254				
No of genetic Counsellings (patient consultations)	300	Low risk: *2) 3119 High risk: 500	250	400	200 *3)	160	1810

\*1) Includes investigations on samples from abroad

\*2) Pregnant low-risk, e.g. maternal age

\*3) In addition 200 consultations were held at local departments

# Klinisk Genetik

Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 654

- |    |  |          |
|----|--|----------|
| 1. | Turnus   | 18 mdr   |
| 2. | Klinisk uddannelse   | 36 mdr   |
|    | - generel klinisk uddannelse   | (12 mdr) |
|    | 6 mdr skal finde sted ved et af 4 specialer:<br>gyn/obs., intern med., neurologi eller pædiatri.             |          |
|    | 6 mdr. kan finde sted i andet klinisk speciale   |          |
|    | - ansættelse ved klinisk genetisk afdeling<br>eller institution med genetisk rådgivning<br>som arbejdsområde | (24 mdr) |
| 3. | Klinisk genetisk laboratorieuddannelse<br>i uddannelsesstilling  | 36 mdr   |
|    | - 12 mdr skal finde sted ved et cytogenetisk<br>laboratorium   |          |
|    | - 12 mdr skal finde sted ved et molekylær<br>genetisk laboratorium   |          |
- Uddannelsen skal omfatte ansættelse ved mindst 2 institutioner med klinisk genetisk relevant laboratoriefunktion, heraf mindst 1 afdeling der rutinemæssigt varetager prænatal diagnostik. Højst 24 mdr kan finde sted ved een institution.



# DNA Analyser

- 1 = Rigshospitalet, Klinisk genetik  
 2 = JFK  
 3 = Århus Kommunehospital, Klinisk genetik AAK  
 4 = Odense molekylær medicinsk lab., afd. KKA; OUH  
 5 = Inst. for Medicinsk Blokemi og genetik, Panum, KU  
 6 = Rigshospitalet, Klinisk Blokemisk afd.  
 7 = Center for medicinsk molekylærbiologi i Skejby  
 8 = Rigshospitalet, Vævstypelab. Klinisk Immunologisk afdeling

Sygdom/gen	Analysetype	Metode
$\alpha$ -1-antitrypsinmangel (1,7)	mutation	PCR
$\alpha$ -1-antitrypsinmangel (6)	protein varianter	isoelektrisk fokusering
Achondroplasi (1,2,3)	mutation	PCR
Adrenogenital syndrom (21-hydroxylase) (1)	mutation	PCR/minisekventering
Adrenoleukodystrofi (1)	kobling / mutation	PCR
Alport syndrom (3)	mutation/kobling	PCR/Southern blot
Androgenreceptor (Morris)(1)	mutation	PCR/SSCP/sekventering
Angelman syndrom (1,2,3)	"metylering"	Southern blot
Anhidrotisk ectodermal dysplasi (3)	mutation/kobling	PCR + Southern blot
Aniridi (2)	mutation	PCR/SSCP/sekventering
Antithrombin III-mangel (6)	mutation	PCR/sekventering
Apert (1,3)	mutation	PCR
Arylsulfatase pseudodeficiency (1)	mutation	PCR
Beckwith-Wiedemann (2,3)	metylering/UPD	Southern blot/PCR
CDG (carbohydrate-deficient glycoprotein) syndrom 1A	mutation	PCR
Charcot-Marie-Tooth type 1A (1,3)	mutation	Southern blot
Coloncancer (3)	microsatelit instab.	PCR
Coloncancer (HNPCC) (6)	mutation/kobling	PCR/sekventering/kobling
Coloncancer (HNPCC)(6)	mutation	Southern blot/PCR
Coloncancer/ dcc, apc, p53 tab (6)	LOH	PCR/mikrosat
Coloncancer/RER (6)	microsatelit inst.	PCR
Crouzon (1,3)	mutation	PCR
Cystisk fibrose (1)	mutation	PCR
DAZ (azoospermi) (1)	deletion	PCR
DRPLA (5)	mutation	PCR
Duchenne/Becker (1,3,5)	mutation	PCR/Southern blot
Dystrofia myotonica (1,3,5)	mutation	PCR/Southern blot
Facio-scapulo-humeral muskeldys.(3)	mutation	Southern blot
Faktor V (Leiden mutation) (6)	mutation	PCR/SSCP
FALS (familær amyotrofisk lateral sclerose) (2)	mutation	PCR/SSCP
FAP (6)	kobling/mutation	PCR+PTT
FAP/apc (6)	mutation/kobling	PCR/PTT/sekventering/Kobling
Fragilt X (1,2,3)	mutation	PCR/Southern blot
FRAXE (2,3)	mutation	Southern blot
Friedreich ataxi	mutation	PCR/Southern blot
Føtomaternel immunisering /HPA1-6 (8)	mutation/polymorfi	PCR
Føtomaternel immunisering/Rhesus-D (8)	deletion	PCR
Galaktosæmi (1)	mutation	PCR/SSCP/sekventering
Glucose-6-fosfat dehydrogenase (6)	enzymakt./mutation	sekventering
Glutaryl coA-dehydrogenase (1)	mutation/kobling	PCR/SSCP
Hereditary Mixed Polyposis (6)	kobling	PCR/kobling
Hexokinase (6)	enzymakt./mutation	sekventering
HNPP (1,3)	mutation	Southern blot
Huntingtons sygdom (5)	mutation	PCR
Hypercholesterolæmi (fam) (4)	mutation	DGGE/PCR/sekventering
Hypertension/a-adducin (6)	mutation	restriktionsenzym analyse
Hypochondroplasi (1)	mutation	PCR

Hæmofili A (1,3)	mutation/kobling	PCR/Southern blot
Hæmofili B (1)	mutation/kobling	PCR/SCCP/sekventering
Hæmokromatose/HFE (6)	mutation	PCR/sekventering
Immundefekt/kemoklin receptor CCR-5 (8)	mutation/polymorfi	PCR
Immundefekt/Mannan-bindende lektin (8)	mutation/polymorfi	PCR
Immundefekt/somatisk hypermutation (8)	mutation/polymorfi	PCR/sekventering
Immundefekt/TCR-IgH genrear. (8)	klonalitet	PCR/sekventering
Kennedy sygdom (2,5)	mutation	PCR
Koagulationsfaktor VII-mangel (6)	mutation	PCR-sekventering
Krabbe (1)	mutation	PCR/SCCP/sekventering
Leber LHON (1)	mutation	PCR
Leukæmi/BCR-Abl (8)	translokation	RT-PCR/dot blot
Leukæmi/minimal residual sygdom (8)	klonalitet	kompetitiv PCR
Leukæmi/TCR-IgH genrear. (8)	klonalitet	PCR/sekventering
Lymfom/minimal residual sygdom (8)	klonalitet	kompetitiv PCR
Lymfom/TCR-IgH genrear. (8)	klonalitet	PCR/sekventering
Machado-Josephs sygdom (5)	mutation	PCR
Marfan (1)	kobling	PCR
mb Hirschsprung/RET(6)	mutation	PCR/sekventering
MEN1 (3)	kobling	PCR/Southern blot
MEN1/menin (6)	mutation/kobling	PCR/sekventering/kobling
MEN2, FMTC,RET (6)	mutation	PCR/sekventering
Menkes (2)	mutation (biokemi)	ddFP/PCR/SSCP/sekvent. + Southern blot
Mitokondrie defekt (MERFF,NARP, MELAS, LEIGH, Kearns-Sayre) (1)	mutation	PCR
Nephrogen diabetes insip. (3)	kobling	PCR/Southern blot
Neuroblastom/ PGP9,5 (6)	mutation	PCR
Neuroblastom/1p-delet (6)	LOH	PCR/kobling
Neuroblastom/N-MYC (6)	amplifikation	Southern blot
Neurofibromatose type I (NF1)(1,5)	kobling	PCR
Okular Albinisme (1)	mutation	PCR
Osteogenesis lmp (1)	mutation/biokemi	PCR/SCCP/sekventering
OTCase (1)	mutation/kobling	PCR/SSCP
p53 (6)	mutation/LOH	PCR/sekventering/kobling
Peutz Jeghers syndrom (colon cancer)* (6,7)	mutation	PCR/sekventering
Pfeiffer (1,3)	mutation	PCR /SSCP
PKU (2)	mutation	PCR
Polycystiske nyrer (1)	kobling	PCR
Porfyri (4)	mutation	DGGE/PCR/sekventering
Prader Willi (1,2,3)	"metylering"	Southern blot
Protein C-mangel (6)	mutation	PCR-sekventering
Protein S-mangel (6)	mutation	PCR-sekventering
Prothrombin (G20210A)mutation (6)	mutation	PCR/restraktionsenzym/Southern blot
Pyruvatkinase (6)	enzym akt/mutation	PCR/sekventering
Retinitis pigmentosa (X) (1)	kobling	PCR
Seglcelle anæmi (2,6)	mutation	DGGE / sekventering
Spastiske parapareser (flere typer)	kobling	PCR
Spielmeyer-Vogt (3,5)	mutation	PCR
Spinal muskel atrofi (1,3)	mutation/kobling	PCR
Spinocerebellar ataxi (5)	mutation/kobling	PCR
SRY (kønsbestemmelse) (1,3)	mutation	PCR/sekventering
Tay-Sachs (1)	mutation	PCR
Thalassæmi (2,6)	mutation	DGGE/sekventering
Thalassæmi/a-globin,b-globin (6)	mutation	Isoelektrisk fok./PCR/sekventering
Thrombocyt-specifik immunisering /HPA1-6 (8)	mutation/polymorfi	PCR
Transplantation (KMT, nyre, lever, hjerte, etc.)/HLA klasse I (8)	mutation/polymorfi	PCR/sekventering/dot blot
Transplantation (KMT, nyre, lever,hjerte, etc.)/HLA klasse II (8)	mutation/polymorfi	PCR/sekventering/dot blot

Transplantationsrelateret "take",  
kimerisme/mikrosatelitter (8)  
von Hippel-Lindau (4)  
von Hippel-Lindau (6)  
Wiskott-Aldrich (1)  
X-bunden trombocytopeni (1)  
X-kromosom-inaktivering (1)

Marianne Schwartz  
31-08-98

kobling

mutation  
mutation/kobling  
mutation  
mutation/kobling  
metylering

PCR/mikrosatellit

PCR/sekventering  
PCR/sekventering/Southern blot/kobl.  
PCR/SCCP/sekventering  
PCR /SSCP  
PCR

*Table.* Genes associated with familial cancer syndromes

Gene	Classification	Genetic locus	Malignancy	Familial syndrome
<i>RET</i>	ONC	10q11	Thyroid and parathyroid carcinomas, pheochromocytoma	MEN, type 2
<i>p53</i>	TSG	17p13	Leukemia, glioma, rhabdomyosarcoma, osteosarcoma, breast carcinoma	LFS
<i>RB</i>	TSG	13q14	Retinoblastoma, osteosarcoma, pineal tumors	Familial retinoblastoma
<i>WT1</i>	TSG	11p13	Wilms tumor	WAGR syndrome, Denys-Drash syndrome
<i>NF1</i>	TSG	17q11.2	Neural tumors, leukemia, soft tissue sarcoma, bone tumors	Neurofibromatosis, type 1
<i>NF2</i>	TSG	22q12	Acoustic neuroma, meningioma	Neurofibromatosis, type 2
<i>BRCAl</i>	TSG	17q21	Breast carcinoma, ovarian carcinoma	Familial breast and ovarian cancer
<i>BRCAl2</i>	TSG	13q12-13	Breast carcinoma	Familial breast cancer syndrome
<i>VHL</i>	TSG	3p25	Renal cell carcinoma, vascular tumors	von Hippel-Lindau syndrome
<i>APC</i>	TSG	5q21-22	Colorectal carcinoma	FAP
<i>p16</i>	TSG	9p21	Melanoma	Familial melanoma
<i>ATM</i>	DRG	11q22-25	Lymphoma, lymphoid leukemia, breast carcinoma	Ataxia-telangiectasia
<i>BLM</i>	DRG	16q25.1	Leukemia, lymphoma, stomach/colon carcinoma	Bloom's syndrome
<i>MSH2</i>	DRG	2p21-22	Colorectal cancer, endometrial, ovarian, and gastric carcinomas	Hereditary nonpolyposis colon cancer
<i>MHL1</i>	DRG	3p21	As above ( <i>MSH2</i> ), glioblastoma	Hereditary nonpolyposis colon cancer
<i>PMS1</i>	DRG	2q31-33	As above ( <i>MSH2</i> )	Hereditary nonpolyposis colon cancer
<i>PMS2</i>	DRG	7p22	As above ( <i>MSH2</i> ), glioblastoma	Hereditary nonpolyposis colon cancer

DRG, DNA repair gene; ONC, proto-oncogene; TSG, tumor suppressor gene.

