

# ÅRBOG

# 1992 - 93

Redigeret af Jørn Müller



**DANSK PÆDIATRISK SELSKAB**



Årbogen for Dansk Pædiatrisk Selskab 1992/93 er opbygget som de tidligere år og indeholder program samt resuméer fra årets møder, beretninger og referater. Der er i årets løb udarbejdet kommissorier for samtlige udvalg under DPS, og disse samt Selskabets vedtægter er også medtaget. Vi takker samtlige sponsorer for deres bidrag til bogens produktion.

Bestyrelsen



## INDHOLDSFORTEGNELSE

MØDER OG RESUMÉ AF FOREDRAG	Side
640. møde, 2. oktober 1992 PÆDIATRISK NEPHRO-UROLOGI .....	9
6. efteruddannelsesmøde, 3. oktober 1992 PÆDIATRISK NEPHRO-UROLOGI .....	15
641. møde, 4. december 1992 FRIE FOREDRAG .....	17
642. møde, 8. januar 1993 ERNÆRING .....	27
7. efteruddannelsesmøde, 9. januar 1993 PÆDIATRISK DERMATOLOGI .....	39
643. møde, 5. marts 1993 ULANDSPÆDIATRI, INDVANDRERE OG FLYGTNINGE .....	41
8. efteruddannelsesmøde, 6. marts 1993 ULANDSPÆDIATRI, INDVANDRERBØRN OG FLYGTNINGEBØRN .....	46
644. møde, 22. maj 1993 VÅRMØDE PÅ SONNERUP GODS, HVALSØ .....	48
645. møde, 3. september 1993 HØREPROBLEMER HOS BØRN DANSK PÆDIATRI ÅR 2000 ORDINÆR GENERALFORSAMLING .....	56

## BERETNINGER

Formandsberetning 1992/93 .....	57
Beretning fra SUNDHEDSSTYRELSENS TILFORORDNEDE I PÆDIATRI .....	70
- DPS' KONTAKTPERSONER TIL SUNDHEDSSTYRELSEN VEDR. §14 VURDERINGER .....	70
- UDDANNELSESUDVALGET .....	71
- NEONATOLOGIUDVALGET .....	72
- PÆDIATRISK HÆMATOLOGI OG ONKOLOGI .....	73
- ALLERGOLOGIUDVALGET .....	76
- ERNÆRINGSUDVALGET .....	77
- INFORMATIONSUDVALGET .....	77
- UDVALGET FOR SCREENING OG KLINISK GENETIK .....	78
- AIDS-UDVALGET .....	78
- DIAGNOSEUDVALGET .....	79
- RAPPORT FRA MØDE I CESP .....	79
- LIPIDGRUPPEN .....	80

<b>REFERAT</b>	
<b>AF GENERALFORSAMLING I DPS</b>	
den 3. september 1993 .....	81
<b>KASSEREREN</b>	
Regnskab for perioden 13.07.92 til 20.06.93 .....	85
<b>NYE MEDLEMMER I DPS</b>	
efter 1. august 1992 .....	87
<b>DANSK PÆDIATRISK SELSKAB</b>	
og beslægtede organisationer pr. 1. oktober 1993	
Bestyrelse, udvalg, kommissorier m.v. ....	88
<b>UNGDOMSPÆDIATRI RAPPORT</b> .....	92
<b>UDVALGSKOMMISSORIER</b> .....	94
<b>ANTALLET AF AFDELINGER, SENGEPLADSER OG</b>	
<b>STILLINGER PÅ PÆDIATRISKE AFDELINGER</b>	
pr. 1. september 1993 .....	100
<b>VEDTÆGTER FOR DPS</b> .....	102
<b>VEDTÆGTER FOR PROFESSOR TORBEN IVERSEN'S REJSEFOND</b> .....	105
<b>DIVERSE ORIENTERINGER</b>	
Brev til Sundhedsstyrelsen vedr.	
- prænatal rådgivning, diagnostik og screening .....	107
- kiropraktorbehandling af spædbørn .....	109
- forebyggelse af allergi hos spædbørn .....	111





September 1992

640. møde 2. oktober 1992 - Rigshospitalet.

Mødeemne: **PÆDIATRISK NEPHRO-UROLOGI**

Mødet er tilrettelagt og ledes af Ole H. Nielsen.

**Program**

1. **Den kongenite neurogene blæres betydning for de øvre urinvejes funktion.** Jørgen Thorup (Børnekirurgisk afsnit, Børneafdeling GGK, Rigshospitalet)
2. **Medicinsk og kirurgisk behandling af genetiske nyrelidelser.** N.J. Brandt (Afsnit for klinisk genetik, Børneafdeling GGK, Rigshospitalet)
3. **Recidiverende urinvejsinfektioner og enuresis diurna hos piger.** Erling Nathan (Pædiatrisk afdeling, Århus Kommunehospital)
4. **Selektiv renografi ved nyredobbeltanlæg.** Alan Rabøl, Liselotte Højgaard og Jesper Eldrup (Nuklearmedicinsk afd. og Børnekirurgisk afsnit, Børneafdeling GGK, Rigshospitalet)
- \*) 5. **Prænatal diagnostik af nyre-urinvejslidelser.** Vibeke Brocks og O.H. Nielsen (Ultralydslaboratoriet, Føde- og Gynækologisk afd. Y og Børnekirurgisk afsnit, Børneafdeling GGK, Rigshospitalet)

En diskussion af referenceprogrammet for urinvejsinfektioner vil blive søgt inkorporeret i programmet.

\*) Abstract ikke modtaget.

## DEN KONGENITTE NEUROGENE BLÆRES BETYDNING FOR DE ØVRE URINVEJES FUNKTION

J. Thorup.

Børnekirurgisk afdeling, Rigshospitalet.

Børn med myelomeningocele (MMC) har en høj risiko for at udvikle vesico-ureteral reflux (VUR) og nyreskade.

94 patienter med MMC fik foretaget urodynamisk undersøgelse. På undersøgelsestidspunktet var de mellem 1 måned og 19,5 år gamle (median: 6 år). For hver patient blev der bestemt følgende urodynamiske parametre:

Detrusoraktivitet, læketryk og blærecompliance.

Blandt patienterne med VUR var incidensen af detrusor-overaktivitet signifikant højere (61%), end blandt patienter som ikke havde VUR (31%). Læketrykket var signifikant højere (median: 80 cm H<sub>2</sub>O) i gruppen med VUR sammenlignet med gruppen uden VUR (median: 55 cm H<sub>2</sub>O).

Blærecompliance var mindre i gruppen med VUR (median: 6 ml/cm H<sub>2</sub>O) sammenlignet med gruppen uden VUR (8,3 ml/cm H<sub>2</sub>O).

Kun patienter med læketryk  $\leq 40$  cm H<sub>2</sub>O, ingen detrusor-overaktivitet og normal blærecompliance havde ingen risiko for at udvikle reflux. Alle kriterierne måtte være opfyldt.

Urodynamisk evaluering bør foretages tidligt hos patienter med MMC for at finde de patienter, som har høj risiko for at udvikle nyreskade. Derefter kan et behandlings- og kontrolprogram blive etableret.

## MEDICINSK OG KIRURGISK BEHANDLING AF GENETISKE NYRELIDELSER.

Flemming Skovby (Afsnit for klinisk genetik, Børneafdeling GSK, Rigshospitalet).

De arvelige nefropatier med kendt metabolisk basis omfatter bl.a. mb.Alport, hypofosfatæmisk vitamin D-resistent rakitis, cystinuri, cystinose og oxalose.

Cystinose skyldes en defekt transport af cystin over den lysosomale membran, og de intracellulære aflejringer af cystinkrystaller beskadiger vævene. Uden medicinsk behandling får børn med infantil nefropatisk cystinose uræmi i 9-10 årsalderen. Effekten af medicinsk behandling kan vurderes ved den beregnede reciprokke kreatininværdi i 10 årsalderen (PRC-10). Siden 1969 har vi fulgt syv børn med infantil nefropatisk cystinose. Fire børn diagnosticeret i alderen 19 mdr-4 år fik uræmi 6-9 år gamle; deres PRC-10 var 0-2 L/mmol. Tre børn diagnosticeret i 8-15 mdr alderen blev sat i systemisk behandling med cystamin. Disse børns PRC-10 er 8-16 L/mmol. Cystaminbehandling af én af to søskende med "late-onset" nefropatisk cystinose forsinkede udviklingen af uræmi i 6 år sammenlignet med den ubehandlede søskende.

Oxalose er en arvelig defekt i leverens omsætning af oxalsyre, der udfælder i nyrer (nefrokalcinose) eller urinveje (konkrementer). Af fem patienter set siden 1985 fik tre nyresvigt 9 mdr, 4 år, og 12 år gamle. Kombineret lever-og nyretransplantation er gennemført hos ét barn, og et andet barn er på venteliste til denne behandling.

## RECIDIVERENDE URINVEJSINFEKTIONER OG ENURESIS DIURNA HOS PIGER

E. Nathan. (Børneafdelingen, Århus Kommunehospital & Børneafdelingen, Kolding sygehus).

I en 7 års prospektiv undersøgelse indgik piger konsekutivt, når de var fyldt 4 år og højst 14 år, og hvis de havde haft eller i follow-up perioden fik enuresis diurna (UFD) og/eller urinvejsinfektion (UVI). Ptt. med hjerneskade, myelomeningocele eller operation i urinvejene udgik. Initialt blev foretaget urindyrkning, mikroskopi, ultralyd og urografi og efter 3 måneder uden UVI, MCU og renografi. Derefter blev Uricult tilsendt fra hjemmet med urin til mikr. Desuden amb. undersøgelse hver 6. til 12. måned. UVI behandledes med antibiotika og derpå Nitrofurantoin i perioder på 12 måneder.

267 indgik og fulgtes i mindst 6 måneder. Heraf havde 248 UVI og 198 UFD. 179 havde både UVI og UFD. Af 248 piger med UVI havde 72% UFD og af 198 piger med UFD havde 90% UVI. UFD varede ofte i månedsvis, også selvom urinen blev steril. 200 piger blev tørre i follow-up perioden med gennemsnitsvarighed af UFD på 2,3 år.

UFD var skvætvvis og medførte ofte skift af undertøj mange gange dagligt. De havde desuden urge, og hvis de ikke kunne komme på WC indtog de typisk stillinger med en hæl, fingrene eller stolesædekanten presset mod vulva. Nogle havde steril urin ved første undersøgelse; men i løbet af follow-up perioden recidiverende UVI. Forældrene satte ikke UFD i forbindelse med UVI og kun få oplyste uopfordret herom. Dette gjaldt også lægerne, kun 37 af 179 var henvist for både UFD og UVI.

Urodynamiske undersøgelser har vist, at der opstår pludselige korte trykstigninger i detrusor, selvom blæren ikke er fuld. Beskadigelse af alfareceptorerne kan være forklaringen. De stimuleres af østrogener, og de fleste ptt. bliver tørre i præpuberteten.

Medicinsk behandling og bio-feedback kan muligvis anvendes. Spontan helbredelse er almindelig, når UVI holdes under kontrol.

## SELEKTIV RENOGRAFI VED RENALE DOBBELTANLÆG

A. Rabøl, L. Højgaard, K. Lenz, J. Eldrup & J. Thorup.

Afd. for Klinisk Fysiologi og Nuklearmedicin og Børnekirurgisk afd., Rigshospitalet.

Dobbeltanlæg af nyrerne og ureterdublikatur er en tilstand der ofte kræver et kirurgisk indgreb i barnealderen. Enten i form af en korrigerende operation for at ophæve en obstruktion af de øvre urinveje eller et rekonstruktivt indgreb for at ophæve reflux hos et barn med recidiverende UVI eller uretral inkontinens. Desuden fjernelse af ikke fungerende nyreanlæg. I den diagnostiske udredning udgør renografi i dag en mulighed for at differentiere bestemmelsen af nyrefunktionen med henblik på valg af korrekt behandling.

Formålet med denne lille retrospektive undersøgelse er en vurdering af den præ- og postoperative renografi hos denne patientgruppe.

Materialet omfatter 15 børn (13 piger og 2 drenge) opereret for renalt dobbeltanlæg i perioden 1988 - 92. Den mediane alder var på operationstidspunktet 2 år med en spændvidde fra 3 uger til 11 år.

Renografi. Dynamisk optagelse bagfra med gammakamera optagelse over nyreregionerne i 20 min. efter i.v. indgift af  $^{99m}\text{Tc}$  MAG-3 eller  $^{123}\text{I}$ -Hippuran. Billedmæssig fremstilling af seriescintigrammer og renogrammer til bedømmelse af funktionsfordeling og afløbsforhold for højre og venstre nyre. Selektiv renografi for de enkelte dobbeltanlæg med bedømmelse af funktionsandel og afløbsforhold kunne gennemføres hos 9 af 15 undersøgte.

Resultater: 5 patienter fik foretaget hemiureteronefrektomi. Den postoperative renografi viste uændret funktionsfordeling hos 3 medens 2 havde en faldende funktionsandel på ca. 10%. Afløbsforholdene var uændret pænt hos 4 og bedret hos 1.

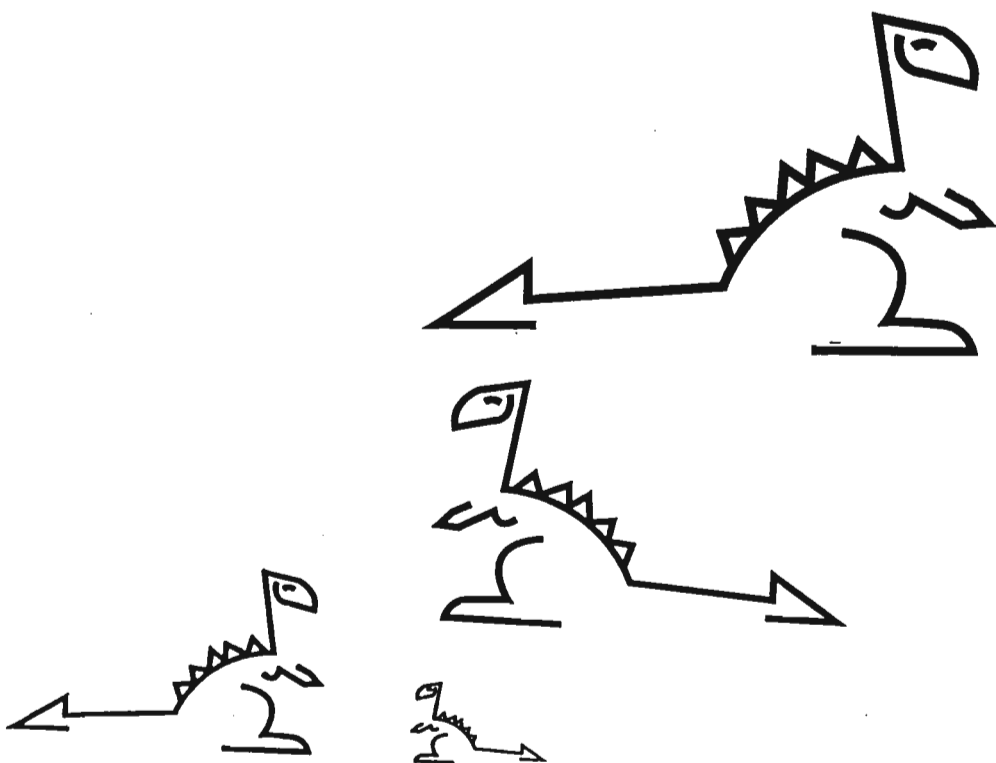
1 patient blev nefrektomeret pga. ophævet nyrefunktion. Uni- eller bilateral neoimplantation udførtes hos 7 patienter med efterfølgende uændret funktionsfordeling hos 6 hvoraf 3 havde uændret påvirket afløbskurve og 3 fik normaliseret den tidligere afløbshindring. Funktionsandel og afløb af den opererede nyre beredes hos 1.

2 patienter fik foretaget såvel heminefrourektomi som neoimplantation med følgende uændret funktionsfordeling hos begge medens afløbet beredes hos den ene og forblev uændret normalt hos den anden.

Konklusion: Renografi om muligt med selektiv bestemmelse af funktionsandel og afløbsforhold er en stor hjælp ved fastlæggelse af den operative strategi. Postoperativt er renografien en god kontrol af operationseffekten på samme parametre. Således kunne vi i vort beskedne materiale konstatere bevaret funktionsandel hos 5 og let nedsat hos 2 af ialt 7 heminefrourektomerede patienter, medens der praktisk talt ingen ændringer var i funktionsandelen ved neoimplantation.

# Humatrope® Somatropin

*Voks glad op*



Eli Lilly Denmark  
Thoravej 4  
2400 København NV

6. efteruddannelsesmøde 3. oktober 1992 - Rigshospitalet.

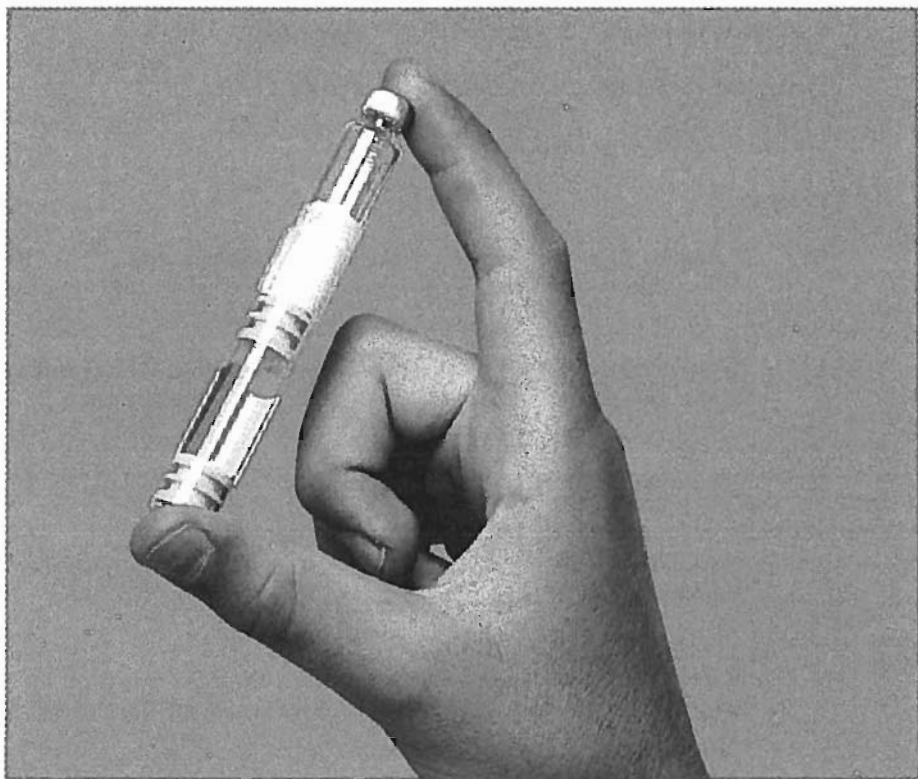
**Mødeemne: PÆDIATRISK NEPHRO-UROLOGI**

Mødet er tilrettelagt og ledes af Ole H. Nielsen.

**Program**

1. **Teknik og fund ved prænatal urologisk ultralyddiagnostik.** Vibeke Brocks (Ultralydslaboratoriet, Føde- og Gynækologisk afdeling Y, Rigshospitalet).
2. **De neonatalurologiske konsekvenser af prænatal ultralyddiagnostik.** O.H. Nielsen (Børnekirurgisk afsnit, Børneafdeling GGK, Rigshospitalet).
3. **Den neonatale nyrefunktion.** Anita Aperia (S:t Görans Sjukhus, Stockholm)
4. **Vesico-ureteral reflux i 1. leveår.** Jørgen Thorup (Børnekirurgisk afsnit, Børneafdeling GGK, Rigshospitalet).
5. **Den medfødte hydronephroses patofysiologi.** J.C. Djurhuus (Inst. for Eksperimentel Klinisk Forskning, Skejby Sygehus, Århus Universitet).

# Den brugervenlige løsning på væksthormonbehandling



  
**Pharmacia**  
*Kabi Peptide Hormones*



641. møde 4. december 1992 - Rigshospitalet.

**Mødeemne: FRIE FOREDRAG**

Mødet er tilrettelagt og ledes af bestyrelsen.

**Program**

1. **Fenemalbehandlings indflydelse på hjernens gennemblødning (CBF) hos nyfødte, udsat for perinatal asfyxi.** Karen Andersen, Kjeld Jensen, Finn Ebbesen (Børneafdelingen, Ålborg Sygehus).
2. **Medfødt sideroblastanæmi med intrauterine symptomer og lethalt forløb.** Karen Andersen, Per-Henrik Kaad (Børneafdelingen, Hjørring Sygehus).
3. **Hjertemislyd hos børn.** Lars Kjærsgård Hansen, Niels Birkebæk, Henrik Oxhøj (Pædiatrisk afdeling og Klinisk fysiologisk afdeling, Odense Sygehus).
4. **Trikiodystrofi.** Lars Kjærsgård Hansen, Karl Wulff, Flemming Brandrup (Pædiatrisk og Dermatologisk afdeling, Odense Sygehus).
5. **Tuberøs sklerose - diagnostik - prævalens - nye genetiske perspektiver.** Bente Krag-Olsen, Kirsten Storm og Lone Sunde (Børneafdelingen, Randers Centralsygehus og Human Genetisk Institut, Århus Universitet.)
6. **Væksthæmning hos børn.** C.Joh.Ingomar Petersen (Speciallægepraksis).
7. **Carbohydrate-deficient glycoprotein syndrome: Tidlige kliniske og parakliniske manifestationer.** Minna Bloch Petersen, Flemming Skovby, Karin Brostrøm og Helena Stibler (Børneafdelingen, Roskilde Amtssygehus; Afsnit for klinisk genetik, børneafdeling G GK, Rigshospitalet; Børneafdelingen, Centralsygehuset Hillerød; Neurologisk afdeling, Karolinska Sjukhuset, Stockholm, Sverige).
8. **Polymerasekædereaktion til kighostediagnostik?** Niels Birkebæk, Karsten Skjøt og Ivar Heron (Pædiatrisk afdeling, Esbjerg Centralsygehus; Statens Seruminstitut).
9. **24 timers esophagus pH-måling.** Aksel Lange (Børneafdelingen og Motilitetslaboratoriet, Århus Kommunehospital).

## **PHENOBARBITALS INDFLYDELSE PÅ HJERNENS GENNEMBLØDNING (CBF) HOS NYFØDTE, UDSAT FOR PERINATAL ASPHYXI.**

K. Andersen, K.A. Jensen & F. Ebbesen (Børneafdelingen, Ålborg Sygehus Nord).

Hjernens gennemblødning formodes at spille en nøglerolle i udvikling af hypoxisk - ischæmisk encephalopati.