## ARVELIGE STOFSKIFTESYGDOMME SOM FORVENTES AT KUNNE DIAGNOSTICERES VED TANDEM MASSESPEKTROMETRI

Aminoacidopatier	Diagnostisk metabolit
N-acetylglutamat syntetase defekt*	Glutamat + alanin
Argininoravsyreuri*	Argininoravsyre
Argininæmi	Arginin
Ahom sirup urin sygdom*	Valin, leucin + isoleucin
Carbamoylfoosfat syntetase defekt	Glutamat + alanin
Citrullinæmi*	Citrullin
Cystathioninæmi (benign biokemisk defekt)*	Cystathionin
Dihydropteridin reduktase defekt	Fenylalanin
Formiminoglutaminsyreuri (benign biokemisk defekt ?)*	Formiminoglutaminsyre + Glutaminsyre
Fenylketonuri*	Fenylalanin
Histidinæmi (benign biokemisk defekt)*	Histidin
Homocystinuri (cystathionsyntase defekt)*	Homocystein
Homocystinuri (methylentetrahydrofolat reduktase defekt)*	Homocystein
Homocystinuri (cobalamin C, D, E, F eller G defekt)	Homocystein
Hydroxyprolinæmi (benign biokemisk defekt)*	Hydroxyprolin
Nonketotisk hyperglycinæmi*	Glycin
Hyperfysinæmi (benign biokemisk defekt)*	Lysin
Hypermethioninæmi (måske benign biokemisk defekt)*	Methionin
Hyperomithin-hyperammoniumæmi-homocitrullinuri	Omithin, orotsyre, homocitrullin
Hyperprolinæmi type 1 (benign biokemisk defekt)	Prolin
Hyperprolinæmi type 2*	Prolin
Molybdæn kofaktor defekt*	Sulfocystein + xantin
Omithin $\delta$ -aminotransferase (gyrat atrofi)	Omithin
Prolidase defekt*	Glycylprolin
Sarcosinæmi (benign biokemisk defekt)*	Sarcosin
Sulfit oxidase defekt	Sulfocystein
Tetrahydrobiopterin syntetase defekt*	Fenylalanin
Tyrosinæmi type 1 (fumarylacetoacetase defekt)*	Tyrosin + succinylaceton
Tyrosinæmi type 2 (tyrosin transaminase defekt)	Tyrosin
Tyrosinæmi type 3 (4-hydroxyfenylpyruvat dioxygenase defekt)*	Tyrosin
<b>Organiske acidurier</b>	<b>Diagnostisk metabolit</b>
Alkaptonuri*	Homogentisinsyre
Biotinidase defekt*	$\beta$ -hydroxyisovaleriansyre + $\beta$ -methylcrotonylglycine
Canavan's sygdom*	N-acetylasparaginsyre
Dihydropyrimidin dehydrogenase defekt*	Thymin + uracil
Dihydropyrimidinase defekt	Dihydrothymin + dihydrouracil
Ethylmalonsyreuri*	Ethylmalonsyre
Fumarase mangel*	Fumarsyre
Glutaryl-CoA dehydrogenase defekt*	Glutarsyre, glutarylkamitin
Glyceralkinase defekt*	Glycerol
Hereditær orotsyreuri	Orotsyre
Holocarboxylasesyntetase defekt*	$\beta$ -hydroxyisovaleriansyre + $\beta$ -methylcrotonylglycine
L- $\alpha$ -hydroxyglutarsyreuri*	L- $\alpha$ -hydroxyglutarsyre
D- $\alpha$ -hydroxyglutarsyreuri*	D- $\alpha$ -hydroxyglutarsyre

β-ketothiolasedefekt	2-methyl-3-hydroxysmørsyre, tiglylglycin
β-methyl-β-hydroxyglutaryl CoA lyase defekt	β-methyl-β-hydroxyglutarsyre
Succinat semialdehyd dehydrogenase defekt*	γ-hydroxysmørsyre + 4,5-dihydroxyhexansyre/akton
Isovalerianesyreæmi*	Isovalerianesyre + isovalerylglycin + isovalerylkarnitin
α-ketoædipinsyreuri	α-ketoædipinsyre + α-aminædipinsyre
β-methylcrotonyl-CoA carboxylase defekt*	β-hydroxyisovalerianesyre + β-methylcrotonylglycine
β-methylglutakonsyreuri type 1-4	β-methylglutakonsyre
Methylmalonsyreuri (mut-, mut O, cbl A-F)	Methylmalonsyre
Mevalonat kinase defekt	Mevalonsyre
Ornithin transcarbamylase defekt*	Orotsyre
Propionsyreæmi*	Methylcitrat + β-hydroxypropionsyre + propionylkarnitin
Pyroglutaminsyreuri*	Pyroglutaminsyre
Pyruvat carboxylase defekt*	Laktat + pyruvat
Pyruvat dehydrogenase defekt*	Laktat + pyruvat
<b>Mitochondrielle β-oxidationsdefekter</b>	<b>Diagnostisk metabolit</b>
Kort kædet acyl-CoA DH (SCAD) defekt	Butyrylkarnitin
Mellemkædet acyl-CoA DH (MCAD) defekt*	Oktanoylkarnitin
Lang kædet acyl-CoA DH (LCAD) defekt	Acylkarnitiner
Lang kædet 3-hydroxyacyl-CoA DH (LCHAD) defekt	Acylkarnitiner
Meget lang kædet acyl-CoA DH (VLCAD) defekt	Acylkarnitiner
Karnitin palmityltransferase I (CPT1) defekt	Acylkarnitiner
Karnitin palmityltransferase II (CPT2) defekt	Acylkarnitiner
Karnitin acylkarnitin translokase defekt*	Acylkarnitiner
ETF defekt	Acylkarnitiner
ETF-DH defekt	Acylkarnitiner
Karnitin transport defekt	Karnitin (stærkt nedsat)
<b>Peroxisomale sygdomme</b>	<b>Diagnostisk metabolit</b>
Acyl-CoA oxidase defekt	VLCFA (C24 + C26)
Adrenoleukodystrofi*	VLCFA (C24 + C26)
Bifunktionel enzym defekt	VLCFA (C24 + C26) + galdesyre forstadier
Chondrodystrofia punktata (med dværgvækst)*	Plasmalogener (stærkt nedsat)
Refsum sygdom*	Fytansyre?
Thiolase defekt	VLCFA (C24 + C26) + galdesyre forstadier
Zellweger syndrom*	VLCFA (C24 + C26) + galdesyre forstadier + pipekolsyre
Andre peroxisomale sygdomme med ukendt enzym defekt	VLCFA (C24 + C26) +/-eller galdesyre forstadier
<b>Andre arvelige sygdomme</b>	<b>Diagnostisk metabolit</b>
Galaktosæmi*	Galaktose-1-fosfat
Guanidinoacetat methyltransferase defekt	Kreatin (stærkt nedsat)
Lesch-Nyhan syndrom*	Urat
Smith-Lemli-Opitz syndrom	7-dehydrocholesterol

De med \* markerede sygdomme er tidligere blevet diagnosticeret på Metabolisk Laboratorium, Afsnit for Klinisk Genetik, Rigshospitalet

**FORMANDSBERETNING 1997-98****Bestyrelsen**

Bestyrelsen konstituerede sig efter generalforsamlingen med Ole Andersen som formand, Karen Taudorf som næstformand, Niels Clausen som kasserer, Jes Reinholdt som videnskabelig sekretær, Thomas Hertel som sekretær og Karsten Kaas Ibsen (DBO-repræsentant) uden portefølje.

Karsten Kaas Ibsen besluttede pga. en øget arbejdsbyrde at udtræde af bestyrelsen per 01.06.98. Da generalforsamlingen nærmede sig, valgte bestyrelsen at undlade at supplere sig.

Bestyrelsen har holdt 9 møder samt 1 møde med de administrerende overlæger, 1 møde med uddannelsesudvalget og 1 møde med fagets inspektorer.

**Medlemmer og mødeaktivitet**

Selskabet havde 459 medlemmer per 15.06.98; der er tilkommet 33 nye medlemmer det sidste år, 8 har meldt sig ud, og 3 er afgået ved døden. Vi byder de mange nye medlemmer velkommen i selskabet og er glade for den store interesse.

Selskabet har afholdt 5 møder herunder vårmødet. Selskabet har endvidere været medarrangør til 2 andre møder, der primært arrangeredes af Dansk Selskab for Allergi og Dansk Selskab for Dermatologi. Bestyrelsen vil gerne takke alle arrangørerne. Vi vil især gerne takke børneafdelingen i Glostrup, der trådte til og arrangerede et fagligt og socialt yderst vellykket vårmøde med meget kort varsel.

I den forgangne sæson ændredes selskabets mødeaktivitet til færre møder i henhold til diskussionen på generalforsamlingen i 1997. Bestyrelsen har med glæde konstateret et øget fremmøde til møderne. Vi ser nu frem til selskabets første høstmøde, der vil blive afholdt i Skejby 30 - 31.10.98. Det markerer samtidigt selskabets 90 års fødselsdag. I januar vil endokrinologisk udvalg som det første arrangere et af de planlagte mindre møder, hvis formål er at informere om vigtige fremskridt og aktiviteter indenfor udvalgenes områder.

Når antallet af møder i selskabet bliver færre, er det ekstra væsentligt, at så mange som muligt kan komme til de enkelte møder. Især lægger bestyrelsen vægt på, at de yngre medlemmer kan deltage. Gennem en årrække har prisen for deltagelse i vårmødet derfor været reduceret for selskabets yngre medlemmer. Dette har været muligt bl.a. fordi vi har nydt godt af medicinalindustriens interesse for at udstille og støtte vores vårmøder, sidst i år i Glostrup.

Som noget helt nyt, har vi besluttet at modtage en invitation fra et firma om at være enesponsor ved årets høstmøde. Det indgår i aftalen, at DPS er enerådende mht. det videnskabelige program, står for kontakten til foredragsholdere og brevudsendelser, at det videnskabelige møde er åbent for alle, og

at den sociale del er åbent for alle selskabets medlemmer med evt. ledsager. Aftalen dækker kun dette ene møde og vil blive evalueret i samarbejde med sponsoren efter arrangementet.

Bestyrelsen har med glæde modtaget et tilbud fra børneafdelingen i Viborg om at arrangere vårmødet i 1999. Det er bestyrelsens håb, at det også fremover vil være muligt at veksle mellem, at vårmøderne afholdes i henholdsvis øst og vestdanmark. Det ville være fint, hvis et sådant princip også kunne gennemføres for høstmødernes vedkommende.

### **Kommunikation med medlemmerne**

Selskabet har besluttet at benytte sig af Lægeforeningens tilbud om at få en gratis internetadresse på foreningens lukkede DADLNET. Tilbuddet er givet til alle Lægeforeningens medlemmer og til de videnskabelige selskaber. Det er bestyrelsens plan at oprette en hjemmeside. Denne skal benyttes dels til information af medlemmerne, dels til at muliggøre en løbende debat i fremtiden. DPS vil gerne opfordre alle selskabets medlemmer til at benytte sig af Lægeforeningens tilbud. På lidt længere sigt kunne man forestille sig, at næsten al information fra DPS til medlemmerne kunne foregå via internet. Det ville både spare tid og ressourcer. Bestyrelsen har nedsat en mindre arbejdsgruppe med Thomas Hertel som ankermand til at få selskabet på internettet.

### **Videreuddannelse**

En væsentlig del af bestyrelsens og uddannelsesudvalgets aktivitet har været centreret om besættelsen af årets undervisningsstillinger. Der har hersket stor usikkerhed og en del forvirring omkring hele processen. I første omgang blev der kun opslået 14 og ikke 18 stillinger, som vi havde forventet. Og samtidigt var der tilsyneladende ikke taget hensyn til vores udmeldinger vedrørende de specifikke pædiatriske krav og ønsker. Det lykkedes i sidste øjeblik at forhandle os frem til opslag af 18 uddannelsesstillinger og accept af nogle specifikke kriterier.

Sygehusejerne (først og fremmest Amtsrådsforeningen) og Sundhedsstyrelsen besluttede sidste år, at etablere en ny struktur ved besættelsen af uddannelsesstillinger. Der er udmeldt fælles regler for samtlige specialer. Ved vurderingen af ansøgere benyttes Sundhedsstyrelsens udmeldte kriterier, der kun på få punkter er speciale-specifikke. Vurderingen foretages af et vurderingsudvalg, til hvilket vi har udpegningsret, men hvis sammensætning er besluttet centralt. Der skal være repræsentanter fra en universitets- og en ikke-universitets afdeling i hver af de 3 regioner Nord, Syd og Øst, en repræsentant for yngre læger samt en repræsentant for selskabet. Vi valgte at indstille medlemmer fra uddannelsesudvalget for at sikre det demokratiske fundament.

De generelt udmeldte kriterier levner kun meget lidt plads til pædiatrisk specifikke aktiviteter, og en del ansøgere er i god tro kommet i klemme mellem tidligere kutyme og de nye regler. Balancen mellem klinisk og videnskabelig uddannelse er ændret til fordel for klinikken. Bestyrelsen finder, at videnskabeligt arbejde nu vægtes for lidt. Dette er særlig markant ved vurderingen af et gennemført disputats arbejde. Hertil kommer, at ansættelse på afdeling GN, Rigshospitalet, der tidligere vurderedes særskilt, nu kun kan medregnes på lige fod med andre pædiatriske ansættelser. Sundhedsstyrelsens argument herfor er, at neonatologien er en del af specialet. Af juridiske årsager kan anciennitet og ansættelser kun medregnes frem til selve ansøgningstidspunktet - og ikke som vi tidligere gjorde frem til ansættelsen i uddannelsesstillingen. Endelig lykkedes det ikke for os at få medtaget en oversigt over, hvilke ansættelser uden for specialet, der kan kvalificere.



De nu besatte undervisningsstillinger er klassificerede og som sådan skulle de være sikrede også fremover, men bestyrelsen agter at bede Sundhedsstyrelsen om et møde til efteråret m.h.p. en drøftelse af bl.a. disse problemer.

Bestyrelsen vil gerne påpege de enkelte afdelingers og tutors forpligtigelse til at vejlede yngre uddannelsessøgende kolleger mht. hvilke ansættelser, der rent faktisk kan medregnes i uddannelsen til speciallæge. Særlig skal vi gøre opmærksom på, at det indgår i enkeltstillingsklassifikationen, at hver enkelt stillingskategori indebærer specifikke, målrettede og beskrevne uddannelsesaktiviteter. Dette betyder f.eks. at ansættelse som 1. reservelæge først kvalificerer officielt efter gennemført ansættelse i uddannelsesstilling. Samt at kun klassificerede introduktionsstillinger tæller med som introduktion til specialet.

I samme forbindelse vil bestyrelsen gerne gøre opmærksom på, at rekrutteringen til det pædiatriske speciale efter stillingsreformen kan blive vanskeliggjort af kravet om stillingsklassifikation. Alene introduktionsstillinger kan benyttes til såvel det pågældende speciale som til supplerende uddannelse til andre specialer, herunder almen medicin. Det er ikke som tidligere relativt simpelt for den enkelte at skifte speciale-mål midt i uddannelsen, heller ikke før ansættelse i uddannelsesstilling.

Dansk Medicinsk Selskab har opfordret de videnskabelige selskaber til at bidrage til en bog, der kan lette yngre lægers specialevalg. Thomas Hertel og Jes Reinholdt fra bestyrelsen og Kaare Lundstrøm fra uddannelsesudvalget har påtaget sig at formulere et udkast til vores svar.

Selskabet arbejder på at få oprettet supplerende stillinger til den pædiatriske speciallægeuddannelse indenfor tilgrænsende specialer.

Fagets 4 **inspektorer** har påbegyndt deres arbejde og vurderet den lægelige undervisning og uddannelse på foreløbigt 2 afdelinger. Bestyrelsen vil gerne takke inspektorerne for det meget store arbejde, der er udført. Vi er sikre på, at denne løbende evaluering og fokusering på uddannelsens mange aspekter vil være en løftestang såvel indadtil i faget som udadtil i forhold til samarbejdspartnere og bevilgende myndigheder. Der henvises i øvrigt til inspektorerens referat til generalforsamlingen.

John Østergaard har som **hovedkursusleder** arbejdet meget for at få lagt specialets A-kurser i gode faste rammer år for år og i løbet af den samlede uddannelse, så kurserne kan afvikles uden urimelig belastning og besvær for såvel de enkelte afdelinger som de uddannelsessøgende. John Østergaard har ønsket at fratræde hvervet ved denne generalforsamling. Bestyrelsen vil gerne takke ham for et godt og omhyggeligt arbejde. Sundhedsstyrelsen har udmeldt, at styrelsen fremover ønsker evaluering af såvel de enkelte kurser og som noget nyt også af de enkelte uddannelsessøgende. Den nødvendige struktur hertil skal planlægges i den kommende tid i samarbejde mellem den nye hovedkursusleder, delkursuslederne, uddannelsesudvalget og bestyrelsen.

Hovedkursuslederen skal fremover vælges af selskabets uddannelsesudvalg, mens vi tidligere kun havde indstillingsret, og udpegningen blev varetaget af Sundhedsstyrelsen. Bestyrelsen støtter varmt denne demokratisering. Vi finder, at der tale om en meget væsentlig funktion, og har derfor anbefalet, at hovedkursuslederen fremover vælges af selskabets generalforsamling efter indstilling fra bestyrelsen og uddannelsesudvalget.

## Efteruddannelse

Der eksisterer i øjeblikket ekspertuddannelsesstillinger indenfor følgende ekspertområder: Neonatologi (3), neurologi (1) og astma-allergologi (1). Vi er vidende om, at flere stillinger er på vej. Der har været opslået en stilling i neurologi, til hvilken der desværre ingen ansøgere var. Bestyrelsen skal benytte lejligheden til igen at opfordre de enkelte afdelinger til at arbejde for oprettelse af sådanne stillinger, hvor det er hensigtsmæssigt og muligt. Og samtidigt opfordre yngre speciallæger til at søge stillingerne. De godkendte ekspertuddannelsesstillinger er fagets interne kvalitetsstempel. Overlægestillinger bliver i stigende omfang slået op dels med almindelige forpligtigelser som overlæge overfor den ansættende myndighed dels med særlig funktion indenfor et bestemt ekspertområde.

Faget fornyer sig udfordrende hurtigt. Vores speciale er i modsætning til de fleste andre meget bredt med grænseflader til mange specialer og dækker såvel rent lægelige som psykologiske og sociale aspekter. Det er derfor yderst vigtigt at sikre en efteruddannelse af alle pædiatriske speciallæger. Problemerne i forbindelse med denne såkaldte Continuous Medical Education (CME) har i det forløbne år været genstand for opmærksomhed både internationalt i CESP/UEMS samarbejdet, hvor selskabets er repræsenteret ved Kirsten Lee, og ved et møde arrangeret af FAS. Der henvises til udtalelsen fra sidste års CESP/UEMS-møde i København, der er offentliggjort i årbogen for 1996-97.

Bestyrelsen finder, at målet bør være at alle pædiatere sikres og faktisk modtager løbende efteruddannelse. Uddannelsen bør registreres, så faget kan dokumentere den samlede indsats. Men detaljer om den enkelte speciallæge bør ikke være alment tilgængelige. De enkelte undervisningstilbud, kurser, kongresser mm. bør tildeles CME-points. Det er muligt, at selskabets hjemmeside på internettet vil kunne benyttes i denne forbindelse.

Bestyrelsen har efter drøftelse med uddannelsesudvalget besluttet at nedsætte en arbejdsgruppe, der til efteråret skal komme med forslag til, hvordan CME kan iværksættes i DPS-regi. Foreløbigt forventer bestyrelsen, at CME-området kan varetages af uddannelsesudvalget.

## Udvalgsarbejde

Atter i år har der været en høj aktivitet i selskabets mange fagudvalg. Udvalgsarbejdet er en meget vigtig del af selskabets arbejde, og bestyrelsen vil gerne takke de mange udvalgsmedlemmer for deres indsats. Flere udvalg har efterkommet bestyrelsens opfordring til at formulere vejledende retningslinier indenfor deres specielle felter. Der er tale om grundige udredninger, som kan danne en solid basis for beslutninger og instrukser i de enkelte afdelinger. Bestyrelsen finder, at det er vigtigt, at retningslinierne har karakter af forslag, så de ikke kan antage næsten juridisk bindende karakter. Der er behov for en debat om, hvordan vi sikrer en løbende opdatering af vejledningerne.

Den høje aktivitet i udvalgene har naturligvis afspejlet sig i selskabets udgifter. Bestyrelsen har nøje drøftet, hvordan det høje aktivitetsniveau sikres og støttes, samt hvilke opgaver, der rummes i udvalgenes kommissorier. Bestyrelsen har opfordret de enkelte udvalg til løbende at fremsende referater til bestyrelsen og samtidigt opfordret udvalgsformændene til at være økonomisk bevidste. Bestyrelsen får herved mulighed for at støtte initiativer og deltage i prioriteringerne, men har ikke ønsket at lægge begrænsninger for de enkelte udvalgs aktiviteter, eller indskrænke antallet af udvalg. Dels finder vi, at det løbende arbejde er af stor betydning for fagets fornyelse, dels veksler aktiviteten i de enkelte udvalg erfaringsmæssigt fra år til år. Den høje aktivitet er også med til at rekruttere nye

deltagere i den nødvendige faglige debat. Men bestyrelsen forventer naturligvis, at aktiviteterne i udvalgene falder ind under udvalgenes kommissorier.

Med mellemrum fremsendes forespørgsler fra forskellige udvalg til bestyrelsen med ønsker om forlængelse af enkelte medlemmers funktionstid ud over 6 års grænsen. Bestyrelsen har fastholdt den tidligere beslutning om generelt ikke at efterkomme disse ønsker for at sikre rekruttering af nye aktive udvalgsmedlemmer. Imidlertid har vi besluttet at gøre en undtagelse for de først valgte medlemmer af det infektionsmedicinske udvalg, idet dette udvalg reelt først begyndte sit arbejde 1 år efter nedsættelsen pga. diskussioner om afgrænsning af udvalgets arbejde i forhold til det tidligere AIDS-udvalg.

### **Kontakter med Sundhedsstyrelsen**

Der har været en del kontakter med styrelsen i årets løb. Mest pga. problemerne vedrørende uddannelsesstillingerne (se ovenfor).

Det store arbejde med at beskrive "Pædiatriens lægefaglige basis" i et samarbejde mellem styrelsen og de videnskabelige selskaber blev afsluttet. Selskabets beskrivelse var til debat på et møde i selskabet og det endelige resultat er trykt i årbogen for 1996-97. Jeg vil gerne takke udvalgsformændene for de mange gode kommentarer og notater, der ligger til grund for arbejdet. De samlede besvarelser fra de videnskabelige selskaber og arbejdsgrupperne blev sammenfattede og annonceret offentliggjort af Sundhedsstyrelsen. Imidlertid opstod der åbenbart uenighed mellem styrelsen og repræsentanterne fra Dansk Medicinsk Selskab og Dansk Kirurgisk Selskab, hvilket resulterede i, at selskaberne offentliggjorde deres egen samlede konklusion, mens styrelsen har udsendt et såkaldt debatoplæg. Men der har været en positiv interesse for rapporternes hovedkonklusioner vedrørende befolkningsunderlag og aktiviteter i "de funktionsbærende enheder" og "det højt specialiserede niveau" fra politisk hold.

Bestyrelsen vurderer, at der i beskrivelsen af pædiatrien er gjort det nødvendige forarbejde til at forsøge at få ændret fagets målbeskrivelse, således at såvel børn som unge inddrages i målgruppen.

Selskabet deltager i arbejdet i Sundhedsstyrelsen vedrørende behandlingstilbudene til de såkaldte sjældne handicap. Arbejdet er ved at nærme sig en afslutning indenfor de sygdomme, der primært er udvalgte. Selskabet støtter helhjertet ønsket om at styrke tilbuddene til disse patientkategorier. Vi har gjort gældende, at det er vigtigt at sikre et velfungerende og gensidigt forpligtende samarbejde mellem eventuelle centre og de lokale børneafdelinger, samt at de lokale børneafdelinger bør deltage løbende i patientkontakten.

### **Høringsvar mm**

Selskabet har støttet Serum Institutets forslag om en forsøgsperiode med neonatal screening for medfødt toxoplasmose på PKU-kort. Selskabet finder det godt gjort, at en sådan screening vil "fange" ca. 20 symptom-frie nyfødte per år, der kan tilbydes medicinsk behandling før de bliver klinisk syge eller udvikler chorioretinitis.

DPS har været hørt i forbindelse med udsendelsen af Sundhedsstyrelsens rapport: "Allergiske lidelser - organisation af forebyggelse, diagnostik og behandling". I vores svar har vi anført, at vi støtter, at behandling og støtte til patienter med allergiske lidelser generelt oprustes. Behandlingen af børn og

unge på sygehusniveau bør foregå i samarbejde med de pædiatriske afdelinger og ledet af eksperter i pædiatrisk allergologi. Vi deltager meget gerne i et samarbejde med voksen-allergologer og andre, men vi har ikke støttet etablering af egentlige centre som foreslået i rapporten.

I forbindelse med en forespørgsel vedrørende et bestemt ernæringspræparat til nyfødte har selskabet gjort opmærksomt på, at vi ikke ønsker DPS's navn anvendt i forbindelse med markedsføring af enkelte produkter.

### **Ernæringsrådet**

Det tidligere private ernæringsråd er blevet nedlagt, og der er etableret et statsligt ernæringsråd. Selskabet hilser denne udvikling velkommen. Vi har indstillingsret til en plads i rådet, og vi er glade for, at Kim Fleischer Michaelsen er udnævnt til medlem efter selskabets indstilling.

### **Internationale kontakter**

Selskabet er medlem af Nordisk Pædiatrisk Forening, i hvilken der foregår et konstruktivt samarbejde dels vedrørende afholdelse af en nordisk kongres hvert 3. År, dels samarbejde vedrørende støtten til pædiatriske kolleger i Balticum. Vi deltager endvidere aktivt i det europæiske samarbejde vedrørende uddannelse og efteruddannelse til pædiater i CESP og UEMS.

Til gengæld er bestyrelsen meget i tvivl vedrørende samarbejdet mellem de europæiske videnskabelige pædiatriske selskaber i UNEPSA og i den internationale sammenslutning IPA. På trods af en intens debat ved UNEPSA mødet i Polen i 1997 har denne sammenslutning stadig ikke en formålsparagraf, eller blot et udkast til en sådan. Vi har valgt ikke at betale medlemskontingent i forsøget på at fremkalde en afgørelse. Karen Taudorf vil deltage i mødet i UNEPSA til august. Hvis der stadig ikke kan etableres et defineret grundlag for samarbejdet, foreslår bestyrelsen, at vi definitivt afbryder kontakten.

IPA's formål er at arrangere en international pædiatrisk kongres hvert 3. År. Bestyrelsen finder sådant set, at dette er et udmærket formål, hvis kongresserne kan samle et tilstrækkeligt stort antal deltagere og opretholder et kvalificeret fagligt niveau. Men vi mener samtidigt, at den bedste sikkerhed herfor må være, at kongresserne netop økonomisk bærer sig selv. Vi skal dog være opmærksomme på, at der kan ligge en forpligtigelse i, at vi som den velhavende del af verden betaler for aktiviteter, der kommer fattigere områder og selskaber til gode.

### **Torben Iversens rejsefond**

Bestyrelsen har med glæde konstateret, at antallet af ansøgninger til Torben Iversens Rejsefond for yngre pædiatere er steget stærkt. Det er godt, at kendskabet til fonden er stigende, og at så mange som muligt kan benytte muligheden for at få støtte til deltagelse i videnskabelige møder og udenlandsophold. For at sikre at støtten til den enkelte ansøger bevarer en rimelig størrelse, har bestyrelsen valgt at tolke fundatsens ord om at støtte "yngre pædiatere" således, at ansøgere ikke kommer i betragtning, hvis de har opnået fået en fast stilling. Endvidere har vi besluttet, at ansøgere, der tidligere har modtaget støtte fra fonden ikke kunne komme i betragtning i år, og vi har stillet krav om egentlig aktiv deltagelse på kongresser.

Bestyrelsen finder, at der er behov for en drøftelse af, hvilke ansøgere, der kan modtage støtte.

Det skal bemærkes, at fondens midler i stort omfang er medlemmernes egne, idet der gentagne gange er overført midler fra DPS. Bestyrelsen foreslår, at der også overføres et beløb i år.

Ole Andersen

27.07.98

## Beretning fra Dansk Pædiatrisk Selskabs Udvalg for Pædiatrisk Allergologi og Pulmonologi 1997-1998

### Udvalgsmedlemmer:

Lone Agertoft (FAYL), (1995)  
Inger Merete Jørgensen (1997)  
Jørn Henriksen (1992)  
Niels Henrik Valerius (1992)  
Arne Høst (formand), (1992)

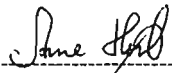
Udvalget har udarbejdet udtalelse til DPS's bestyrelse vedrørende Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe vedrørende sundhedsvæsenets lægefaglige grundlag og herunder spørgsmål vedrørende ekspertområdet pædiatrisk allergologi/pulmonologi.

Endvidere er der afgivet udtalelse til bestyrelsen vedrørende Sundhedsstyrelsens og Statens Institut for Medicinsk Teknologi Vurdering's høringsmateriale angående: Allergiske sygdomme - organisation af forebyggelse, diagnostik og behandling samt en udtalelse vedrørende en ny leukotrien antagonists (montelukast natrium) plads i behandling af astma hos børn.