Vi har ønsket at klarlægge, hvilken effekt phenobarbital behandling har på hjernens gennemblødning hos nyfødte med neurologiske manifestationer som følge af perinatal asphyxi.

I undersøgelsen indgik 7 mature børn med spontan respiration, som udviklede cerebral irritabilitet indenfor det første levedøgn. Metoden bygger på intravenøs injektion af Xenon-133 med efterfølgende registrering af residualaktiviteten, som omregnes til middeltal for hjernens gennemblødning. Vi fandt - overraskende - ingen forskel på hjernens gennemblødning før og en time efter phenobarbital mætningsdosis (20 mg/kg i.v.). De neurologiske manifestationer svandt efter phenobarbital behandling, og der var ingen signifikant ændring i hjerteaktion, respirationsfrekvens,  $paCO_2$ ,  $paO_2$  eller middelblodtryk.

Under antagelse af en tæt kobling mellem hjernens gennemblødning og stofskifte via metabolisk regulation af hjernens gennemblødning, tages den uændrede cerebrale gennemblødning som udtryk for, at phenobarbital i konventionel dosis (20 mg/kg) ikke nedsætter hjernens stofskifte, og som følge heraf ikke yder beskyttelse af den truede hjerne, udover den antiepileptiske effekt.

Som konsekvens heraf kan man diskutere, om phenobarbital fortsat skal være det foretrukne antiepileptiske stof til asphyxiske nyfødte.

## **MEDFØDT SIDEROBLASTANÆMI MED INTRAUTERINE SYMPTOMER OG LETHALT FORLØB.**

K. Andersen & P.H. Kaad (Børneafdelingen, Hjørring Sygehus).

Ringsideroblastanæmi er en sjælden sygdom, som udgør ca. 1% af alle anæmiske tilstande i neonatalperioden. Sygdommen er karakteriseret ved mangelfuld hæmoglobinsyntese og præsenterer sig oftest i tidlig barndom. Os bekendt er der ikke tidligere beskrevet tilfælde med intrauterine symptomer. Imidlertid rapporteres her et tilfælde af ringsideroblastanæmi med debut tidligt i fosterlivet, resulterende i alvorlige symptomer på hydrops.

Efter flere intrauterine blodtransfusioner blev barnet født ved sectio caecariae efter 34 gestationsuger, velskabt.

Seks uger efter fødslen viste blodprøverne - trods gentagne blodtransfusioner - lavt hæmoglobin, lavt reticulocytal, men normale leucocyter og trombocyter. Det perifere blodbillede viste poikilocytose og anisocytose, mens knoglemarven med jernfarvning afslørede diagnosen rigsideroblastanæmi, idet flere end 50% kerneholdige celler fra erythropoisen udgjordes af ringsideroblaste. Hæmoglobin faldt gradvist. Behandling med pyridoxal-phosphat havde ingen effekt på tilstanden, som fortsat forværredes med lethalt forløb 4 måneder gammel i et billede af cardiell inkomensation og dehydrering, trods intensiv behandling.

Anæmi hos nyfødte skyldes oftest hæmolyse, kun sjældent blødning, og næsten aldrig en defekt erythropoiese, men denne tilstand må have in mente ved behandling af neonatale børn med svær anæmi.

## HJERTEMISLYD HOS BØRN.

L.Kjærsgård Hansen, N.Birkebak & H.Oxhøj (Børneafdelingen Odense sygehus & klinisk fysiologisk afdeling Odense sygehus)

Hjertemislyde hos børn er almindelige. Trænede pædiatriske kardiologer kan i meget høj grad skelne uskyldige og betydende mislyde, og de har vist at Ekg og Rtg. af thorax er af marginal betydning i udredningen. Også ekkokardiografi er af samme pædiatriske kardiologer vist at være af begrænset værdi i udredningen, idet afgørelsen uskyldig/betydende hjertemislyd i høj grad klares klinisk. I Danmark bliver langt de fleste af disse børn ikke vurderet af en pædiatrisk kardiolog. Der er tradition for at foretage Ekg og Rtg. af thorax.

Foreløbig 80 nyhenviste børn ældre end 1 måned blev vurderet klinisk af LKH eller NB. Efter Ekg og Rtg. af thorax revurdering. Sluttelig farvedopplerekkokardiografi ved HO.

Farvedoppler-  
ekkokardiografi:

Klinisk vurdering:	nej	41 pt. (51%)	1 mb. cordis*
	Hjertesygdom?	19 pt. (24%)	5 mb. cordis
	Ja	20 pt. (25%)	13 mb. cordi
		80 pt.	(19 pt.)

(\* stenose af a. pulm. sin., trykfald 15 mmHg)

Efter gennemgang af Ekg og Rtg. af thorax ændredes den primære vurdering i 2 tilfælde. "Måske" gruppen øget til 21 pt. Ingen af de 5 mb. cordis patienter i "måske" gruppen havde abnormt Ekg eller Rtg. af thorax.

Farvedopplerekkokardiografi: ASD 3, VSD 9, DAP 1, Aorta-stenose 1, Pulmonal stenose 3, Tricusp. insuf. 1, Mitral insuf. 1.

### Konklusion:

Almindelig klinisk undersøgelse udskiller sikkert 50% raske. EKG og Rtg. af Thorax afdækker ingen mb. cordis.

Der foreslås FDE til de børn (49%), der ikke frikendes.

## TRIKOTIODYSTROFI.

L.Kjærsgård Hansen, K. Wulff og F. Brandrup (Børneafdelingen Odense sygehus, dermatovenerologisk afdeling Odense sygehus)

Trikotiodystrofi (TTD) er et syndrom med specifikke hårforandringer og varierende grad af mental retardering. Der er oftest ledsagende forandringer i ektodermale og neuroektodermale væv.

I 1980 blev sygdomsenheden beskrevet af Price. Navnet trikotiodystrofi definerer et symptomkompleks, hvor svovlfattigt abnormt hår er et fællestræk (triko: hår, tio: svovl, dystrofi: fejl-ernæring). Sygdommen er autosomal recessiv arvelig og sjælden med ca. 80 beskrevne tilfælde. Der er 10 sjældne sygdomsenheder, der iøvrigt opfylder kriterierne for TTD (Pollitt, Tay, Sabina, Amish brittle hair syndrome m.fl.). De betragtes som TTD.

Syntesen af de svovlholdige matrix-proteiner i hårets cortex stærkt nedsat. Cysteinmængden er nedsat, og cysteindisulfid-bindingernes antal er stærkt nedsat. Derfor er keratinets mikrofibriller svækkede, det medfører bl.a. at hårene let brækker. Ændret orientering af mikrofibriller i hårskaftet er årsag til farveforskelle.

Ved mikroskopi i polariseret lys ses lyse og mørke bånd på hårskaftet ("tigerstribning"). Også trikoskisis (hårskaftbrud) er meget karakteristisk. Ved almindelig mikroskopi kan ses vekslende kaliber, udvisket cuticulare relief og længdeførløbende indkærvninger. Hårets svovlindhold er halveret. (Analyse: Scandlab, Sollentuna, Sverige).

Patienternes hår er kort, afknækket, uregelmæssigt, glansløst og udtyndet ("Brittle hair"). Variable træk omfatter bl.a.: Retardering, ataksi, nedsat vækst, negledysplasi, ichthyosis, emaljeforandringer, katarakt, nedsat fertilitet og nedsat immunforsvar. Fysisk og mental retardering er næsten konstante træk.

Der beskrives 3 børn med typisk klinik, hårskaftmikroskopi og svovlanalyse. Differentialdiagnoser omfatter bl.a. Menkes sygdom, metaboliske sygdomme og egentlige hårlidelser.

## **TUBERØS SKLEROSE – DIAGNOSTIK – PRÆVALENS – NYE GENETISKE PERSPEKTIVER.**

**B. Krag-Olsen, K. Storm & L. Sunde (Børneafdelingen Randers Centralsygehus & Human Genetisk Institut Århus Universitet.**

Tuberøs sklerose skyldes abnorm celleproliferation og abnorm neuron migration og kan afficere næsten alle organer.

Nyere populationsundersøgelser viser en prævalens på ca. 1:10.000. Sygdommen har vidt vidt forskellig ekspressivitet, selv i den samme familie. Diagnosen stilles ved hjælp af karakteristiske kliniske fund, og mange af disse optræder først i løbet af barnealderen. Kun få forandringer er patognomiske for sygdommen.

I trit med, at nye undersøgelsesmetoder er tilgængelige i diagnostisk øjemed, bl.a. MR-scanning af cerebrum og UL-scanning af diverse organer, er de diagnostiske kriterier præciseret og opdeles nu i primære, sekundære og tertiære (E.S. Roach, Ped clin North Am aug 1992).

Tuberøs sklerose er autosomal dominant arvelig. I ca. 50% af tilfældene er der tale om en nymutation. Genetisk er sygdommen kompliceret, og sygdomsgenet eller generne er ikke lokaliseret endnu. Koblingsanalyse har vist, at et locus for tuberøs sklerose er beliggende på kromosom nr. 9, og meget tyder på, at ét locus er lokaliseret på kromosom 11, men endnu flere loci er under mistanke. Human Genetisk Institut i Århus deltager i et større internationalt projekt, hvor man ved hjælp af koblingsanalyser hos klinisk velundersøgte familier med flere genbærere forsøger at løse de genetiske problemer, således at præ- og postnatal diagnostik bliver mulig.

Sommeren 1991 blev der oprettet en patientforening, Dansk Forening for Tuberøs Sklerose.

## VÆKSTHÆMNING HOS BØRN.

C.Joh.Ingomar Petersen(Speciallægepraksis).

Materialet består af 103 børn henvist til en pædiatrisk speciallægepraksis i årene 1974-1991 og alle med en højde, der, på henvisningstidspunktet, var under 3 % percentilen for danske børn. Årsagen til væksthæmningen var: familiær ( 20 %), lav fødselsvægt (6 %), pubertas tarda (13 %), endokrin sygdom ( 7%), lav fødselsvægt og familiær disposition ( 5 %). Hos 49 % var der ingen forklaring. Nævnte grupper blev sammenlignet med hensyn til tidspunkt for væksthæmningens indtræden, væksthastigheden mellem 2 og 10 års alderen og forholdet mellem knoglealder (bedømt a.m. Greulich) og kronologisk alder (benævnt K/A ratio). Hvad angår de to første parametre adskilte grupperne sig ikke signifikant. Derimod var K/A ratio signifikant lavere hos børn med endokrin sygdom (gennemsnitlig 0,61) sammenlignet med børn med familiær væksthæmning (gennemsnitlig 0.83 ) og børn med pubertas tarda (gennemsnitlig 0.76). Sluthøjden blev beregnet a.m. Tanner hos 46 og var hos 33 % normal. Det konkluderes at K/A ratio er af betydning hos ved vurdering af børn med væksthæmning og at prognosen med hensyn til sluthøjden er dårlig.

**CARBOHYDRATE-DEFICIENT GLYCOPROTEIN SYNDROME: TIDLIGE KLINISKE OG PARAKLINISKE MANIFESTATIONER.**

Minna Bloch Petersen, Flemming Skovby, Karin Brostrøm & Helena Stibler (Børneafdelingen Roskilde Amtssygehus; Afsnit for Klinisk Genetik, afd. G GK, Rigshospitalet; Børneafdelingen Centralsygehuset Hillerød; Neurologisk afdeling, Karolinska Sjukhuset, Stockholm, Sverige).