Vedrørende retningslinier for uddannelse inden for subspecialer/ekspertområder foregår der i europæisk regi (UEMS/CEEP) et arbejde for at harmonisere retningslinierne for disse uddannelser. På det seneste møde i UEMS/CEEP i Helsinki 4.-6. juni 1998 blev det vedtaget at udarbejde fælles europæiske retningslinier indenfor pædiatrisk allergologi, pædiatrisk pulmonologi, pædiatrisk infektionssygdomme, pædiatrisk nefrologi og pædiatrisk reumatologi. Arbejdet med at bringe de danske uddannelsesretningslinier for pædiatrisk allergologi og pulmonologi i overensstemmelse med de europæiske retningslinier er endnu ikke afsluttet.

I Allergologi- og Pulmonologiudvalgets regi er der siden det pædiatriske allergologimøde på Scanticon i februar 1998 oprettet en arbejdsgruppe vedrørende undersøgelse af omfanget af diagnostisk og behandling af astmatisk bronchitis, astma og allergiske sygdomme hos børn på børneafdelinger i Danmark. Udvalget har suppleret sig med Mogens Pedersen, som har udarbejdet et forslag til diagnoseliste for pædiatriske lunge- og luftvejssygdomme, som er blevet suppleret med diagnoseliste for pædiatriske allergologiske lidelser. Den endelige diagnoseliste vil være et nødvendigt redskab for at foretage en ensartet registrering. Når diagnoselisten er færdigudarbejdet vil den blive forelagt bestyrelsen mhp. godkendelse og anvendelse på alle landets børneafdelinger. Arbejdsgruppen består, udover Mogens Pedersen, af Lone Agertoft, Inger Merete Jørgensen, Jørn Henriksen, N. H. Valerius og Arne Høst.

Den 24. juli 1998

  
Arne Høst

AH/ej



## Udvalget for Ernæring og Gastroenterologi Dansk Pædiatrisk Selskab

### BERETNING FOR 1997-98:

Udvalget har haft følgende medlemmer: Karsten Hjelt (1995), Steffen Husby (1993), Christian Mølgaard (1997), Anders Pærregaard (1995), Flemming Skovby (1993). Udvalget har i det forløbne år afholdt møde 5.9. og 7.11.97 og 13.3. og 4.6.98.

Udvalget har besvaret bestyrelsens henvendelse i efteråret 97 om ekspertområdets forudsætninger. Området pædiatrisk gastroenterologi varetages både på basis-niveau og på lands-landsdelsniveau. Der er behov for et tæt samarbejde med andre specialer (kirurgi, radiologi m.v.). Udvalget har i 1995 udarbejdet retningslinier for subspecialist-uddannelse i pædiatrisk gastroenterologi og har rettet henvendelse til præsidenten for ESPGHAN m.h.p. afklaring af europæiske retningslinier. Disse foreligger ikke endnu. Udvalgets medlemmer har i november 1997 arrangeret en velbesøgt workshop om pædiatrisk gastroenterologi og denne aktivitet vil blive udvidet til et 1½ dages symposium, der finder sted i efteråret 1998.

Udvalget har deltaget i arbejdet med udarbejdelse af pædiatrisk diagnoseliste. Udvalget blev foråret 1998 kontaktet af Rigshospitalets Center for hjemme parenteral ernæring (HPN) og har diskuteret behov for og organisering af HPN til børn i Danmark. Udvalget har besvaret forespørgsel fra bestyrelsen vedr. det ernæringsmæssige indhold af hypoallergene modermælkserstatninger i neonatalperioden.

Fra udvalget har Steffen Husby sammen med Kim Fleischer Michaelsen siddet i Sundhedsstyrelsens kontaktgruppe vedr. børneernæring. Steffen Husby og Kim Fleischer Michaelsen har bl.a. sammen med Karin Brostrøm og Susanne Halcken deltaget i udarbejdelsen af Sundhedsstyrelsens vejledning til sundhedspersonale "Anbefalinger for spædbarnets ernæring", der udkom foråret 1998.

## Udvalg for Hæmatologi og Onkologi

### Årsberetning 1997-98

Udvalgets medlemmer er: Niels Carlsen, Henrik Hasle (Fayl), Ole Henrik Nielsen (børnekirurg), Steen Rosthøj (formand), Kjeld Schmiegelow og Henrik Schrøder.

Udvalget har holdt tre møder: på Rigshospitalet 5.9.97, på Skejby Sygehus 21.11.97 og på Rigshospitalet 12.6.98.

Vedrørende udvalgets sammensætning: Ifølge kommissorium besætter landsdelsafdelingerne fire pladser, Fayl den femte. Udvalget vil stille mod, at landsdelsafdelingerne på skift lader sig repræsentere af Fayl-repræsentanten, således at der bliver plads til en repræsentant fra en amsafdeling.

Udvalget har besvaret en række spørgsmål fra bestyrelsen vedrørende det kvantitative grundlag for onkologi og hæmatologi i pædiatrien. Redegørelsen indgik i bestyrelsens grundlag for svar til Sundhedsstyrelsen vedrørende pædiatriens lægefaglige grundlag.

Udvalget har gennemgået protokollen for det Nordiske studium af risici forbundet med ITP, som er iværksat af NOPHos ITP-arbejdsgruppe. Undersøgelsen er startet januar 1998 med deltagelse af alle danske børneafdelinger.

En tværdisciplinær arbejdsgruppe har udarbejdet en Standard for Stamcelleprodukter, som skal indgå i Dansk Selskab for Klinisk Immunologis standarder vedrørende transfusion. Udvalget har gennemgået standarden og ikke fundet grund til bemærkninger.

Udvalgets medlemmer har deltaget i de møder, som de specialansvarlige læger på landsdelsafdelingerne har afholdt i årets løb (udvalgsmøderne lægges i tilslutning til disse).

Steen Rosthøj, august 1998.

## Beretning fra Dansk Pædiatrisk Selskabs Infektionsudvalg

Der har i det forgangne år været afholdt ialt tre møder. Udvalget har primært arbejdet med at færdiggøre "Vejledende retningslinier vedr. profylakse og hygiejniske foranstaltninger på børneafdelinger". Arbejdet vil blive trykt i hæfte, sponsoreret af SmithKline & Beecham. Hæftet vil blive tilsendt Selskabets medlemmer i løbet af efteråret.

Udvalget består af Niels Henrik Valerius, Birgitte Friis, Bent Windelborg Nielsen, Poul-Erik Kofoed og Carsten Heilmann (formand).

Carsten Heilmann  
5.8.1998



## Årsberetning for neonataludvalget 1997-8.

Udvalget består af Jens Hertel (formand) (1993), Birgit Peitersen (1992), Sten Petersen (1996), Birgitte Djernes (1993) og Jens Schaarup (YP) 1996. Desuden har overlæge dr. med Carsten Lenstrup deltaget som observatør for DSOG.

Udvalget har holdt 6 møder samt deltaget i dels ETFOL møder og 1 neobasemøde. Følgende emner har været behandlet:

**Neobasen:** Er nu landsdækkende og skulle køre de fleste steder, enkelte afdelinger er endnu ikke begyndt indtastning af data, da der mangler hardware og sekretærhjælp. Ny version er taget i brug pr 1. 1, 1998, i en forbedret udgave. Der har været afholdt et kursus for alle afdelinger i Odense.

**ETFOL.** Dataindsamlingen er afsluttet og der er data for over 94% af alle overlevende børn ved alle 3 efterundersøgelser. Data er blevet rensset og valideret, og er nu i forskellige interessegrupper under bearbejdning men henblik på publikation.

Neonataludvalget har haft et opslag om en læge til 5 års efterundersøgelsen. Denne vil tage ca. 3 år. Der var flere meget gode ansøgere og udvalget besluttede sig efterfølgende for 1 læge. Det er planen at udvide den lægelige undersøgelse med en psykolog undersøgelse..

**Ekspertuddannelse.** Udvalget har behandlet et forslag om at etablere en ekspertuddannelse i neonatologi på Skejby Sygehus. Vi har anbefalet bestyrelsen for DPS at en sådan uddannelse etableres på Skejby sygehus, idet kapaciteten på Rigshospitalet ikke er stor nok.

**Epilepsimedisin til gravide og lacterende mødre.** Neonataludvalget deltager med en repræsentant i et tværfagligt udvalg om ovenstående. Udvalget er endnu ikke færdigt.

**Gr. B streptokok infektioner hos nyfødte.** Udvalget har haft en observatør med til et møde i DSOG om behandling af gr. B streptokok infektioner /kolonisering hos gravide. DSOG har barslet med nogle rekommandationer (flere muligheder). Udvalget vil se nærmere på disse anbefalinger..

Jens Hertel  
07 07 1998

## NEUROPÆDIATRIUDVALGET.

Udvalget har 5 medlemmer: Bente Beck, Lissi Bank Lassen, Karen Taudorf, Flemming Juul Hansen og Søren Anker Pedersen (formand). Der er siden sidste generalforsamling afholdt 2 møder. Peter Uldall og John Østergaard har deltaget som associerede medlemmer.

Udvalget har udarbejdet og fremsendt oplæg vedrørende rekommendationer om behandling af feberkræmper i samarbejde med Finn Ursin Knudsen. Oplægget er fremsendt til DPS mhp godkendelse og fremsendelse til landets børneafdelinger som oplæg for generel instruks.

Der arbejdes aktuelt på færdiggørelse af oplæg omkring Status Epilepticus og Infantile Spasmer. Sidstnævnte påtænkes udført som led i Nordisk registrering af klassifikation og behandlingseffekt.

Der er besvaret enkelte forespørgsler fra DPS og andre udvalg.

3 medlemmer vil være på valg 1999.

Søren Anker Pedersen.

1997-1998 beretning fra

## DPSs udvalg for screening og klinisk genetik

Udvalget har holdt to møder. Hovedemner til drøftelse har været screening af nyfødte for adrenogenitalt syndrom, prænatal vs neonatal screening for cystisk fibrose samt screening af nyfødte for medfødte stofskiftesygdomme med tandem massespektrometri.

Landets børneafdelinger er kontaktet om oplysninger om nyfødte med adrenogenitalt syndrom; foreløbig har 2/3 af afdelingerne svaret. Samtidig vil ca. 2000 PKU-kort fra Statens Serum Instituts biobank blive analyseret biokemisk. Når resultater af disse undersøgelser foreligger vil der blive taget stilling til forslag om en prospektiv screening.

Der er foreløbig ingen holdepunkter for at neonatal screening forbedrer langtidsprognosen ved cystisk fibrose. Udvalget støtter anlægscærerscreening af gravide kombineret med tilbud om prænatal diagnostik. Udvalget fremhæver betydningen af genetisk rådgivning i forbindelse med anlægscærerscreening samt muligheden for prækonceptionel screening.

Tandem massespektrometri af blod fra PKU-kortet muliggør samtidig screening for en lang række medfødte stofskiftesygdomme. Et projekt på Statens Serum Institut vil vurdere metoden ved både retrospektive og prospektive undersøgelser.

### 4.8.1998/Flemming Skovby

## Årsberetning for Uddannelsesudvalget 1997/98.

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 tre udvalgsmøder samt yderligere et møde med DPS' bestyrelse, delkursusledere samt uddannelsesansvarlige overlæger. Arbejdet i udvalget har i år ikke været så kreativt omstrukturerende som de foregående år. De foretagne ændringer i den teoretiske uddannelse til speciallæge i pædiatri er blevet fuldt implementeret og der er foretaget småkorrektioner for enkelte kurser. Der har været administrative sagsbehandlinger, f.eks. af ansøgninger om expertuddannelsesstillinger, i et omfang som de tidligere år. En stor del af kræfterne er for formandens vedkommende blevet brugt på problemerne ved de nye ansættelsesprocedurer for undervisningsstillinger (se nedenfor). Derudover er der brugt en del tid på møder og diskussion vedr. CME (se nedenfor).

En stor del af udvalget er blevet udpeget til vurderingsudvalget i forbindelse med besættelse af undervisningsstillinger.

### Besættelse af undervisningsstillinger (fase 2-3)

Proceduren for besættelse af undervisningsstillinger er blevet ændret markant. Dette har medført en central styring og ensartede retningslinier for alle specialer. Desværre har forløbet omkring etableringen af den ny ordning været kaotisk og meget utilfredsstillende. Det har været præget af dårlig eller ingen kommunikation, elendig planlægning uden indsigt i pædiatriens behov og ændringer af indgåede aftaler uden forudgående diskussion. Enkelte grelle eksempler er: Regler for pointgivning til kvalifikation blev besluttet uden kontakt til DPS. Antal stillinger blev opslået forkert (14 og ikke 18), hvilket blev opdaget og dermed forhindret ved et tilfælde. Kvalificerende ansættelsestid omkring ansøgningstidspunkt blev angivet i stillingsopslaget anderledes end fra Sundhedsstyrelsen og anderledes end DPS plejer. Dette 'kostede' flere ansøgere points. Da dette blev anført som uacceptabelt i vurderingsudvalget, som ville bedømme på vanlig vis, blev udvalget gjort opmærksom på at stillingsopslagets udformning gjorde at udvalget måtte følge anvisningen idet forvaltningsloven ellers ville blive brudt. Udvalget var dermed bundet af en administrativ beslutning, som det ikke havde haft indflydelse på og end ikke var informeret om. Konklusivt må noteres at hele forløbet har været uacceptabelt og bør føre til konsekvenser for uddannelsessekretariatet og Sundhedsstyrelsen.

### CME

Continuous Medical Education som betyder vedvarende og kundskabsvedligeholdende uddannelse af speciallæger har været debatteret i DPS-regi og FAS-regi. Der er enighed om at CME er nødvendigt. Der skal udarbejdes såvel generelle som specialespecifikke krav og strukturen ligger endnu ikke fast. I det kommende år skal der arbejdes videre med dette, formentlig i regi af bestyrelsen for DPS, uddannelsesudvalget og muligvis en CME arbejdsgruppe.

#### Nyt kommissorium.

Udvalget har i samarbejde med bestyrelsen udarbejdet et forslag til nyt kommissorium som fremsættes ved generalforsamlingen. Dette er sket som konsekvens af ændringerne i ansættelsesprocedurerne for undervisningsstillinger.

Alt i alt et dramatisk og ikke altid så positivt år i udvalget. Jeg vil takke alle udvalgets medlemmer for det gode og hyggelige samarbejde.

Specielt vil jeg takke hovedkursuslederen gennem flere år, John Østergaard, for det enorme arbejde han har udført. John har været drivkraften bag ændringerne i kursustilbuddet, hvilket har medført en markant øgning af de tildelte økonomiske midler til uddannelsen af pædiatere. John har besluttet at fratræde hvervet som hovedkursusleder, da der er varslet markante ændringer i Sundhedsstyrelsens krav til uddannelsen. John mener derfor, at tiden er inde nu til at indsætte en ny hovedkursusleder. Vi har i udvalget med beklagelse og forståelse modtaget beskeden, og vi kan ikke takke nok for Johns mammutarbejde gennem årene. Han vil blive savnet.

Kaare E. Lundstrøm, formand for uddannelsesudvalget i DPS.

## **Beretning fra Ungdomsmedicinsk Udvalg.**

### **Udvalget har følgende 6 medlemmer:**

Ole Andersen

Inger Leer Petersen

Marianne Rix

Bente Hansen (repræsenterer Skolelægeforeningen)

Jørn Müller (repræsenterer Yngre Pædiatere)

Birgitte Marnér (formand).

Udvalget har holdt møde den 18.12.97 og 20.3.98.

Udvalget har søgt at holde sig orienteret om, hvilke tiltag, der er taget i amterne m.h.t. fortsat kontakt til vore adolescenspatienter har gennemgået det svenske uddannelsesprogram for barn- og ungdomslækere.

Udvalget har diskuteret, hvorvidt man i et ungdomsambulatorium kun skal have kronisk syge unge, som er kendt af pædiaterne eller om man skal se unge med alle sygdomme, hvor hospitalskontakt er nødvendig. Desuden har man drøftet, hvordan man sikrer en hensigtsmæssig overgang til voksenafdeling.

Udvalget er opmærksom på, at pædiatere skal uddannes til at have et større kendskab til unge for at kunne varetage funktionen i et ungdomsmedicinsk ambulatorium/afdeling.

12.august 1998

Birgitte Marnér

Specialistnævnet er efter de tilforordnedes mening fortsat meget rigoristiske i sine afgørelser vedrørende dispensationer. Det er de tilforordnedes opfattelse, at den afsatte uddannelseskapacitet til specialet er i underkanten, specielt når man påtænker hele kommunallægeområdet, som jo passer fint til den pædiatriske uddannelse. Der opstår i et plansystem som det aktuelle uvægerlig ledig uddannelseskapacitet (orlov til forskning, graviditet mm.). Denne kapacitet bør udnyttes til relevante dispensationer.

Karsten Hjelt

Niels Clausen

Sten Petersen

Søren Krabbe

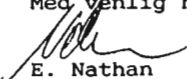
## ÅRSBERETNING FRA DANSK PÆDIATRISK SELSKABS NEFRO-UROLOGIUDVALG

Udvalget har holdt 5 møder. Der er besvaret forespørgsel fra bestyrelsen på baggrund af Sundhedsstyrelsens udredning vedr. sundhedsvæsnets lægefaglige grundlag.

Arbejdet med ekspertuddannelsen i pædiatrisk nefro-urologi er færdiggjort, og forslaget indsendt til bestyrelsen.

Endelig har udvalget arbejdet med et udkast til et referenceprogram for børn med urinvejsinfektioner. I denne forbindelse har vi indhentet instrukser fra landets børneafdelinger. Inden den endelige udformning udsendes udkastet til høring (vedlagt).

Med venlig hilsen



E. Nathan  
formand



# Referenceprogram for børn med urinvejsinfektion

I 1992 udsendte sundhedsstyrelsen et referenceprogram for behandling og udredning af børn der har haft urinvejsinfektion.. Der har, blandt andet fra DPS's bestyrelse, været ønske om en ajourføring. Nefro-urologiudvalget under Dansk Pædiatrisk Selskab har derfor revideret det tidligere program. Til udarbejdelse af det nye program har udvalget udover litteratursøgning fået hjælp fra de instruktører vi har modtaget fra landets børneafdelinger.

De væsentligste ændringer i det reviderede program er, at der i det anbefalede udredningsprogram skelnes mellem børn der har haft nedre h.h.v. øvre UVI. Vigtigheden af at fokusere på miktionsforstyrrelser betones medens brugen af miktionscystourethrografi ikke mere har plads i det almindelige udredningsprogram.

## Baggrund

UVI er en hyppig infektionssygdom i barnealderen. Ved skolestart har knap 10% af pigerne og knap 3 % af drengene gennemgået en eller flere antibiotikakure for UVI. Den sande prævalens må antages at være noget lavere p.g.a. falsk positive diagnoser. UVI der involverer nyreparenchymet kan medføre ardannelse, nedsat nyrevækst og/eller hypertension.

Infektioner der kun rammer de nedre urinveje udgør ingen risiko for varig parenkymskade med mindre disse infektioner er en følge af funktionelle miktionsforstyrrelser.

Diagnosen UVI kan være vanskelig at stille især i de første leveår og den deraf følgende forsinkede antibiotikabehandling er medvirkende til den øgede risiko for parenkymskader i denne aldersgruppe og især de yngste børn med stort vækstpotentialt og mange mitoser i nyrevævet er vulnerable overfor infektioner.

Det har været formodet at parenkymskade særlig let udvikles hvis der er vesico-ureteral-reflux (VUR), men også infektioner uden VUR kan medføre permanente ar i nyrerne. VUR giver i sig selv formentlig kun nyreskade hvis der er vandladningsforstyrrelser med abnormt høje blæretryk.

Børn med misdannelser eller funktionelle forstyrrelser i urinvejene udgør en særlig risikogruppe. Et udredningsprogram skal derfor sigte mod at detektere de børn., der har risiko for at få recidiverende infektioner med nyreskade til følge samt finde de børn, der allerede har udviklet permanent nyrepåvirkning.

En anden særlig risikogruppe udgør de børn der i føtallivet har fået påvist obstruktiv uropati. Disse børn bør konfereres med børneurologisk uddannede speciallæger.

En særlig problematik er asymptomatisk bakturi. D.v.s. børn hvis urin er koloniseret med bakterier, men hvor der ikke er symptomer fra urinvejene som f.eks inkontinens, urge, dysuri, pollakisuri m.v.

og hvor der ikke er almene symptomer. Disse børn bør som hovedregel ikke behandles med antibiotika. Kun hvis der er ledsagende leukocyturi kan behandling overvejes.

## Diagnose

Diagnosen baseres på kliniske symptomer og urinundersøgelse.

Den bakteriologiske diagnose forstyrres ofte af kontaminering af urinproven. Den endelige bakteriologiske diagnose kræver optimalt at der ved kvantitativ urindyrkning af midtstråleurin påvises vækst af den samme bakterie i monokultur i 2 separat afgivne prøver - i en mængde på >104 pr ml. Hos børn med øvre UVI kan man ikke altid afvente 2 prøvetagninger og der vil en urinprøve hvor der findes leukocyturi samt vækst af en bakterie i monokultur i signifikant mængde være tilstrækkeligt.

Hos små børn hvor der mistænkes øvre UVI kan man, for ikke at forsinke behandlingsstart, udtage urin fra suprapubisk blærepunktur. Blærepunktur bør ligeledes overvejes ved manglende overensstemmelse mellem klinik og urinfund. Vækst i urin fra blærepunktur anses for at være diagnostisk for UVI uanset bakteriemængde.

Det er af stor betydning for behandling og senere udredning, at der diagnostisk skelnes mellem **øvre og nedre UVI**. Denne skelnen baserer sig på det kliniske billede hvor især feber, mavesmerter og påvirket almen tilstand tyder på øvre UVI, medens vandladningssymptomer uden ledsagende feber tyder på nedre UVI. I tvivlstilfælde om niveaudiagnostikken kan DMSA, der viser opladningsdefekter og/eller UL der påviser odem af nyren samt koncentrationstest være til hjælp. Hos børn under 1(-2) år bør UVI principielt rubriceres som øvre.

## Urinundersøgelse

Urin undersøges med teststrimmel(stix), evt mikroskopi samt kvantitativ dyrkning.

**Urinundersøgelse med teststrimmel** anvendes til indirekte påvisning af leukocytter(esterase) samt bakterier(nitrit). Ikke alle bakterier producerer nitrit og det er en forudsætning for nitritdannelse at barnet har indtaget nitrat i tilstrækkelige mængder, det er ikke altid tilfældet hos brystbørn. Ved teststrimmelundersøgelse ses en del falsk positive. Urinstix kan derfor kun bruges til at udelukke diagnosen nedre UVI, dog kan der forekomme falsk negative resultater ved stor diurese og/eller bakteriel nedbrydning af esterasen. Positivt fund ved urinstix skal altid føre til urinmikroskopi af friskladt urin (hvis muligt) samt kvantitativ urindyrkning.

**Urindyrkning** bør om muligt foregå på mikrobiologisk afdeling med mulighed for at få navn på bakterien så man kan skelne mellem recidiv eller reinfektion hvis barnet efter behandling atter har bakteriuri.

**Urinmikroskopi** af friskladt morgenurin er en god undersøgelse til påvisning af leukocytter, men desværre er denne undersøgelse ikke mulig at gøre på alle sygehusafdelinger, men den udføres ofte i almen praksis.

### Urinprøvetagning og tolkning:

Det er vigtigt af urinprøven opsamles så kontaminering så vidt muligt undgås. Prøvetagning kan ske ved opsamling af midtstråleurin eller ved suprapubisk blærepunktur. Poseurin kan kun bruges til at udelukke diagnosen. Så snart prøven er taget undersøges den med teststrimmel eller mikroskopi. Hvis ikke prøven straks kan bringes til mikrobiologisk undersøgelse skal den opbevares i køleskab indtil forsendelse.

**Midtstråleurin.** Der anvendes et sterilt prøvesæt. Anogenitalområdet afvaskes og området omkring urinrørsmundingen afløres med en steril saltvandsserviet. I hos drenge > 2-3 år trækkes forhuden så langt tilbage som det er muligt uden at fremkalde smerte. Når barnet har ladet lidt af urinportionen holdes opsamlingsbægeret ind under strålen. Det er bedst hvis barnet sidder ned eller holdes frem, piger bør ikke ligge ned da det øger risikoen for kontaminering fra huden.

**Tolkning af midtstråleurin:** Negative prøver udelukker nedre UVI. Positive prøver bør om muligt bekræftes ved reproduktion af samme bakterieart i ny prøve, eller der bør i hvert fald være ledsagende leukocyturi. Blandingsflora er udtryk for forurening, men hvis en eller flere bakteriearter findes i mængde på > 10<sup>4</sup> pr ml bør der undersøges ny urinprøve.

**Suprapubisk blærepunktur.** Dette er den bedste metode til at minimere risikoen for kontaminering. Punkturen kan udføres ultralydsvejledt, men hos små børn < 2-3 år er blæren intraabdominalt lejret og punkturen kan udføres "blindt". Selv ved korrekt opsamlingssteknik lykkes opsamling ikke altid. Der er så godt som ingen komplikationer til suprapubisk blærepunktur. Forbigående hæmaturi kan ses.

**Procedure:** Vent mindst en time efter sidste vandladning. Barnet lejres på ryggen i frøstilling og med kanylen (23G) påmonteret 5 eller 10 ml sprøjte stikkes ind vinkelret på huden (det er ofte en smule kranielt) 1 cm over symfyen. Kanylen føres 2-3 cm ind med en hurtig huggende bevægelse og trækkes langsomt tilbage mens der aspireres. Inden proceduren bør huden afsprittes og der kan med fordel være anlagt lokalbedøvende creme hvis tiden tillader det.

Ved undersøgelse af urin fra blærepunktur bør det mikrobiologiske laboratorium anvende en tilstrækkelig sensitiv metode til påvisning af de ofte små bakteriemængder. Det vil i praksis sige at der ved udsåning af urinen bør anvendes en øsken med større øjemål end ved udsåning af midtstråleurin, idet påvisning af 10<sup>3</sup> bakterier/ml v.h.a. sædvanlig teknik kun repræsenterer en eneste bakterie.

**Tolkning af punktururin:** Vækst i urin opsamlet ved blærepunktur er ensbetydende med bakterieuri uanset bakterietal.

**Kateterurin-**opsamling kan hos småpiger være en nødlosning, hvis blærepunktur har været resultatløs og urinopsamling haster inden start af antibiotikabehandling.

**Tolkning af kateterurin:** Det er ikke dokumenteret hvad grænsen for bakterietal er for kateterurin, formentlig 1000/ml. I praksis vil lave bakterietal næppe udgøre et tolkningsmæssigt problem. Ved urinvejsinfektion hos disse meget syge børn vil der i praksis være tale om høje bakterietal.

**Poseurin** er upålidelig til andet end at udelukke UVI. Huden i anogenitalområdet afvaskes som til midtstråleurinopsamling. En opsamlingspose påklisteres området omkring genitalia. Posen fjernes så snart barnet har ladet vandet og hvis dette ikke er sket i løbet af < 2 timer påsættes ny pose.

**Tolkning af poseurin:** Ved påvisning af leukocytter eller bakterievækst bør der altid opsamles urin fra midtstråle eller blærepunktur.

# Undersøgelser af børn der har haft urinvejsinfektion

Undersøgelserprogrammet er afhængig af om barnet har præsenteret sig med nedre eller øvre UVI. Udfredning efter UVI sigter mod at finde børn med misdannelser og/eller vandladningsforstyrrelser samt børn, der allerede har udviklet nyrepåvirkning.

## Nedre UVI

Hos børn > 1(-2) år, der har haft en enkelt nedre UVI kan undersøgelserne indskrænkes til at omfatte: **Vandladningsanamnese** med fokus på inkontinens, urgesymptomer eller symptomer på tømningsbesvær.

**Ultralydsscanning** af nyre og urinveje incl. residualurinbestemmelse.

Evt. **uroflow**-undersøgelse.