CDG-syndromet, en glykoprotein stofskiftesygdom med markante neurologiske symptomer, er beskrevet hos 29 patienter i alderen 1-48 år (1). Stofskifteforstyrrelsen er karakteriseret ved reduceret kulhydratindhold i de sekretoriske glykoproteiner - mest udtalt for transferrins vedkomne, kvantitativt såvel som kvalitativt. Det abnorme transferrin kan derfor anvendes som markør for sygdommen.

Vi har diagnosticeret CDG-syndromet hos fem børn (2), som alle havde symptomer og visse stigmata inden 6 måneders alderen; fælles for børnene var: dårlig trivsel, sutte/spise problemer, psykomotorisk retardering, slaphed, skelen, inverterede brystvorter, afgrænsede områder med fedtvævshypertrofi/atrofi, påvirket leverfunktion og perikardieksudat(3/5). Leverbiopsi viste steatosis(2/2). CT-skanning af hjernen viste hypoplasi af cerebellum (olivo-ponto-cerebellar atrofi).

CDG-syndromet må således overvejes som årsag til påfaldende dårlig trivsel kombineret med nævnte stigmata og neurologisk dysfunktion i første leveår. Den kliniske diagnose bekræftes ved påvisning af kulhydrat-fattigt-transferrin, disialo- og asialotransferrin (3).

Tilstedeværelsen af sygdommen hos tvillinger af forskelligt køn og af blokemiske afvigelser hos raske forældre tyder på en autosomal recessiv arvegang.

1. Jaeken J, Stibler H, Hagberg B. The Carbohydrate-deficient Glycoprotein Syndrome: A new inherited multisystemic disease with severe nervous system involvement. Acta Paediatr Scand 1991; Suppl 375.
2. Petersen MB, Brostrøm K, Stibler H, Skovby F. Early manifestations of the Carbohydrate-deficient Glycoprotein Syndrome. (accepted for publication in J of Pediatrics).
3. Stibler H, Jaeken J, Kristiansson B. Biochemical characteristics and diagnosis of the carbohydrate-deficient glycoprotein syndrome. Acta Paediatr Scand 1991; Suppl 375: 21-31.



## POLYMERASEKÆDERREAKTION TIL KIGHOSTEDIAGNOSTIK?

N. Birkebæk, K. Skjødt, H.J. Andersen, I. Heron (Børneafdelingen Odense Sygehus, Børneafdelingen Esbjerg Sygehus og Statens Seruminstitut).

Kighostebakterien diagnosticeres ved dyrkning. Der går fra 4-6 dage før svaret foreligger og sensitiviteten er lav, men specificiteten er høj. Direkte antigenpåvisning og serologiske metoder har relativ lav sensitivitet og specificitet. Det er nu muligt at anvende den molekylærbioologiske teknik polymerasekædereaktion (PCR) i kighostediagnostikken. Teknikken er teoretisk meget sensitiv og specifik.

Formålet med aktuelle undersøgelser var at udvikle PCR metoden til kighostediagnostik og sammenligne resultaterne ved PCR diagnostik og diagnostik ved podning.

PCR er en molekylærbioologisk teknik, hvorved et stykke DNA, der er specifik for den mikroorganisme, man undersøger for, kan kopieres en milliard gange i løbet af få timer. PCR produktet kan visualiseres som et specifikt bånd ved elektroforese.

I undersøgelsen vises at der i en vandig opløsning kan diagnosticeres 1-2 kighostebakterier, og det vises at metoden er 100% specifik overfor beslægtede bakterier som bordetella parapertussis og bordetella bronkoseptica. Endelig kontaktes 25 personer, som havde fået påvist kighoste ved podning 4-7 dage forinden. Der blev udtaget ca. 1 ml nasopharyngealsekret. 16 eller 64% af disse personer var kighoste positive ved PCR. Samtidig blev podet fra 13 af disse personer. 5 eller 38% var positive. Den lave genfindingsprocent ved podningen tillægges podningens lave sensitivitet, samt at der var gået 4-7 dage efter den oprindelige podning, og kighostebakteriemængden i nasopharynx derfor var på retur. Det var måske overraskende at ikke alle sekreter var PCR positive. Imidlertid var mange sekreter temmelig viscøse, hvorfor det ikke var muligt at koncentrere dem. Til PCR reaktionen blev kun brugt 5 mikroliter af 1 ml sekret; der var derfor en væsentlig fortyndingseffekt. Hvis DNA indholdet i sekretet kunne ekstraheres ville metoden kunne gøres mere følsom. Det konkluderes 1. At PCR er et muligt alternativ til dyrkning ved kighostediagnostik, - 2. PCR teknikken i den foreliggende form er sandsynligvis mere sensitiv end almindelig kighostedyrkning. - 3. PCR er hurtigere end almindelig kighostedyrkning (4-6 timer mod 4-6 dage).

## 24-TIMERS-ESOFAGUS pH-MÅLING.

A. Lange (Børneafdelingen Århus Kommunehospital)

24-timers måling af pH i den nedre trediedel af esofagus anses i dag for 'den gyldne standard' til diagnostisering af gastro- esophageal-reflux (GER).

Vi udfører målingen med en flexibel monocrystant elektrode (Synetic Medical, Pediatric Monocrystant) med diameter 1mm. Kateteret føres ned gennem næsen og lægges med pH-elektroden i esofagus nedre trediedel. Data opsamles i en mikrocomputer (Memoloc) og resultaterne bearbejdes med et program (Gastrosoft).

GER defineres ved episode med  $\text{pH} < 4$ .

Resultaterne er:

- 1). Reflux Index, den procentvise del af undersøgelsestiden med  $\text{pH} < 4$ .
- 2). Antal episoder med  $\text{pH} < 4$ .
- 3). Antal episoder længerevarende end 5 minutter med  $\text{pH} < 4$ .
- 4). Længstvarende episode med  $\text{pH} < 4$ .

Der er formentlig en aldersafhængig variation i måleresultaterne, således at nyfødte har høje værdier, der falder til de ved 1 års alderen ligger som hos voksne. Det mest benyttede normalmateriale til vurdering af 24-timers pH-måling er udført af Vandenplas (1).

Vi har udført 24-timers pH-måling på 46 børn fordelt på 2 sammenlignelige grupper. Gruppe A bestod af 25 børn henvist med ALTE (Apparant Life Threatening Event), og gruppe B bestod af 21 børn henvist med kliniske tegn på reflux (svær gylpetendens og opkastning). Formålet med undersøgelsen var at vurdere forekomsten af patologiske 24-timers pH-måling hos børn med ALTE, samt at sammenligne resultaterne fra de to grupper.

I gruppe A fandt vi at 80% havde patologisk 24-timers pH-måling vurderet ud fra Vandenplas's normalmateriale. I gruppe B havde 81% patologisk 24-timers pH-måling. Der var ingen forskel på Reflux index eller antal episoder med  $\text{pH} < 4$  i over 5 minutter i grupperne. Der var en tendens mod at gruppe B havde hyppigere og kortere reflux-episoder, mens børnene i gruppe A havde færre og længerevarende reflux-episoder, resulterende i samme reflux-index, men der var ingen statistisk forskel på resultaterne (Mann-Whitney U test).

1. Vandenplas Y, Sacre-Smiths L. Continuous 24-hour esophageal pH monitoring in 285 asymptomatic infants 0-5 month old. J Pediatr Gastroenterolog Nutr 1987; 6: 220-4.

642. møde 8. januar 1993 - Rigshospitalet.

Mødeemne: **ERNÆRING**

Mødet er tilrettelagt og ledes af Kim Fleischer Michaelsen.

### **Program**

1. **Vitamin A status og øjensymptomer hos patienter med cystisk fibrose.** Christian Mørkeberg, Susanne Lanng, Christian Koch, Carsten Edmund, Jan Prause og Kim Fleischer Michaelsen (Forskningsinstitut for Human Ernæring, Den Kgl. Vet. og Landbohøjskole, Børneafdeling GGK, Flyvemedicinsk afd, Øjenpatologisk institut og Øjenafdelingen, Rigshospitalet).
2. **Kan det lave indtag af hvede i 1. leveår forklare den lave forekomst af coeliaki hos danske børn?** Birgitte Weile, Kim Fleischer Michaelsen, Pia S. Larsen, Peter A. Krasilnikof og Gösta Samuelson (Børneafdelingen, KAS Gentofte, Forskningsinstitut for Human Ernæring, Den Kgl. Vet. og Landbohøjskole og Børneafdelingen, Hvidovre Hospital.)
3. **Zinkindtag, zinkstatus og vækst i første leveår; får danske børn for lidt zink ?** Kim Fleischer Michaelsen, Gösta Samuelson, Bo Lönnerdal (Forskningsinstitut for Human Ernæring, Den Kgl. Vet. og Landbohøjskole, Børneafdelingen, Hvidovre Hospital, Børneafdelingen, Norra Älvsborgs Läns Sjukhus, Trollhättan og Department of Nutrition, University of California, Davis).
4. **Psykosociale risikofaktorer for udvikling af overvægt.** Inge Lissau (Institut for Sygdomsforebyggelse, Kommunehospitalet, København og Afsnit for Prospektiv Pædiatri, Børneafd. GGK, Rigshospitalet).

5. **Bioelektrisk impedans som et mål for kroppens fedtmasse: En undersøgelse af danske skolebørn og en evaluering af metoden.** Niels Thomas Hertel, Christian Mølgård, Anders Juul, Kirsten Holm, Kim Fleischer Michaelsen, Jørn Müller (Afd for vækst og reproduktion GR, Rigshospitalet og Forskningsinstitut for Human Ernæring, Den Kgl. Vet. og Landbohøjskole).
  
6. **Er udgiften til danske børns kost afhængig af kostens fedtindhold?** Flemming Skovby, Steen Stender, Johanna Haraldsdottir, Gudrun Rølle, Kim Fleischer Michaelsen, Birgitte Schnack Nielsen og Karin Hess Ygill (Afdeling for Klinisk genetik, børneafdeling GGK, Rigshospitalet, Klinisk Kemisk afdeling, RASK, Køge, Forskningsinstitut for Human Ernæring, Den Kgl. Vet. og Landbohøjskole, Institut for ernæring og biokemi, Danmarks Lærerhøjskole).
  
7. **Betydningen af kostens energitæthed for energiindtaget og væksten hos syv mdr gamle børn.** Kim Fleischer Michaelsen og Pia S. Larsen (Forskningsinstitut for Human Ernæring og Fødevarercentret, Den Kgl. Vet. og Landbohøjskole).
  
8. **En enquete om kostbetinget dårlig trivsel udsendt til børneafdelinger og pædiatrisk speciallæge praksis.** Agnes Pedersen og Kim Fleischer Michaelsen (Centrallaboratorium A, Levnedsmiddelstyrelsen og

## A VITAMIN STATUS OG ØJEN SYMPTOMER VED CYSTISK FIBROSE

J. C. Mørkeberg, K. F. Michaelsen, C. Edmund, J. U. Prause, S. Lannig & C. Koch. (Rigshospitalets Børneafdeling GGK, Øjenafdeling, Flyvemedicinsk Klinik, Øjenpatologisk Institut & Forskningsinstitut for Human Ernæring, Den Kgl. Vet. og Landbohøjskole.