**Blodtryksmåling**.

## Øvre UVI, UVI hos børn <1(-2) år og recidiverende UVI

Børn der har haft øvre UVI bør udredes med en eller flere diagnostiske undersøgelser

**Vandladningsanamnese** med fokus på inkontinens, urgesymptomer eller tegn på tømnings besvær. Eventuelt kan der gøres **uroflow**-bestemmelse.

**Objektiv undersøgelse** med særlig fokus på inspektion af ydre genitalia samt forholdene over os sacrum.

### Blodtryksmåling

Ultralydsscanning af nyrer og urinveje med residualurinbestemmelse.

Ultralydsundersøgelse kan udføres indenfor de første dage. Den giver oplysninger om nyrenes form og størrelse, kan påvise dilatationer i urinvejene f.eks hydronefrose og ureteroceler samt af og til også påvise andre misdannelser.

**DMSA-scintigrafi** er den mest følsomme undersøgelse til at påvise arddannelser i nyreparenkymet. På scintigrammet kan ses opladningsdefekter. Opladningsdefekter kan være udtryk for akut inflammation eller være en permanent følge af tidligere opståede skader. Forbigående opladningsdefekter kan ses i op til ½ år efter infektionen. DMSA-scintigrafi giver desuden oplysning om nyrefunktionsfordelingen. DMSA-scintigrafi vælges fortrinsvis til børn, der ved ultralydsundersøgelse har normale urinveje.

**Renografi** giver gode oplysninger om nyrefunktionsfordelingen og der fås oplysninger om afløbsforholdene. Et godt undersøgelses resultat er meget afhængig af en tilstrækkelig hydreringsgrad og at barnet er roligt. Der fås scintigrammer i anterior-posterior projektion og afhængig af hvilket sporstof, der anvendes kan disse bidrage til påvisning af nyrear. Renografi vælges fortrinsvis til børn hvor ultralydsscanningen har vist dilatation af de fraførende urinveje. Afløbsforholdene kan evt. belyses ved injektion af loop-diuretikum i afløbsfasen.

**Glomerulærfiltrationshastighed** kan bestemmes som kreatininclearance eller bedre som Cr-I/DTA clearance. Undersøgelsen er især indiceret ved mistanke om større parenkymskade og ved bilaterale forandringer.

**MCU** og **I.v. urografi** anvendes i dag næsten udelukkende hvor man ønsker de anatomiske forhold belyst og de bør normalt ordineres i samråd med børneurologisk uddannet speciallæge.

## Behandling af urinvejsinfektioner

Antibiotikavalget kan ske under hensyntagen til resistensmonstret, men ofte vil man, p.g.a. symptomer starte behandling inden endeligt resistenssvar foreligger.

### Nedre UVI

Behandles i (3)-5-7 dage med peroralt antibiotika.

**Sulfametizol** 50 mg/kg/døgn fordelt på 2 doser vil ofte være første valg. Sulfametizol bør ikke anvendes i de første levemåneder. (Mixtura sulfametizol 100mg/ml kan efter aftale rekvireres fra Københavns Amts Sygehus apotek).

Afhængig af resistenssvar kan anvendes:

**Mecillinam** 20 mg/kg/døgn i 2-3 doser

**Ampicillin** 100 mg/kg/døgn i 2-3 doser ( amoxicillin, pivampicillin)

**Nitrofurantoin** 3 mg/kg/døgn i 3 doser (Kan af patienterne købes som mikstur 5mg/ml fra Glostrup Apotek eller rekvireres fra Århus Kommnehospitals Apotek)

**Trimetoprim** 6 mg/kg/døgn i 2 doser.

### Øvre UVI og UVI hos børn < 1(-2) år

Behandling bør foregå under indlæggelse i børneafdeling og der bør altid startes med intravenøs terapi. Skift til peroral behandling kan ske efter 3-5 dage under forudsætning af bedret almen tilstand, 2 dogns feberfrihed og faldende CRP(c-reaktivt protein) Behandlingsstart bør ikke afvente urin-dyrkningssvar, men startes straks efter urinopsamling.

Initialbehandling er :

**Ampicillin** 100 mg/kg/døgn fordelt på 3 doser

**Gentamycin** eller **netilmycin** 6 mg/kg/døgn i en dosis i højst 7 dage.

Ved skift til peroral behandling tages hensyn til resistenssvar idet der bør vælges så bakterioicid antibiotikum som muligt.

## Kontrol og profylakse

Børn der har haft nedre UVI kan afsluttes hvis undersøgelserne alle er normale og der efter endt behandling foreligger urinprøve uden vækst.

Rutin kontroller af urinprøver har ringe værdi. Alle børn og forældre bør instrueres i at opsamle midtstråleurin til undersøgelse ved symptomer på UVI.

Børn med miktionsforstyrrelser skal behandles med vandladningsinstruktion/træning (uroterapi)

Små børn < 1(-2) år og børn med øvre UVI bør følges og kontrolleres i pædiatrisk regi i hvert tilfælde til, der er påvist normale forhold ½-1 år efter infektionen. Børn med misdannelser og/eller ar i nyreparenkymet bør følges afhængig af fundet.

Børn med mange recidiverende UVI bør, især hvis de har urinvejsnisdannelser, tilbydes antibiotikaprofylakse. Til profylakse kan anvendes:

**Nitrofurantoin** 1 mg/kg ved sengetid eller

**Trimethoprim** 1-2 mg/kg ved sengetid.

Diagnoseudvalget har lidt under diagnoseerne R53.9 Nausea et fatigatio, men har endnu ikke nået stadiet R55.9 Lipothymia et collapsus. På generalforsamlingsdatoen er udkastet til en ny alfabetisk "FUK" udgave færdig. Den endelige tekniske udgave kan formentlig ikke færdiggøres inden da.

To af udvalgets medlemmer er segnede under byrderne, og der annonceres hermed om friske kræfter.

Karsten Hjelt  
Formand for udvalget

### **Beretning for socialpædiatrisk udvalg:**

Udvalget har bestået af kommunallæge Poul Bro, overlæge Bente Hansen, overlæge Tony Olesen, overlæge Birgitte Marnér (formand).

Ved generalforsamlingen i 1997 blev afdelingslæge Bodil Moltesen (YP) valgt i stedet for reservelæge Susanne Bülow.

Udvalget har holdt følgende møder:

15.10.97, 15.12.97, 13.2.98, 7.5.98, 15.6.98.

Udvalget har fremsendt en skrivelse til bestyrelsen med foreslag til, hvilken uddannelse i pædiatri, kommunalansatte børne-/ungelæger skal have.

Desuden en skrivelse vedr. typiske arbejdsopgaver for en kommunalansat børne-/ungelæge.

Med venlig hilsen

Birgitte Marnér  
ledende overlæge



## **Beretning fra § 14 udvalget**

Der fra 1. 9 1997 frem til 6. 7. 1998 behandlet 12 ansøgninger om overlægestillinger i pædiatri. Alle har været kvalificerede til de ansøgte stillinger og har derfor ikke givet anledning til problemer.

Med venlig hilsen

Jens Hertel

Overlæge

Kontaktperson for sundhedsstyrelsen vedrørende § 14 sager i pædiatri



### Beretning fra inspektorerne.

Efter indstilling fra selskabet har Sundhedsstyrelsen udpeget Knud W. Kastrup, Karsten Hjelt, Else Andersen og Niels Christian Christensen til inspektorer i pædiatri.

Inspektorerne har parvis besøgt i alt 3 børneafdelinger Sønderborg, Roskilde og Skejby.

Besøgene var planlagt og forudgået af udveksling om faktuelle oplysninger om afdelingerne.

Besøgene varede en dag og bestod af interview af 45-60 minutters varighed med yngre læger, uddannelsesansvarlig overlæge, andre overlæger, afdelingsledelse, sygeplejersker samt i de 2 tilfælde sygehusledelse.

De 3 besøg viste, at der på afdelingerne er gode uddannelsesmuligheder og stor interesse for uddannelse, men at potentialet ikke udnyttes på grund af manglende integrering af uddannelse i det daglige arbejde, stort arbejdspress og en arbejdstilrettelæggelse der er lidet uddannelsesorienteret.

Arbejdet i afdelingerne og bemandingen er tilrettelagt efter patientbehandling samt overholdelse af økonomi og overenskomster. Den til uddannelse af yngre læger nødvendige tid, er ikke normeringsmæssigt medregnet i afdelingernes lægetidsforbrug.

Hvert enkelt besøg har resulteret i en rapport, der beskriver afdelingens undervisningsmæssige situation og giver forslag til forbedringer. Desuden rummer rapporten en aftale om satsningsområder indgået mellem afdelingen og inspektorerne. Der aftales opfølgende besøg, almindeligvis efter 1 år.

Rapporterne er sendt til Sundhedsstyrelsen. De videresendes derfra til Amtsrådsforeningen, de implicerede afdelinger og sygehuse og til Det videnskabelige Selskab. Forhåbentlig vil disse rapporter bidrage til, at der skabes mulighed for en opprioritering af uddannelsen af yngre læger i afdelingerne.

Else Andersen, Karsten Hjelt, Knud W. Kastrup og Niels Christian Christensen .

REFERAT  
ORDINÆR GENERALFORSAMLING  
DANSK PÆDIATRISK SELSKAB  
4. SEPTEMBER 1998.

**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 udsendte skriftlige beretning. DPS tæller nu 459 medlemmer. I årets løb var to medlemmer afgået ved døden. **Knud Biering-Sørensen** og **Bertil Lindquist**. Forsamlingen mindedes de afdøde med et minuts stilhed.

Selskabet har afholdt 5 videnskabelige møder og en ny møde struktur er planlagt for 98/99 sæsonen startende med et sponsoreret høstmøde i Århus 30-31. Oktober 1998. Dette vil samtidig markere selskabets 90-års fødselsdag. Vårmødet 1999 ville blive arrangeret af børneafdelingen på Viborg Sygehus.

Bestyrelsen havde overvejet at ændre datoen for generalforsamlingen til primo oktober, da det erfaringsmæssigt var meget svært at få indkaldelse m.m. ekspederet i august måned.

Formanden nævnte at bestyrelsen var langt i oprettelsen af en Internet-hjemmeside for selskabet til afløsning for den gamle. Man havde visse ambitioner omkring brugen af hjemmesiden som imidlertid indtil videre havde visse sikkerhedsmæssige aspekter der ikke var løst. Bl.a. ønskede bestyrelsen at det skulle være muligt at kun medlemmerne skulle kunne debattere og læse eventuelle referenceprogrammer som var lagt frem på hjemmesiden. Andre videnskabelige selskaber havde samme overvejelser og Lægeforeningen var opmærksom på problemstillingen og arbejdede på en eventuel løsning.

Bestyrelsen har i det forløbne år beskæftiget sig meget med den ny udvælgelsesstruktur til uddannelsesstillingerne. Bestyrelsen har taget initiativ til et møde med Sundhedsstyrelsen om de kriterier der blev anvendt og forløbet af besættelsen af uddannelsesstillingerne.

Formanden takkede inspektorerne for det væsentlige arbejde de havde ydet i det forløbne år og så frem til deres fortsatte arbejde med inspektion og forbedring af uddannelsen i pædiatri.

Den afgående hovedkursusleder **John Østergård** blev takket for sit store arbejde i forbindelse med omlægningen af strukturen for A-kurserne.

Med hensyn til §14-modning i expertuddannelsesstillingerne var det bestyrelsens opfattelse at det burde der være mulighed for. Der var nemlig meget få stillinger, hvor man kunne få sine supplerende 24-30 måneder som 1. reservelæge / afdelingslæge efter at have afsluttet sin uddannelse til speciallæge.

Bestyrelsen var af den mening at videre- og efteruddannelsen var en meget væsentlig opgave for selskabet i fremtiden og at alle pædiatere skal have en dokumenterbar efteruddannelse.

Dansk Pædiatrisk Selskab har i en årrække holdt sig uden for europæisk og internationalt samarbejde i organisationerne UNEPSA og IPA. Næstformanden **Karen Taudorf** havde imidlertid deltaget i UNEPSA's møde i Amsterdam i August og kunne berette at foreningerne var ved at have en struktur som DPS fandt betydelig mere hensigtsmæssig og DPS ville diskutere med de øvrige skandinaviske selskaber om en fælles nordisk holdning samt indmeldelse i organisationerne. Et af formålene var at støtte specielt de østeuropæiske selskaber med videreudvikling af pædiatri i deres områder. UNEPSA arbejdede på at tilvejebringe et bedre overblik over den pædiatriske uddannelse i Europa samt strukturen i de forskellige europæiske lande. Der var ideer om, at UNEPSA eventuelt kunne hjælpe til i udvalgte særligt hårdt ramte områder som f.eks. Kroatien. IPA's primære opgave var afholdelse af brede pædiatriske kongresser. UNEPSA var ved at indsamle emner til den næste europæiske kongres der skulle afholdes i Rom år 2000.

CESP havde også udviklet sig positivt med hensyn til krav til videre- og efteruddannelse. DPS fandt at det kunne støtte det videre arbejde for at forbedre den pædiatriske videre- og efteruddannelse i Danmark. Der var planer om at CESP og UNEPSA på længere sigt skulle smelte sammen

Der havde i år været et stigende antal til Torben Iversens rejsefond for yngre pædiatere. Bestyrelsen havde derfor haft en diskussion om hvem der var tildelingsberettigede. I år var pædiatere i afdelingslægestillinger blevet afvist. (Se under diskussion af formandsberetningen).

### ***Diskussion af formandens beretning***

Vedr. §14-modning var der flere holdninger. Den generelle holdning blandt de yngste var at der burde være mulighed for at blive §14 moden i de treårige expertuddannelsesstillinger. Blandt de der sad i sådanne stillinger (**L. Skov** (Glostrup) og **S. Hertel** (Neonataalklinikken, RH)) var man klar over problematikken, og havde valgt stillingen alligevel. **Niels Carlsen**, Odense, mente at man burde være §14 moden inden man påbegyndte expert-uddannelsen og subspecialiseringen.

Problemet var bl.a. at FAYL ikke ville godkende tidsbegrænsede afdelingslægestillinger, der var dog på neonataalklinikken GN på Rigshospitalet opnået en ordning i flg. **Henrik Hertz**. FAYL skulle angiveligt kræve Sundhedsstyrelsens godkendelse af expert-uddannelsesstillingerne.

**N. Hobolth** og **Karen Brostrøm**, Hillerød, kunne fortælle at de ud fra deres kendskab til Torben Iversen mente, at det var tanken det skulle være de yngste der kunne ansøge om rejselegatet for yngre pædiatere. Der var nogen diskussion om hvorvidt pædiatere ansat i expertuddannelsesstillinger skulle kunne søge. Den generelle holdning blev at man skulle være mindst i introduktionsstilling, medlem af DPS for at kunne søge. Ved ansættelse i tidsbegrænset stilling (afdelingslæge) kunne man ikke søge. Der var uenighed om man også var afskåret, når man var blevet speciallæge i pædiatri.

**Steffen Husby**, Odense, spurgte til bestyrelsens svar på allergi-center rapporten og hvorfor bestyrelsen ikke kunne støtte centerideén. **Ole Andersen** redegjorde for, at bestyrelsen ikke fandt at der var videnskabelig dokumentation for at dette ville styrke behandlingen af patienterne. Men at DPS støttede et intensiveret samarbejde på området.

**Jan Ulrik Secher**, Frederikssund, ønskede at støtte DPS' bestræbelser på at forbedre efteruddannelsen og ønskede at denne også tilgodeså de privatpraktiserende pædiatere. Han ønskede også at såfremt og når der blev udarbejdet diagnoselister, at de så blev fremsendt til de praktiserende pædiater og ikke kun til hospitalsafdelinger.

**Henrik B. Mortensen**, Glostrup, kunne fortælle at KAS-Glostrup's børneafdeling var involveret i et øststøtte projekt vedr. pædiatrisk diabetologi.

### **3. Udvalgsberetninger**

De fleste udvalg havde indleveret skriftlige bemærkninger, udsendt med indkaldelsen til generalforsamlingen, som der henvises til.

#### *Uddannelsesudvalget.*

Beretningen blev taget til efterretning. Formanden for udvalget, **Kaare Lundstrøm**, redegjorde for point-tildelingen blandt de der fik uddannelsesstilling i år: Aalborg (7,7,7), Århus (10,9,8), Odense (7,6,6), KAS-Glostrup/Gentofte (12,8,6), KKHH (8,8,8) og Rigshospitalet (10,10,8).

Uddannelsesudvalget skulle også have nyt kommissorium (se senere i ref.).

Sundhedsstyrelsen havde udgivet en vejledning i evaluering af uddannelsen som man blev opfordret til at læse.

Udvalget var også i gang med at forberede sig på CME med en analyse af mulige strukturer for optjening og opgørelse CME-point.

#### *Diagnoseudvalget.*

**Karsten Hjelt**, Holbæk, berettede at udvalget var i gang med en opdateret liste over de hyppigste diagnoser i dansk pædiatri. Man var også i gang med at indlede et samarbejde med Sundhedsstyrelsen om diagnoselisten. Når listen forelå ville den blive udsendt på diskette.

#### *Socialpædiatrisk udvalg.*

Udvalget havde i det forløbne år primært arbejdet med beskrivelsen af en kommunallæge.

#### *Nefro-Urologi udvalget.*

Udvalget havde udarbejdet forslag til retningslinier for udredning af UVI. Disse ville blive udsendt til medlemmerne ved første udsendelse efter generalforsamlingen.

#### **§ 14 kontaktpersonen.**

**Jens Hertel**, Glostrup, bad fremtidige ansøgere til overlægestillinger om at vedlægge en kronologisk liste over ansættelser i deres CV. Dette ville lette gennemgangen af ansøgningen.

#### *Sundhedsstyrelsens tilfornordnede i pædiatri.*

De tilfornordnede kunne meddele at de fandt speciallægenets praksis omkring dispensationer meget restriktiv. Der ville altid opstå huller i uddannelsesstillingerne som følge af barselsorlov, forskningsorlov m.m. og disse huller burde kunne udnyttes optimalt. **Birgit Peitersen**, Hvidovre, havde fra deres videreuddannelsesudvalg fået at vide, at ved barselsorlov skulle uddannelsesstillingen forlænges tilsvarende.

#### **4. Beretning fra inspektorerne.**

Inspektorerne (ved **Niels Christian Christensen**, Sønderborg) kunne berette om en stor velvilje blandt de inspicerede afdelinger. Inspektionerne havde også affødt nogle meget konstruktive diskussioner. Der var imidlertid en del problemer omkring den tid der skulle afsættes til uddannelse. Den var simpelthen ikke indregnet i arbejdstiden og afdelingens budget.

Kendetegnene for afdelingerne havde være ret ensformige og der var derfor forfattet en artikel til Ugeskrift for Læger (UfL 1998; 32: 4674-75) med beskrivelse af fundene. Karakteristisk undrede sygeplejegruppen sig meget over den ringe introduktion og undervisning lægerne blev udsat for.

Inspektorerne var meget begejstrede for den af Sundhedsstyrelsen udgivne manual for inspektorbesøgene. Den blev udsendt til afdelinger der skulle besøges to-tre måneder forinden for at de kunne forberede sig optimalt. Der ville om ca. 1 år blive afholdt en konference om resultaterne af inspektorbesøgene og genbesøgene.

#### **5. Beretning fra vurderingsudvalget.**

**Niels Christian Christensen**, Sønderborg, NCC, (formand for vurderingsudvalget) redegjorde for vurderingsudvalget arbejde. Det havde langt fra været problemfrit (jf. formandens skriftlige beretning). For en del var det bl.a kommet som en overraskelse at skæringstidspunktet for ens kvalifikationer var ansøgningstidspunktet og ikke som tidligere ansættelsestidspunktet. Dette skulle ansøgere være opmærksom på næste år.

Der havde været en del problemer med selve point-givningen ved de supplerende kriterier. NCC gennemgik kriterierne et for et. Der var en mindre diskussion om hvilke supplerende ansættelser uden for specialet der burde tælle. I øjeblikket talte ansættelse i anæstesiologi, gynækologi-obstetrik, børnepsykiatri, neurologi, intern medicin (undt. geriatri) samt klinisk genetik. Der blev fra forsamlingen foreslået at også ørenæse-halssygdomme, dermatologi og børnekirurgi talte med. Vedr. pkt. 5 blev der diskuteret hvilke administrative/organisatoriske beskæftigelser der kunne tælle. Arbejde i Yngre Pædiateres bestyrelse, SU, DPS udvalg, tillidsmand/reservelægeråd og FAYL-arbejde ville tælle med hvis det havde en tyngde. Vedr. det pædagogiske kriterie blev der spurgt om ikke vejledning af OSVAL eller ph.d. stipendiater kunne tælle. Det mente NCC at det burde. Der blev også stillet forslag om, at man i det 7. og speciale-specifikke kriterie indførte mulighed for at få eet ekstra point ved pædiatrisk videnskab. Der var fra vestdansk side rejst nogen kritik af at det 7. kriterie syntes at favorisere østdanskere, da to af ansættelserne var på københavnske afdelinger. Ansættelse på center for handicappede (CFH, Vangedehuse) ville imidlertid ikke tælle særskilt mere da afdelingen administrativt var underlagt KAS-Glostrups børneafdeling og reservelæge ikke blev ansat særskilt, men kom fra Glostrup. Skulle dette ændre sig kunne CFH tælle igen.

**Karsten Kaas Ibsen, Glostrup**, forelagde ønsket om at man ikke ville lave pludselige ændringer i de supplerende kriterier inden næste år.

**Anita Hansen**, Gentofte, spurgte om uddannelsesstillingerne ikke kunne oplås forskudt da enkelte afdelinger havde været hårdt ramt af udskiftninger af staben d. 1. september i år. Bestyrelsen ville tage det op til overvejelse.

#### **6. Regnskab.**

Regnskabet blev fremlagt af kasserer **Niels Clausen**. Det var revideret og godkendt af revisorerne. Forsamlingen havde ingen bemærkninger.

Vedrørende Torben Iversens rejsefond blev der spurgt til uddelingens størrelse. NC svarede at det var årets afkast der blev udloddet.

### **7. Fastsættelse af kontingent.**

Kontingentet blev fastholdt på 600 kr. årligt.

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

Der var ikke modtaget forslag fra medlemmerne. Bestyrelsen og uddannelsesudvalget stillede forslag om vedtægtsændring med hensyn til §5 stk. 4b. Denne blev godtaget med en enkelt ændring af ordlyden. Vedtagelse kan derefter finde sted på næste generalforsamling. Det ændrede kommissorium (ligeledes med enkelte sproglige ændringer) kunne ligeledes træde i kraft efter næste generalforsamling.

### **9. Valg af bestyrelse**

Fra bestyrelsen afgik faglig sekretær **Thomas Hertel**, der ikke længere var formand for YP på grund af opbrugt funktionstid i YP's bestyrelse. **Thorkild Jacobsen**, Sønderborg, ny formand for YP, stillede op uden modkandidat og blev valgt ind i bestyrelsen. Tidligere på året havde **Karsten Kaas Ibsen** trukket sig fra bestyrelsen. DBO havde opstillet **Bente Hansen**, København, som blev valgt. Resten af bestyrelsen blev genvalgt.

### **10. Valg af revisorer.**

Finn Ursin Knudsen og Sten Petersen blev genvalgt.

### **11. Valg af udvalgsmedlemmer.**

Sammensætningen af udvalgene fremgår af vedlagte liste.

### **12. Eventuelt.**

Der blev fra flere forespurgt om muligheden for at starte tidligere. Dette ville bestyrelsen overveje sammen med muligheden for at afholde generalforsamlingen i oktober. Derudover var der også enkelte der ønskede et bedre traktement i forbindelse med mødet der havde en tendens til at trække langt ud.

Ole Andersen takkede dirigenten Henrik Hertz og hævdede generalforsamlingen.

Thomas Hertel

22. september 1998

<b>DANSK PÆDIATRISK SELSKAB</b> <b>Regnskab for perioden 16.06.97 - 15.06.98</b>
---

**Indtægter**

Kontingenter	kr	235.200,00
Renter og aktieudbytte	kr	8.424,27
Sponsorering af årbog	kr	12.000,00

**Ialt** kr 255.624,27

**Udgifter**

Administration	kr	-88.023,14
Ordinære møder	kr	-20.396,77
Bestyrelsesmøder	kr	-12.166,55
Udvalgsmøder	kr	-30.753,80
Nordiske møder	kr	-17.312,72
Andre møder	kr	-6.506,59
Foreninger	kr	-2.856,60
Årbog	kr	-31.828,75
Gaver	kr	-2.896,50

**Ialt** kr -212.741,42

Efteruddannelseskursus - Neuropædiatri	kr	64.391,28
Efteruddannelse - Børn med udviklings- og adfærdsforstyrrelser	kr	-12.063,75

**Ialt** kr 52.327,53

**Resultat** kr 95.210,38

**FORMUEBEVÆGELSE**

Formue 16.06.97	kr	192.154,90
Resultat 97/98	kr	95.210,38
Ændring i kursværdi af aktier	kr	11.025,00
Formue 16.06.98		kr 298.390,28

**FORMUEPLACERING**

GiroBank 540-3308	kr	595,14
Den Danske Bank 3428019571	kr	274.945,14
Aktier (kursværdi 31.12.97)	kr	22.850,00

Formue 16.06.98 kr 298.390,28

Århus, den 22 juli 1998

Niels Clausen  
Kasserer



## PROFESSOR TORBEN IVERSENS REJSEFOND

<b>Egenkapital pr. 31.12.96</b>		<b>284.661,62</b>
Renteindtægter 1997	22.297,65	
Administrationsudgifter 1997	-1.904,72	
Uddelinger 1997	-18.000,00	
Ændring i kursværdi af obligationer	-1.700,50	
Ændring i saldo på kapitalkonto	-2.392,93	
<b>Egenkapital pr. 31.12.97</b>		<b>282.961,12</b>
<b>Uddelt 6 portioner à 3000 kr 1998</b>	<b>18.000,00</b>	
<b>Legater 1998</b>		
Jesper Andersen	3.000	
Kirsten Holm	3.000	
Birgitte Lausen	3.000	
Allan Meldgaard Lund	3.000	
Klaus Müller	3.000	
Peter Schmidt	3.000	

## Dansk Pædiatrisk Selskab

### Nye medlemmer 1997-98

Anne-Marie Bisgaard	Marianne S Khinchi
Mia O. Bjergager	Ane Lando
Marla Chellakooty	Michail Minousis
Henrik T Christesen	Peter T. Nielsen
Maria Deurell	Hanne Nørgaard
Birgitte Sofie Dolmer	Hanne V Oiesen
Inger Marie Lønborg Friis	Pernille Pedersen
Anita Begtrup Hansen	Claudia Pierleoni
Tine Kjær Hansen	Malgorzata Pulczynska
Tine Brink Henriksen	Susanne Holst Ravn
Allan Hvolby	Jesper Irving Reimers
Kåre Stahl Jacobsen	Ileri Sahin
Lise Jensen	Ulla Steendahl
Elise Snitker Jensen	Jesper Steensberg
Jakob Anker Jørgensen	Charlotte Søndergaard
Søren Keittelmann	Nicolina Sørensen
	Lise Lykke Thomsen

### Udmeldte 1997-98

Susanne Louise M. Bülow	Jakob Anker Jørgensen
Gunnar Toft Hansen	Anne Marie Laursen
Kirsten Henriksen	Henrik Steen Madsen
Peter Howiz	Jess Witt