Tidligere undersøgelser har vist at cystisk fibrose patienter kan have A vitamin mangel med natteblindhed (op til 20%) og tørt øje (op til 10%). Endvidere kan A vitamin mangel nedsætte evnen til at modstå og bekæmpe infektioner. Vi undersøgte derfor A vitamin status hos 35 CF patienter med kronisk pulmonal pseudomonas infektion (varighed  $14.4 \pm 3.7$  år, mean  $\pm$  SD). Alder var  $23.7 \pm 5.3$  år, BMI var lavt,  $19.0 \pm 2.3$  kg/m<sup>2</sup>, FEV1 (%) var nedsat,  $51.2 \pm 26.5\%$ . Ialt 29 (83%) var homozygote for  $\Delta F508$  og 9 (26%) havde diabetes mellitus.

A vitamin tilskud variede fra 0 til 10,000 IE/d med middel indtag på  $4673 \pm 2937$  IE/d. S-retinol var normal hos alle,  $2.00 \pm 0.63$  mikromol/l. Mørkeadaptation, målt som mindste luminans reproduceret efter 15 min. i mørke, var normal hos alle, dvs.  $< 2 \times 10^{-5}$  Cd/m<sup>2</sup>. Kontrast sensitivitet blev målt ved 2 luminans niveauer, i modlys, samt som readaptations tiden efter ud-blænding. 54% havde 2 eller flere abnorme tests og dermed abnorm kontrast skelne evne. Tårefilm stabiliteten var abnorm hos 49% (break up time  $< 10$  sec.), tårefilm kvantiteten var nedsat hos 31% (Schirmer-1  $< 5$  mm), og hos 23% fandtes en øget mængde døde celler på øjets overflade (Rose Bengal score  $> 4$ ). 26% havde derfor tørt øje iflg. Copenhagen kriteriet (2 ud af 3 tests abnorme). Ved klinisk patologisk vurdering af conjunctivas cytologi udfra conjunctivale imprints havde 37% tørt øje. Der var ingen morfologi specifik for A vitamin mangel.

Vi fandt en god A vitamin status trods varierende A vitamin tilskud, hvilket kan skyldes god ernæring og optimal pancrease tilskud. Den høje forekomst af tørt øje kan ikke forklares udfra A vitamin mangel. Det vides ikke om de morfologiske forandringer i conjunctiva er et resultat af abnorm tåre vædske osmolalitet og/eller defekt mucin produktion. Ved subjective gener tilbydes viskøse øjendråber.

## KAN DET LAVE INDTAG AF HVEDE I 1. LEVEÅR FORKLARE DEN LAVE FOREKOMST AF COELIACI HOS DANSKE BØRN ?

B. Weile, K.F. Michaelsen, P.S. Larsen, P.A. Krasilnikoff & G. Samuelson. (Børneafdelingen, KAS Gentofte; Forskningsinstitut For Human Ernæring, Den Kgl. Vet. og Landbohøjskole & Børneafdelingen, Hvidover Hospital).

Forekomsten af coeliaci i den danske børnepopulation er meget lavere end i de øvrige europæiske lande. Kostens indhold af gluten er en vigtig faktor for udviklingen af coeliaci. For at vurdere glutenindtaget i 1. leveår hos danske børn, blev kostregistreringer fra en dansk kohorteundersøgelse analyseret med henblik på at beregne indtaget af glutenholdige kornsorter (hvede, rug, byg og havre). De indsamlede data sammenlignedes efterfølgende med tilsvarende data fra Finland og Sverige, hvor incidensen af coeliaci er henholdsvis 3-5 og 30 gange højere end i Danmark. I alle tre lande anbefales det i dag, at hvede først introduceres i kosten efter seks måneders alderen. Hvede indeholder 70 mg gluten/g, rug 6 mg/g, havre 1 mg/g og byg  $\frac{1}{2}$  mg/g, således at glutenindtaget næsten udelukkende er bestemt af hvedeindtaget.

Hvedeindtaget hos danske børn var ubetydeligt ved seks måneders alderen, hvorefter det jævnt steg til 7.9 g ved ni og 17.3 g ved 12 måneders alderen. Til sammenligning var hvedeindtaget hos finske børn noget højere (9 mdr.: 14.8 g; 12 mdr.: 23.3 g), og betydeligt højere hos svenske børn (9 mdr.: 50.6 g; 12 mdr.: 49.0 g). Rugindtaget var i øvrigt højest hos de danske børn (9 mdr.: DK: 18.3 g; SF: 8.6 g; S: 4.3 g).

Vore data støtter hypotesen om, at glutenindtaget i 1. leveår er af betydning for en senere udvikling af coeliaci, også selv om gluten ikke introduceres før seks måneders alderen. Det er muligt, at både introduktionstidspunkt og mængde er af betydning.

## ER ZINKMANGEL ET PROBLEM HOS DANSKE BØRN I SLUTNINGEN AF FØRSTE LEVEÅR?

K.F.Michaelsen, G.Samuelsen, T.W.Graham & B.Lønnerdal (Forskningsinstitut for Human Ernæring & Center for Fødevareforskning, Den Kgl. Veterinær- og Landbohøjskole, Rolighedsvej 25, 1958 Frederiksberg C.

**Formål:** At undersøge zinkindtaget og zinkstatus hos raske børn født til tiden.

**Metode:** 91 børn, der deltog i undersøgelsen "Copenhagen Cohort Study of Infant Nutrition and Growth" blev fulgt fra fødslen til 12 måneders alderen. Zinkindtaget ved 9 måneders alderen blev beregnet fra 5 dages kostregistreringer, der også inkluderede måling af modermælksindtaget ved vejning. Serum zink og erythrocyt metallothionein, som er foreslået som en indikator for zinkstatus, blev målt ved 2, 6 og 9 måneders alderen og den lineære væksthastighed blev målt med et elektronisk knemometer baseret på målinger ved 1, 2, 3, 6, 9 og 12 måneders alderen. Sammenhængen mellem serum zink og lineær væksthastighed blev undersøgt ved ANOVA med køn som kovariat.

**Resultater:** 1) Det mediane zinkindtag (10, 90 percentil) ved 9 måneders alderen var 2,7 mg/d (0,8 mg/d; 4,3 mg/d) hos børn, der blev delvist ammet (n=23) og 4,1 mg/d (2,7 mg/d; 5,4 mg/d) hos børn, der ikke fik modermælk (n=49). Dette er et lavt indtag sammenlignet med "estimated average requirement" på 3,8 mg/d og "lower reference value" på 3,0 mg/d (engelske anbefalinger 1991). 2) Serum zink var 9,1 ved 2 måneders alderen og 10,5 ved 6 måneders alderen og faldt signifikant ( $p < 0,01$ ) til 8,5 ved 9 måneders alderen. Flere studier tyder på, at serum zink værdier stiger langsomt igennem første leveår, således at vi ville have ventet en stigning i serum zink fra 6 til 9 måneder. 3) Serum zink ved 2 måneders alderen var inverst relateret til den lineære væksthastighed i perioden 1 til 2 måneder ( $p = 0,03$ ), mens vi ved 9 måneders alderen fandt en positiv sammenhæng mellem lineær væksthastighed (6 til 9 måneder) og serum zink ( $p < 0,01$ ). Flere undersøgelser har fundet negativ sammenhæng mellem væksthastighed og serum zink i perioder med hurtig vækst. Den positive sammenhæng, vi fandt ved 9 måneders alderen, kunne afspejle en let zinkmangel med væksthæmning. 4) Metallothionein-værdierne faldt signifikant fra 2 til 6 måneders alderen ( $p < 0,01$ ) og igen fra 6 til 9 måneders alderen ( $p < 0,01$ ). Dette tyder på en depletering af zinkdepoter og svarer til det fald, man ser i serum ferritin værdier igennem første leveår.

**Konklusion:** Flere af vores fund tyder på en let zinkmangel i slutningen af første leveår hos ellers raske danske spædbørn. Bevis for zinkmangel kan kun opnås gennem interventionsstudier.

**PSYKOSOCIALE RISIKOFAKTORER FOR UDVIKLING AF OVERVÆGT.****I. Lissau**

Institut for Sygdomsforebyggelse, Kommunehospitalet & Afsnit for Prospektiv Pædiatri 7112, Børneafdelingen GGK, Rigshospitalet.

Tidligere undersøgelser har vist, at overvægt er familiært forekommende (Fatness runs in families). Det skyldes, at overvægt er både arveligt og miljømæssigt betinget. Denne fremstilling koncentrerer sig om de miljømæssige faktorer - nærmere betegnet, de sociale faktorer.

I U.S.A. har man oplevet en kraftig stigning i antallet af overvægtige børn. Overvægt i barnealderen er et problem på grund af somatiske følgetilstande, men også på grund af en tendens til psykiske problemer og social stigmatisering. I en efterundersøgelse af overvægtige børn har Mossberg fundet, at disse allerede i 30-40 års alderen har en betydelig forøget risiko for udvikling af hjertekar sygdomme og sukkersyge i forhold til en kontrol gruppe (1).

Et oversigtsarbejde af Sobal & Stunkard (2) viser, at sammenhængen mellem forældres social klasse og fedme hos deres barn ikke er konsistent, men alle de refererede undersøgelser er tværnsnitsundersøgelser.

Resten af dette resume vil omhandle egne undersøgelser.

Formålet med nedenstående undersøgelse var at analysere sociale risikofaktorer betydning for udvikling af overvægt (90% percentilen af body mass indeks (BMI) (vægt/højde<sup>2</sup> kg/m<sup>2</sup>) i ung voksenalder (mænd: BMI > 25.9 og kvinder BMI > 24.2). Analyserne blev foretaget med logistisk regressionsanalyse med kontrol for body mass index og køn.

Populationen er undersøgt to gange med 10 års mellemrum. I 1974 blev en tilfældig gruppe børn udvalgt ved tilfældig stikprøve blandt skolebørn i 3. klasse i Københavns kommune (3). På det tidspunkt blev begge forældres skoleuddannelse, forsørgerens erhvervs status og boligkvaliteten i opvæksområdet registreret. I 1984-85 blev denne gruppe genundersøgt. Information om højde og vægt blev indhentet. Ved hjemmebesøg opnåedes en deltagerprocent på 86 (4).

Resultaterne af analyserne viste, at hverken forældrenes skoleuddannelse eller forsørgerens erhvervs status havde signifikant effekt på risikoen for at blive/være overvægtig (5). Derimod viste det sig, at boligkvalitet i opvækstområdet havde signifikant betydning ( $P < .0001$ ) - især for risikoen for at blive overvægtig. Boligkvalitet i opvækstområdet var den vigtigste sociale determinant for udvikling af overvægt, også når der i analysen yderligere blev kontrolleret for effekten af begge forældres skoleuddannelse, forsørgerens erhvervs status, body mass indeks i skolealderen og køn.

Konklusionen på undersøgelsen er derfor, at boligkvalitet i opvækstområdet er en stærkere psykosociale risikoparameter for udvikling af overvægt end traditionelle sociale parametre (5).

**Referencer:**

1. Mossberg HO. Lancet 1989;i:491-3.
2. Sobal J & Stunkard AJ. Psychol Bull 1989;105:260-75.
3. Friis-Hasché E. Odontologisk Boghandels Forlag 1981.
4. Lissau I et al. Community Dent Oral Epidemiol 1989;17:109-16.
5. Lissau I & Sørensen TIA. Int J Obes 1992;16:169-75.



**BIOELEKTRISK IMPEDANS SOM ET MÅL FOR KROPPENS FEDTINDHOLD: EN UNDERSØGELSE AF DANSKE SKOLEBØRN OG EN EVALUERING AF METODEN**  
 N.T. Hertel, A. Juul, K. Holm, K.F. Michaelsen & J. Müller. (Afd. for Vækst og Reproduktion, GR 5064, Rigshospitalet og Forskningsinstitut for Human Ernæring, Landbohøjskolen).

Bestemmelse af kropssammensætning hos børn er ud fra mange synsvinkler et interessant emne. Det er imidlertid ikke nemt at anvende meget nøjagtige metoder til bestemmelsen, da disse ofte er komplicerede, tidsrøvende og invasive. Hudfoldmålinger bliver idag anvendt i den daglige klinik, men er behæftet med stor usikkerhed. En nem og mere sikker metode til bedømmelse af kropssammensætning vil derfor være af stor værdi. Bioelektrisk impedans er en nem og noninvasiv omvendt indirekte metode til bedømmelse af kropssammensætning. Ved undersøgelsen måler man kroppens modstand mod en vekselstrøm. Impedans er afhængig af kroppens indhold af elektrolytter, idet strømmen kun ledes af elektrolytterne i den fedtfri masse, på grund af den ringe mængde af elektrolytter i fedtmassen. Formålet med denne undersøgelse var 1) at undersøge impedansmetoden overfor DEXA-scanning og 2) bestemme indholdet af fedt i kroppen på danske skolebørn i alderen 6-16 år. Vi anvendte en Hologic 1000W DEXA-scanner til DEXA-målingerne og en Holtain Body Composition Analyser til impedans-måling. Vi undersøgte 22 personer med både DEXA-scanning og impedans-måling. Derudover undersøgte vi 388 skolebørn. Der fandtes ingen signifikant forskel på måling af fedtprocent ved DEXA-scanning eller impedans-måling. Fedtprocenten for pigerne lå i gennemsnit ca. 21 %. Der var en stor variation i fedtprocenten hos normale piger, hvor fedtprocenten kunne variere fra omkring 10 % til over 40 %. Der var en signifikant stigning i fedtprocenten med stigende alder, betinget af en stigning i de ældre aldersgrupper ( $p < 0.001$ ). Det var i de sene pubertets-stadier at stigningen skete efter at væksthastigheden har toppet i Tanner stadium 2 (se tabel). Drengene havde en gennemsnitlige fedtprocent på ca. 17%, men der var stor variation og ingen signifikant ændring med alder eller pubertetsudvikling. Vi finder at bioelektrisk impedans er en nem og anvendelig metode til bedømmelse af kroppens fedtprocent hos børn og at bioelektrisk impedans er en mulig metode til vurdering af den store biologiske variation i kroppens fedtindhold og hvilken indflydelse endokrine og ernæringsmæssige faktorer har på fedtindholdet i kroppen.

Pubertets stadie	Piger			Dreng		
	BF%	SD	n	BF%	SD	n
1	21.1	7.0	100	17,7	7,3	104
2	21.4	8.9	34	19.5	8.2	25
3	21.3	5.7	25	17.6	8.4	24
4	23.9	7.7	30	12.0	4.8	5
5	27.3	6.8	31	13.2	5.3	10

## ER UDGIFTEN TIL DANSKE BØRNS KOST AFHÆNGIG AF KOSTENS FEDT-INDHOLD?

F.Skovby, S.Stender, J.Haralbsdóttir, G.R.Andresen, K.F.Michael-  
elsen, B.S.Nielsen & K.H.Ygill (Afsnit for klinisk genetik  
børneafdeling GSK Rigshospitalet, Klinisk-kemisk afdeling  
Roskilde Amts Sygehus Køge, Forskningsinstitut for Human  
Ernæring Den Kgl.Vet.og Landbohøjskole, Institut for Ernæring  
og Biokemi Danmarks Lærerhøjskole, Amtssygehuset i Roskilde,  
Ernæringsfysiologisk laboratorium Kommunehospitalet).

Sammensætningen af og udgiften til kost for 30 børn i diætbe-  
handling for familiær hyperkolesterolemia blev sammenlignet med  
værdierne for 105 andre danske børn.

Kostens fedtenergiprocent for børn med og uden kendt familiær  
hyperkolesterolemia var henholdsvis  $23,6 \pm 0,8$  og  $34,5 \pm 0,5$ . Den  
daglige kostudgift per megajoule i disse to grupper var  
 $3,79 \pm 0,12$  kr og  $3,34 \pm 0,05$  kr i 1991 ( $p < 0,001$ ). Udgiften per  
energienhed steg med aftagende fedtenergiprocent ( $p < 0,001$ ).

Konklusion: en reduktion af kostens fedtindhold fra en fedt-  
energiprocent på 35 til 25 kan øge udgifterne 10-20%.

## BETYDNINGEN AF KOSTENS ENERGITÆTHED FOR ENERGI- INDTAGET OG VÆKSTEN I 7 MDRS ALDEREN.

K.F. Michaelsen & P. Sauer Jørgensen. (Forskningsinstitut for Human Ernæring & Center for Fødevareforskning, Den Kgl. Veterinær- og Landbohøjskole, Rolighedsvej 25, 1958 Frederiksberg C).

**Formål:** For at undersøge i hvilken udstrækning spædbørn kan regulere deres energiindtag i forhold til kostens energitæthed, har vi gennemført et interventionsstudie med 7 mdr gamle børn.

**Metode:** 17 børn fik i en 3 ugers periode leveret al kost i hjemmet, i et sortiment svarende til hvad børn normalt spiser i denne alder. Alle levnedsmidlerne var fremstillet i en lavenergi (LE) og en højenergi (HE) udgave. Energitæthederne var valgt således at energitætheden i den samlede kost med henholdsvis LE og HE produkterne repræsenterede ca. 10 og 90 percentilen i danske spædbørns normale kost. Børnene blev randomiseret til at starte med enten LE- eller HE-kost og skiftede til den anden kosttype midt i perioden. Der blev foretaget kontinuerlig kostregistrering med elektronisk vægt i hele forsøgsperioden og i en 5 døgns periode før forsøgets start. Vægt, subkutant fedtlag (triceps og subscapularis) og knæ-hæl længde, med elektronisk knemometer (1), blev målt ved forsøgets start, midt i perioden, ved forsøgets afslutning og igen 10 dage efter forsøgets afslutning.

### Resultater:

Kosten	Før forsøget	Periode med forsøgs kost		LE vs HE
		Lav energitæthed	Høj energitæthed	
Energitæthed (kJ/g)	2.9 ± 0.4	2.3 ± 0.2	3.8 ± 0.2	p < 0.001
Mængde (g/dag)	999 ± 118	1040 ± 144	942 ± 92	p = 0.002
Energi indtag (kJ/dag)	2833 ± 453	2419 ± 395	3525 ± 331	p < 0.001

Væksten	Periode med forsøgs kost		10 dage efter forsøgets afslutning	LE vs HE
	Lav energitæthed	Høj energitæthed		
Vægt (g/dag)	10 ± 18	28 ± 15	17 ± 12	p = 0.02
Knæ-hæl længde (mm/dag)	0.06 ± 0.18	0.23 ± 0.14	0.07 ± 0.13	p = 0.02
Tykkelse af subcutant fedtlag (mm/dag)	-0.09 ± 0.15	0.12 ± 0.14	0.001 ± 0.12	p = 0.002

**Konklusion:** Børnene kan kun i meget begrænset udstrækning regulere deres energiindtag, som følge af ændringer i kostens energitæthed. Forskellene resulterede i markante ændringer i væksthastigheden. Væksten i første leveår har betydning for den senere længdevækst og for sluthøjden. Desuden har væksten i første leveår sandsynligvis også betydning for helbredet senere i livet. I spædbarnsperioden, hvor væksthastigheden er stor, kan en kost med en lav energitæthed derfor få konsekvenser for senere vækst og helbred. Man må derfor være opmærksom på, at kostens energitæthed ikke er for lav i de første leveår og fraråde at der fremstilles "let"-produkter bestemt for børn i denne aldersgruppe.

## KOSTBETINGEDE ÅRSAGER TIL DÅRLIG TRIVSEL.

A.N. Pedersen & K.F. Michaelsen (Levnedsmiddelstyrelsen & Forskningsinstitut for Human Ernæring).

Med baggrund i den offentlige debat om kostrelateret dårlig trivsel hos danske småbørn udførtes i november-december 1992 en enquete på danske børneafdelinger og hos praktiserende børnelæger. Enquetens formål var at belyse opfattelsen af, om dårlig trivsel forårsaget af uhensigtsmæssig kost var et problem. Besvarelsene byggede på et skøn, og er således ikke umiddelbart kvantificerbare. Næsten alle danske børneafdelinger besvarede skemaet, og 2/3 af de praktiserende børnelæger var repræsenterede.

Enqueten viste, at kostrelateret dårlig trivsel hos de 0-3-årige tilsyneladende er et problem af et vist - men tilsyneladende ikke stigende - omfang. Årligt undersøges der et par hundrede børn med kostbetinget dårlig trivsel på børneafdelingerne, og et lignende antal ses i børnelæge praksis. Skønnet er dog usikkert.

Der er mange årsager til kostrelateret dårlig trivsel. Psykosociale problemer er en af de hyppigste årsager. Det kan være spisevægring, hvor det typisk er pligtopfyldende forældre, der presser barnet til at spise, fordi de er bekymrede for, om barnet får nok mad. En anden betydningsfuld årsag er forældrenes omsorgssvigt. En for mager og fiberrig kost er også et problem. Det kan være uvidenhed eller en konsekvens af en selvbestaltet uhensigtsmæssig allergidiæt. Enqueten skal bruges som et diskussionsoplæg om kostrelateret dårlig trivsel hos danske småbørn. Enquetens resultater kan evt. give anledning til yderligere udredning af problemets omfang og årsager. Disse data kunne indgå i baggrunden for fremtidig forældrevejledning, materiale til sundhedspersonale og offentlige ernæringskampagner.

**BETYDNINGEN AF N-3 OG N-6 FEDTSYRER I DEN TIDLIGE SPÆDBARNSKOST FOR SYNSFUNKTION OG UDVIKLING**  
**F.Jonsbo & K.Fleischer Michaelsen.**

**(Neonatalafdeling GN Rigshospitalet & Forskningsinstitut for Human Ernæring).**

De seneste 2 år er der tilkommet ny viden om effekter af langkædede flerumættede fedtsyrer af n-3 og n-6 serierne på for tidligt fødte børns udvikling og synsfunktion. Disse fedtsyrer findes i cellemembranerne i hjernen og i retina, og flere undersøgelser tyder på, at børnene ikke selv kan syntetisere tilstrækkelige mængder af disse fedtsyrer, i en periode hvor hjernen øger sit celleantal eksponentielt. Modermælk indeholder både n-3 og n-6 langkædede flerumættede fedtsyrer, men disse findes ikke i de eksisterende modermælkserstatninger. Hos børn som er født meget for tidligt, og som blev ernæret med modermælkserstatning, har man påvist nedsat synsfunktion de første levemåneder. Disse nye resultater har medført, at der i øjeblikket foregår en intens forskning, for at finde frem til hvilke fedtsyrer man ud fra biologiske og tekniske synspunkter skal tilsætte til modermælkserstatninger, der gives til for tidligt fødte børn. De kommende års forskning, vil muligvis kunne give svar på, om der også hos børn født til tiden, kan udvikles mangelsymptomer, hvis børnene ernæres med modermælkserstatninger uden tilsætning af langkædede flerumættede fedtsyrer i de første levemåneder.