### Afgået ved døden 1997-98

Knud Biering-Sørensen	Bengt Zachau-Christiansen
Bertil Lindquist	

## Bestyrelsen for Dansk Pædiatrisk Selskab 25.11.1998

Formand	Overlæge Ole Andersen Børneafd. Hillerød Sygehus 3400 Hillerød Tlf: 4829 4307 Fax: 4829 4319 e-mail:olan@fa.dk	Lærketofte 24 3500 Værløse  4498 0116 e-mail:ole.andersen.@dadlnet.dk
Næst- formand	Overlæge Karen Taudorf Børneafd. Viborg Sygehus Heibergs Allé 4 Postboks 130 8800 Viborg Tlf:8927 2245 Fax:8927 3480	Nørresøvej 13 8800 Viborg  8667 2326 e-mail: karen.taudorf@dadlnet.dk
Kasserer	Overlæge Niels Clausen Børneafd. A Skejby Sygehus 8200 Århus N Tlf:8949 6742 Fax:8949 6023 e-mail: skejnc@aau.dk	
Videnskabelig sekretær	Afdelingslæge Jes Reinholdt Børneafd. L KAS Glostrup Ndr. Ringvej 2600 Glostrup Tlf:4323 2300 Fax:4323 3964	Koppen 17 2990 Nivå  4914 2566  e-mail: jes.reinholdt@dadlnet.dk
Faglig sekretær	1.reservelæge Thorkild Jacobsen Børneafd. Sønderborg Sygehus 6400 Sønderborg Tlf:7418 2500 Fax:7418 2952	Kastanie Alle 16 2.tv. 6400 Sønderborg  7443 7313  e-mail: tjac@dadlnet.dk
DBO's repræsentant	Overlæge Bente Hansen Skolesundhedstjenesten Bernstoffsgade 21 st. 1592 København V Tlf:3317 3601 Fax:3317 3610	Duevej 109 2000 Frederiksberg 3810 6216

# DANSK PÆDIATRISK SELSKABS STAENDE UDVALG M.M.

## 4. SEPTEMBER 1998

### Uddannelsesudvalget

*Vælges for 1 år med mulighed for genvalg til i alt sammenhængende 6 år.*

Kaare Lundstrøm<sup>FAYL</sup> (1994)

Mogens Fjord Christensen (1994)

Gorm Greisen (1996)

Arne Høst (1998)

Peder Daugbjerg (1997)

Klaus Børch<sup>FAYL</sup> (1998)

Lone M. Larsen<sup>FAYL</sup> (1997)

Mia Bjerager<sup>FAYL</sup> (1998)

Hovedkursusleder: Jørn Müller

### Allergologi- og Pulmonologiudvalget

*Vælges for 3 år med mulighed for genvalg x 1.*

Susanne Halken (1998)

Gunver Fuglsang (1998)

Inger Merete Jørgensen<sup>FAYL</sup> (1997)

Kim G. Nielsen<sup>FAYL</sup> (1998)

Lone Agertoft<sup>FAYL</sup> (1995)

### Diagnoseudvalget

*Vælges for 3 år med mulighed for genvalg x 1.*

Karsten Hjelt (1993)

Niels Knabe<sup>FAYL</sup> (1998)

Thomas Thelle (1998)

### Endokrinologiudvalget

*Vælges for 3 år med mulighed for genvalg x 1.*

Niels E. Skakkebæk (1994)

Søren Krabbe (1998)

Bendt Brock Jacobsen (1994)

Mariane Rix (1994)

Anders Juul<sup>FAYL</sup> (1998)

### Gastroenterologi- og

### Ernæringsudvalget

*Vælges for 3 år med mulighed for genvalg x 1.*

Karsten Hjelt (1995)

Anders Pærregård (1995)

Steffen Husby (1993)

Christian Mølgaard<sup>FAYL</sup> (1997)

Flemming Skovby (1993)

### Hæmatologi- og Onkologiudvalget

*Vælges for 3 år med mulighed for genvalg x 1.*

Steen Rosthøi (1993)

Kjeld Schmiegelow (1994)

Niels Carlsen (1995)

Henrik Schrøder (1995)

Henrik Hasle<sup>FAYL</sup> (1995)

### Infektionsmedicinsk udvalg

*Vælges for 3 år med mulighed for genvalg x 1.*

Birgitte Friis (1994/5)

Carsten Heilmann (1994/5)

Niels Henrik Valerius (1994/5)

Bent Windelsborg Nielsen<sup>FAYL</sup> (1995)

Poul Erik Kofoed (1997)

### Kardiologiudvalget

*Vælges for 3 år med mulighed for genvalg x 1.*

Karsten Hjelt (1994)

Joes Ramsøe Jacobsen (1994)

Gunner Nielsen (1994)

Gerd Stafanger<sup>FAYL</sup> (1994)

Ove Ramsgård Hansen (1994)

### Nefro- og Urologiudvalget

*Vælges for 3 år med mulighed for genvalg x 1.*

Anita Hansen<sup>FAYL</sup> (1994)

Erling Nathan (1994)

Ole Henrik Nielsen (1994)

Karen Vitting Andersen (1997)

Dina Cortes<sup>FAYL</sup> (1998)

### Neonatologiudvalget

*Vælges for 3 år med mulighed for genvalg x 1.*

Birgitte Djernes (1993)

Jens Hertel (1993)

Sten Petersen (1996)

Ole Pryds (1998)

Steen Hertel<sup>FAYL</sup> (1998)

### **Neurologiudvalget**

*Vælges for 3 år med mulighed for genvalg x 1.*

Flemming Juul-Hansen<sup>FAYL</sup> (1993)

Søren Anker Pedersen (1993)

Karen Taudorf (1993)

Lissi Bank Lassen (1997)

Bente Beck (1997)

### **Screening- og Genetikudvalget**

*Vælges for 3 år med mulighed for genvalg x 1.*

Finn Ebbesen (1993)

Inga Hjuler<sup>FAYL</sup> (1995)

Jørn Müller (1996)

Bente Beck (1998)

Henrik Simonsen<sup>FAYL</sup> (1998)

### **Socialpædiatrisk udvalg**

*Vælges for 3 år med mulighed for genvalg x 1.*

Birgitte Marnér (1997)

Tony Olesen (1997)

Poul Bro (1997)

Bente Hansen (1997)

Bodil Moltesen<sup>FAYL</sup> (1997)

### **Ungdomsmedicinsk udvalg**

*Vælges for 3 år med mulighed for genvalg x 1.*

Ole Andersen (1993)

Bente Hansen (repr. for Skolelægeforeningen)

Inger Leer (1995)

Birgitte Marnér (1995)

Jørn Henriksen (1998)

Thomas Hertel<sup>FAYL</sup> (1998)

### **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)

Henrik Sardeman (1998) – suppleant

### **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 Marnér (1993)

### **Nordisk Pædiatrisk Forening's styrelse**

Ole Andersen (1993)

Karen Taudorf (1996)

Else Andersen (1993)

### **Dansk Medicinsk Selskab's repræsentantskab**

*Vælges for 3 år med mulighed for genvalg x 1.*

Karsten Kaas Ibsen (1994)

Gorm Greisen (1997)

Niels Henrik Valerius (1993)

Lene Lavard (1998)

### **CESP/UEMS**

Arne Høst (1998)

### **Sundhedsstyrelsens Vaccinationsudvalg**

Carsten Heilmann (1995)

Freddy Karup Pedersen (1980)

### **Foreningen Sex & Samfund**

Birgitte Marnér

### **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, diagnostik og behandling
- vejlede bestyrelsen ved besvarelse af forespørgsler om disse sygdomme.
- vejlede bestyrelsen og uddannelsesudvalget vedrørende uddannelsesmæssige spørgsmål.

Udvalget har 5 medlemmer, hvoraf ét medlem skal være ansat på afdeling med landsdelspecialfunktion for kronisk 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 en gang årligt og aflægger skriftlig beretning til generalforsamlingen.

### **DIAGNOSEudvalg**

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

Udvalget skal

- udarbejde og revidere den pædiatriske diagnoseliste, således at der sikres ensartet diagnoseregistrering. Diagnoselisten skal udarbejdes under hensyn til videst mulig overensstemmelse med internationale diagnoselister og efter anvisninger fra de nationale og internationale sundhedsmyndigheder.
- Udvalget har 3 medlemmer.

Udvalget aflægger skriftlig beretning til generalforsamlingen.

## **ENDOKRINOLOGI**udvalg

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

Udvalget

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

Udvalget har 5 medlemmer.

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

## **UDVALG FOR ERNÆRING OG GASTROENTEROLOGI**

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

Udvalget skal inden for pædiatrisk gastroenterologi og ernæring

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

Udvalget har 5 medlemmer.

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

## **HÆMATOLOGI og 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 børneneurologi

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

Udvalget har 5 medlemmer.

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

## **Udvalg for SCREENING og KLINISK GENETIK**

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

Udvalget skal

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

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

Til udvalget kan benyttes særligt sagkyndige som associerede medlemmer.

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

## UDDANNELSE

Udvalget er et stående udvalg under DPS jævnfør selskabets vedtægter §5, stk. 4.

Udvalget skal lede og koordinere videre- og efteruddannelse af læger i pædiatri, herunder

- holde sig generelt orienteret om forhold indenfor lægers uddannelse og rådgive bestyrelsen og selskabet inden for alle uddannelsesspørgsmål
- løbende holde selskabet orienteret om behovet for og antallet af uddannelsesstillinger
- tilrettelægge kurser og godkende kurser, der indgår i den pædiatriske speciallægeuddannelse
- tilrettelægge den pædiatriske specialistuddannelse i samarbejde med specialistrådnets tilfornordede i pædiatri. Udvalget koordinerer speciallægeuddannelsen i pædiatri med efteruddannelsen og expertuddannelsen
- deltage i udarbejdelse af uddannelseskra v indenfor eventuelle expertområder
- arrangere efteruddannelseskurser sammen med andre af selskabets medlemmer evt. sammen med andre selskabers uddannelsesudvalg
- medvirke til at en systematisk efteruddannelse (Continuous Medical Education) etableres i dansk pædiatri

Udvalget består af hovedkursuslederen og yderligere seks medlemmer, hvoraf mindst 2 og højst 4 ved valget må være ansatte i en tidsbegrænset stilling. Det tilstræbes, at der i udvalget er repræsentanter for læger på alle trin i uddannelsessystemet. Endvidere tilstræbes repræsentation fra både universitetssygehuse og centralsygehuse samt fra alle 3 uddannelsesregioner. Medlemmerne vælges på den årlige ordinære generalforsamling i DPS for tre år med mulighed for forlængelse op til i alt seks år. Udvalget konstituerer sig selv. Hovedkursuslederen kan ikke vælges til formand.

Udvalget holder møde mindst to 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, 05.09.97 og 19.03.99)

§ 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 ansættelsesmyndigheds 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 lægegering 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 Ud over hovedkursuslederen yderligere seks medlemmer til et uddannelsesudvalg, som leder uddannelsen i pædiatri i henhold til det af generalforsamlingen vedtagne kommissorium. Mindst 2 og højst 4 medlemmer må ved valget være ansatte i en tidsbegrænset stilling. Det tilstræbes at udvalgets medlemmer repræsenterer faget bredt i overensstemmelse med kommissoriet. En sammenhængende funktionsperiode må ikke overstige seks år. Ved vacance supplerer uddannelsesudvalget sig selv indtil næste generalforsamling.
- 5a. En person uden for DPS's bestyrelse til Nordisk Pædiatrisk Føderations styrelse. Styrelsesmedlemmet funktionstid er 3 år og genvalg kan finde sted 2 gange.
- 5b. En repræsentant for hver påbegyndt 100 medlemmer i DPS til Nordisk Pædiatrisk Føderations repræsentantskab. Funktionstiden er 3 år med ret til genvalg 2 gange.

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

## § 6

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

## § 7

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

## § 8

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

## §9

- 9.1 Videnskabelige selskaber og sammenlutninger 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 fores 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).

## Pædiatri

### Enkelstillingssklassifikation (årsværk) pr. 1. januar 1998.

	i	u	s	R
<b>Region Øst</b>				
Rigshospitalet afd GN		1,5		
Rigshospitalet afd GGK	1,0	4,5		2,0
Amager Hospital	1,0			
Hvidovre Hospital	3,0	5,0		3,0
KAS Gentofte	2,0	3,0		2,0
KAS Glostrup	4,0	4,0		3,0
Hillerød med afd B			1,0	
Hillerød børneafd H	3,0			3,0
Roskilde	4,0			2,0
Holbæk	2,0			2,0
Næstved	3,0			2,0
Nykøbing F	3,0			
<b>Ialt Region Øst</b>	<b>26,0</b>	<b>18,0</b>	<b>1,0</b>	<b>19,0</b>
<b>Region Syd</b>				
Odense Børneafd H	1,0	5,0		2,0
Sønderborg	5,0			1,0
Esbjerg	2,0			2,0
Kolding	3,0			2,0
<b>Ialt Region Syd</b>	<b>11,0</b>	<b>5,0</b>		<b>7,0</b>
<b>Region Nord</b>				
Herning	3,0			2,0
Randers	1,0			
Skejby	3,5	5,0		1,0
Viborg	4,0			3,0
Aalborg	2,0	5,0		3,0
Hjørring-Brønderslev	1,5			1,0(b)
<b>Ialt Region Nord</b>	<b>15,0</b>	<b>10,0</b>		<b>10,0</b>
<b>Ialt Pædiatri</b>	<b>52,0</b>	<b>33,0</b>	<b>1,0</b>	<b>36,0</b>

i = introduktionsstilling u = undervisningsstilling s = supplerende uddannelse  
 R = 1.reservelægestilling (b) = tæller kun i særlig godkendt rotationsstilling

**Antal sengepladser og stillinger på pædiatriske afdelinger pr. 1.1. 1999**  
**Udarbejdet af Karsten Kaas Ibsen.**

Afdelinger	Sengepladser Døgn+dag	OL/vOL	AL	R1	R <sub>uv</sub>	r
RH – klinik 1 + 2	69+8	8	13	2	5	3
RH – neonatalklinikken	30	2	6		2	5
RH – afd. GR	0	2	2			
Amager	28	2	5,1			6
Hvidovre	69	5	5	5	5	5
Gentofte	38+24	2	2	4	5	8
Glostrup Center for Handicappede	62+30	8	8	4	4	7
Hillerød	54	10	1	3		7
Roskilde	45+6	2/3	2	4		7
Holbæk	39	4	6	2		7
Næstved	38	3/3		2	2	7
Nykøbing F.	19	4	3	1	3	1
Odense	112	10/7		9		9
Sønderborg	36+5	3/3		1		7,8
Esbjerg	49+4	3/4		4		7
Kolding	52+5	3,6/3		6,76		7
Herning	41	2/4		3		6
Århus	80	12/1	3	2	6	11
Viborg	45	3/4		3		7
Ålborg	65	6/6	3	3	8	8
Hjørring	21	4		1	6	6
Randers	27	4		1	1	7