# NovoCare<sup>TM</sup>

NOVO NORDISK SERVICEPROGRAM

**Actrapid<sup>®</sup>**

**Mixtard<sup>®</sup> 30/70**

**Insulatard<sup>®</sup>**

**Norditropin<sup>®</sup> (somatropin)**



Novo Nordisk



**Novo Nordisk  
Farmaka Danmark A/S**

Aslaksvej 3  
2880 Bagsværd  
Tel 4449 0533

7. efteruddannelsesmøde 9. januar 1993 - Rigshospitalet.

**Mødeemne: PÆDIATRISK DERMATOLOGI**

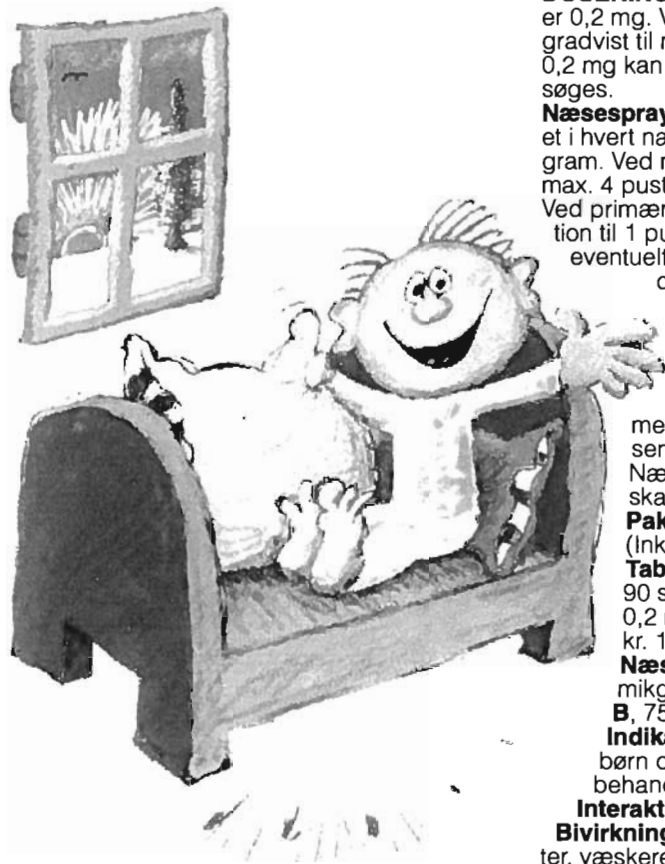
Mødet er tilrettelagt og ledes af Flemming Skovby og Else Svejgaard.

### **Program**

1. **Immunologiske mekanismer og behandlingsprincipper ved atopisk dermatitis.** Kristian Thestrup-Pedersen (Marselisborg hospital).
2. **Seborrhoisk dermatitis og psoriasis.** Kristian Thomsen (Rigshospitalet).
3. **Infektioner og infektionsudløste hudlidelser i barnealderen.** Flemming Brandrup (Odense Sygehus).
4. **Dermatomykoser.** Else Lyngsøe Svejgaard (Rigshospitalet).

# ENURESIS NOCTURNA

Et problem der kan løses



## MINIRIN® (DESMOPRESSIN)

MINIRIN® findes som  
næsесpray og tabletter  
- det eneste peptid i tabletform

- Kompenserer for enuretikernes manglende natlige stigning i ADH<sup>1</sup>.
- Øger urin osmolariteten og nedsætter urinmængden i blæren<sup>2</sup>
- MINIRIN® kan anvendes til langtidsbehandling<sup>1</sup>.

## Produktinformation.

**MINIRIN®** er en syntetisk analog til vasopressin (ADH), hvor den antidiuretiske effekt er flere gange større, og hvor pressor-effekten stort set er elimineret.

**DOSERING: Tabletter:** Anbefalet startdosis er 0,2 mg. Ved manglende effekt øges dosis gradvist til max. 0,4 mg. Ved primær effekt på 0,2 mg kan dosisreduktion til 0,1 mg forsøges.

**Næsесpray:** Anbefalet startdosis er 2 pust, et i hvert næsebor, svarende til 20 mikrogram. Ved manglende effekt øges dosis til max. 4 pust, svarende til 40 mikrogram. Ved primær effekt på 2 pust kan dosisreduktion til 1 pust, svarende til 10 mikrogram, eventuelt forsøges. Af hensyn til indtræden af spontan helbredelse, indskydes behandlingsfrie perioder af 1 uges varighed hver anden til tredje måned.

**MINIRIN®** indtages umiddelbart før sengetid, f.eks i forbindelse med tandbørstningen. Efter indtagelsen bør væskeindtagelse undgås. Næsесprayen skal opbevares i køleskab.

### Pakninger og priser:

(Inkl. 25% moms, exkl. receptgebyr).

**Tabletter:** 15 stk. á 0,1 mg kr. 179,30.  
90 stk. á 0,1 mg kr. 936,45. 15 stk. á 0,2 mg kr. 336,05. 90 stk. á 0,2 mg kr. 1820,30.

**Næsесpray:** Næsесpray 5 ml, 10 mikg/dosis kr. 484,25. **Tilskud:** udlv.: B, 75% tilskud.

**Indikationer:** Enuresis nocturna hos børn over 7 år, hvor ikke-medikamentel behandling har været uden effekt.

**Interaktioner:** Ingen kendte.

**Bivirkninger:** Hovedpine, abdominalsmerter, væskeretention, hyponatriæmi.

### Referencer:

1) S. Rittig et al. Long-term double-blind cross-over study of desmopressin intranasal spray in the management of nocturnal enuresis. Proceedings of an international symposium held at the Royal College of Physicians, London, 1988. s. 43

2) D.A. Rew and J.S.H. Rundle. Assessment of the safety of regular DDAVP therapy in primary nocturnal enuresis. Brit. J of Urology. 1989; 63: s. 352-353.

## FERRING A/S

Indertofte 10, 2720 Vanløse,  
Tlf: 31 71 19 32



643. møde 5. marts 1993 - Rigshospitalet.

Mødeemne: **ULANDSPÆDIATRI, INDVANDRERE OG FLYGTNINGE**

Mødet er tilrettelagt og ledes af F. Karup Pedersen.

### **Program**

- \* ) 1. **Importerede sygdomme og ulandspædiatri: betydning og perspektiver.** F. Karup Pedersen (Rigshospitalets børneafdeling)
- \* ) 2. **Sygdomsspektret hos indvandrerbørn og konsekvenserne heraf for et evt. screeningsprogram.** F. Karup Pedersen (Rigshospitalets børneafdeling)
- \* ) 3. **Resultater af lægeundersøgelser af børn af asylansøgere i Danmark.** Anne-Mette Mygh (Dansk Røde Kors's asyldeling)
- 4. **Tropemedicinske diagnoser hos børn indlagt på Rigshospitalets epidemiafdeling i en 10 års periode.** Ib Bygbjerg (Epidemiafdeling M, Rigshospitalet).
- 5. **Akutte respirationsvejsinfektioner (ARI) på Børnehospital nr. 1 i Ho Chi Minh City, Vietnam: klinik, ætiologi og behandling.** Carl Grytter (Børneafdelingen, Esbjerg)
- \* ) 6. **ARI på Børnehospital nr. 1 i Ho Chi Minh City, Vietnam: ætiologiske, bakterielle patogener og deres resistensforhold.** Jørgen Prag (Klinisk mikrobiologisk afdeling, Rigshospitalet)
- 7. **Otologiske problemer hos børn i Sydvietnam.** Viggo Balle (Øre-næsehalsafdelingen, Københavns Amts Sygehus i Gentofte)
  
- \* Abstract ikke modtaget.

TROPEMEDICINSKE DIAGNOSER HOS BØRN PÅ RIGSHOSPITALET'S EPID.AFD.  
&  
HVILKE TROPESYGDOMME BØR KUNNE DIAGNOSTICERES OG BEHANDLES PÅ  
DANSKE BØRNEAFDELINGER

Ib Bygbjerg, Epidemiafdeling M, Rigshospitalet.

I perioden 1975 - 86 indlagdes og undersøgte ca. 3400 personer for sygdomme erhvervet udenfor Danmark, overvejende infektiøse. Ca. 700 var danskere, resten udlændinge. Blandt udlændingene dominerede flygtninge fra Vietnam, hvoraf 40 % var børn. Hos disse havde næsten 100 % lus, ca. 50 % fnat, ca. 25 % andre hudinfektioner. Over 60 % havde behandlingskrævende intestinale parasitter, 50 % havde 2 eller flere, hyppigst spistolm, piskeorm og hageorm; 1 % havde den potentielt alvorlige Strongyloides stercoralis. Ca. 3 % havde malaria. 5 - 10 % af børn 5 - 10 år gamle var HBs antigen bærere. Knap 1 % havde glukose-6-fosfat-dehydrogenase-mangel.

\*

Iflg. Sundhedsstyrelsens vejledning vedr. lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet henvises svære eller særlige tilfælde af tropesygdomme til infektionsmedicinske afdelinger, f. eks. malaria, amøbedysenteri, bacillær dysenteri og tyfus-paratyfus.

Hæmoglobinopatier og hæmolytisk anæmi henvises til hæmatologiske afdelinger.

De fleste af de i det ovennævnte resume omtalte sygdomme skulle således kunne håndteres udenfor infektionsafdelinger, og dermed også på pædiatriske afdelinger.

Infektioner som kræver behandling med specielle præparater, der ikke er indregistrerede i Danmark, bør henvises til infektionsafdelinger med tilladelse til og erfaring i at anvende disse.

Imidlertid bør alle pædiatriske afdelinger kunne stille diagnosen på potentielt livstruende infektioner som malaria, amøbiasis, dysenteri, tyfus og strongyloidiasis.

Sundhedsstyrelsen understreger, at det er landsdelsafdelingernes opgave at sikre udnyttelsen af mulighederne for at patienterne i videst muligt omfang følges lokalt, under hensyn til den faglige kvalitet.

AKUTTE RESPIRATIONSVEJSINFEKTIONER (ARI) PÅ BØRNEHOSPITAL NR. 1 I HO CHI MINH CITY, VIETNAM: KLINIK, ÆTIOLOGI OG BEHANDLING.

C. Grytter (Pædiatrisk afdeling, Esbjerg Centralsygehus).

Med det formål at forbedre behandlingen af ARI på Børnehospital nr. 1, omkringliggende provins- og distriktshospitaler og i den primære sundhedstjeneste i regionen, er der etableret et videnskabeligt samarbejde mellem børnehospitalet, Dansk Vietnamesisk Forening og DPS. I foredraget refereres præliminære resultater fra den del af samarbejdsprojektet, der omfatter en deskriptiv undersøgelse af indlagte og ambulante børn under 5 år behandlet for pneumoni på børnehospitalet. Hovedvægten er lagt på bakteriel ætiologisk udredning og beskrivelse af resistensmønstre overfor antibiotika, for derved at muliggøre rekommandationer for blind antibiotikabehandling.

I det første projektår undersøgte 697 børn. Iføle WHO's kriterier havde 65% svær eller meget svær pneumoni og 7% var svært underernærede. Mortaliteten var 7,0%. Der var vækst af bakterier i 40% af alle trachealsekreter, ved meget svær pneumoni i 68% af tilfældene. Bloddyrkning var positiv hos 4,8% af børn med svær og meget svær pneumoni. I trachealsekreterne fandtes hyppigst pneumokokker. S.aureus og K.pneumoniae, sjældnere H.influenzae, P.aeruginosa, Branhamella og E.coli. Der fandtes generelt resistens overfor sulfotrim, der af WHO anbefales til primær behandling uden for hospital. Endvidere fandtes penicillinresistente pneumokokker, ampicillinresistente H.influenzae (57%), meticillinresistente S.aureus (35%) og multiresistente klebsiella. Resistens mod vancomycin og ciprofloxacin hos relevante bakterier fandtes ikke. Materialet er endnu ikke komplet, undersøgelsen vil først blive afsluttet om 1 år. Yderligere mikrobiologiske undersøgelser af resistensforholdene, bakterietypninger samt udvidelse af materialet med flere ambulante børn er nødvendigt, før der kan gives antibiotikarekommandationer.

## OTOLOGISKE PROBLEMER HOS BØRN I SYDVIETNAM.

V. Balle (Øre-næse-halsafdeling E, Københavns amts sygehus i Gentofte)

Pediatric Hospital nr. 1 er et af HCM-City's store børnehospitaler. Øre-næse-halsafdelingen har 40 senge. Der er tilknyttet 10 læger og 25 sygeplejersker. Der er 6 dages arbejdsuge.

Undertegnede har arbejdet i en periode i 1991 og igen ved årsskiftet 1992/93 som en del af ARI-projektet (acute respiratory infection program).

I 1991 var indlagt 1359 patienter med ialt 10.663 sengedage. Der var desuden et meget stort ambulatorium.

Sygdomsspektret adskiller sig fra det, som kendes fra en dansk øre-næse-halsafdeling, idet der er langt flere komplikationer til akut og kronisk mellemørebetændelse. Komplikationerne er svære og intrakranielle abscesser, meningitter og thrombophlebitter i hjernens store sinuser er almindeligt forekommende.

Hyppig årsag til indlæggelse er fremmedlegemer aspireret til larynx og tracheobronchealtræet samt store fremmedlegemer i oesophagus samt oesophagusætsninger.

For at undgå komplikationer til den utidssvarende makrokirurgi er der indført mikrokirurgiske procedurer, takket være bl.a. donationer fra Dansk Vietnamesisk Forening, som har skænket operationsmikroskop, mikroinstrumenter og laryngoskopiinstrumenter til øreafdelingen. Danida har afholdt udgifterne til ARI-projektet samt til træning, instruktion, studieophold, kurser og lærebøger for 6 vietnamesiske læger og 1 sygeplejerske.

Konsekvensen af investeringen på ca. 1/4 mill. danske kroner er færre komplikationer til de udførte indgreb, færre indlæggelser, bedre diagnostik og øget faglig tilfredshed for personalet.

---

# Velkendt klinisk effekt og lav bivirkningsrisiko i terapeutiske doser!

**D**ette gælder generelt for alle inhalationssteroider. Principielt er behandlingseffekten den samme. Men der kan være forskel på bivirkningssiden. Med Spirocort® (budesonid) opnår du en høj first pass-metabolisme, hurtig inaktivering og kort halveringstid - de afgørende faktorer for en god bivirkningsprofil.

## Kan man forlange mere?

 Spirocort® (budesonid)

8. efteruddannelsesmøde 6. marts 1993 - Rigshospitalet.

Mødeemne: **ULANDSPÆDIATRI, INDVANDRETBØRN OG FLYGTNINGEBØRN**

Mødet er tilrettelagt og ledes af F. Karup Pedersen.

### **Program**

1. **Screeningsprogram for indvandrerbørn.** F. Karup Pedersen (Rigshospitalets børneafdeling)
2. **Hvilke tropemedicinske sygdomme bør kunne diagnosticeres og behandles på danske børneafdelinger?** Ib Bygbjerg (Epidemiafdelingen, Rigshospitalet.)
3. **Sundhedsrådgivning af ulandsrejsende familier med børn.** F. Karup Pedersen (Rigshospitalets børneafdeling)
4. **WHO's ARI program. Principper for diagnose og behandling i primær og sekundær sundhedstjeneste. Relevans af principperne under danske forhold.** Carl Grytter (Børneafdelingen, Esbjerg)
5. **WHO's diarréprogram. Principper for diagnose og behandling i primær og sekundær sundhedstjeneste. Relevans af principperne under danske forhold.** Kåre Mølbak (Statens Seruminstitut)
6. **WHO's essential drug program. Principper for diagnostik og behandling i primær og sekundær sundhedstjeneste. Relevans af principperne under danske forhold.** Flemming Ørnskov (Rigshospitalets børneafdeling)

# Ja!

**D**in astmapatient kan forlange den størst mulige lungedeponering. Selvom du behandler med markedets bedste præparater, får du kun optimale resultater, hvis medicinen kommer ned, hvor den skal virke: Nemlig i lungerne.

Administreres Spirocort® (budesonid) via Turbuhaler®-systemet betyder det, at din patient får en lungedeponering på 25-30% af den afmålte dosis (ref. 1).

Dette er grunden til, at et behandlingsskift fra nebulator med spray til Turbuhaler® kan give mulighed for en dosis-reduktion på op til 50% (ref. 2). Det kan der også spares penge på.



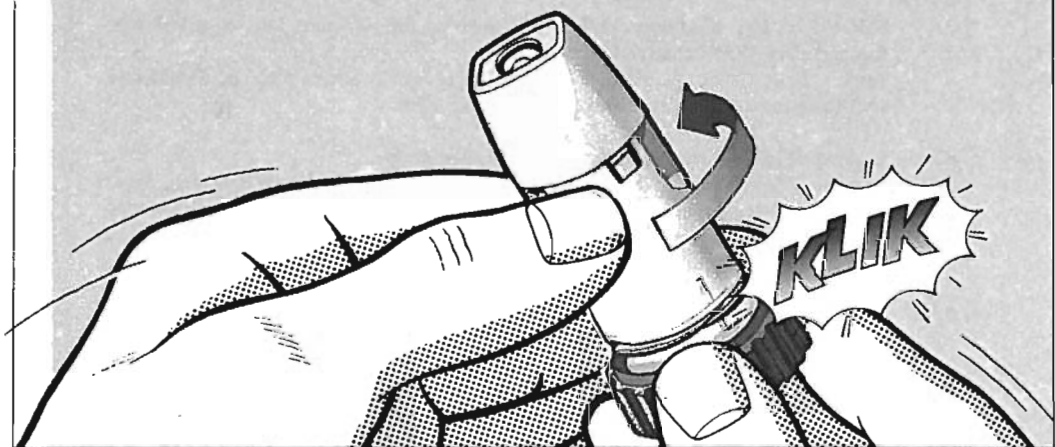
Turbuhaler®



Dosisaerosol



## Spirocort® (budesonid) Turbuhaler®



**Spirocort® (budesonid) Turbuhaler®. Egenskaber:** Kortikosteroid til lokal anvendelse i luftvejene. Giver dosisafhængig forbedring af lungefunktion og astmasymptomer i dosisområdet 100-1600 µg. Effekt indtræder normalt i løbet af 10 dage. **Indikationer:** Forebyggelse af astma bronkiale. **Dosering:** Voksne: Individuel, sædvanligvis én inhalation (200 µg) 2 gange daglig. I svære tilfælde og i den initiale fase af astma bronkiale samt under nedtrækning med perorale steroider kan doseringen forhøjes til 400-800 µg 2 gange daglig. Børn over 6 år: Individuel, sædvanligvis én inhalation (100 µg) 2 gange daglig. Initialt kan gives op til 200 µg 2 gange daglig. Dosis tages med en dyb og kraftig indånding. Munden skylles efter inhalation med vand og vandet spyttes ud. **Kontraindikationer:** Ingen. Forsigtighed tilrådes ved anvendelse til gravide samt ved lungetuberkulose. **Bivirkninger:** Alvorlige bivirkninger er ikke rapporteret. Let halsirritation, hæshed, candidainfektion samt paradoks bronkospasme kan ses. **Pakninger og priser pr. 1.10.93:** Spirocort® Turbuhaler® 100 µg/dosis 200 doser: 268,45 kr., 200 µg/dosis 200 doser: 464,10 kr., 200 µg/dosis 100 doser: 258,45 kr., 400 µg/dosis 100 doser: 428,55 kr., 400 µg/dosis 200 doser: 770,05 kr. **Udlevering:** B. Tilskudsberettiget, afsnit I (75%). **Ref. 1:** Accepteret for publikation i Eur. Respir. J. 1993. L. Borgström et al. Lung deposition of budesonide inhaled via Turbuhaler®. A comparison with terbutaline sulphate. **Ref. 2:** Arch. Dis. Child. 1993; 68: 130-133. L. Agertoft og S. Pedersen. Importance of the inhalation device on the effect of budesonide

**ASTRA**  
viden læger bedre

644. møde 22. maj 1993 - Sonnerup Gods, Hvalsø

Vårnæmde tilrettelagt af børneafdelingen, Roskilde

### Program

- \*<sup>1</sup>) **1. Audiologisk vurdering af risikobørn i Roskilde Amt.**  
Torsten Johnsen (Øre-næse-halsafdelingen, Amtssygehuset, Roskilde).
- \*<sup>2</sup>) **2. Ultralydskanning i pædiatrien.**  
Niels Juul (Røntgenafdelingen, Amtssygehuset, Roskilde).
- 3. Urinvejsinfektion-retrospektiv opgørelse.**  
Annebeth Rosenvinge Skov (Børneafdelingen, Amtssygehuset Roskilde).
- \*<sup>4</sup>) **4. Primær cilie dyskinesi.**  
Mogens Pedersen (Børneafdelingen, Amtssygehuset Roskilde).
- 5. RS-virus infektion hos børn  $\leq$  3 måneder gamle.**  
Bigitte Friis (Børneafdelingen, Amtssygehuset Roskilde).
- 6. To sygehistorier**  
A. Stense Farholt (Børneafdelingen, Amtssygehuset, Roskilde).  
B. Minna Bloch Petersen (Børneafdelingen, Amtssygehuset, Roskilde).
- \*<sup>7</sup>) **7. S-IGF-I og IGF-bindingsprotein 3 hos børn og unge med vækst- og udviklingsforstyrrelser: Klinisk anvendelighed?**  
Anders Juul, Katharina Main, Thomas Hertel, Jørn Müller, Niels E. Skakkebæk.  
(Afdeling for vækst og reproduktion, Rigshospitalet).
- 8. Kawasaki i Danmark - en retrospektiv undersøgelse.**  
Susanne Bülow, Uffe Stender Hansen, Dorthe Hansen, Freddy Karup Pedersen, Troels Herlin, Joes Ramsøe, Jacobsen, Jens Dørup (Børneafdelingen, Rigshospitalet. Børneafdelingen, Århus Kommunehospital. Børneafdelingen, KAS, Glostrup. Medicinsk Cellebiologi, Anatomiske Institutter, Århus Universitet).
- \*<sup>9</sup>) **9. CRP - Klinisk anvendelighed i børneafdelingen.**  
Eva Fog, Hans Jørgen Philipsen, Elisabeth Brenøe (Børneafdelingen, Amtssygehuset Roskilde).
- 10. Mannan-bindende proteinmangel - en ny årsag til recidiverende infektioner.**  
Marianne Skov, Mogens Pedersen, Dorthe Hansen, Peter Garred, Christian Koch (Børneafdelingen, Rigshospitalet).
- 11. Seksuelt overgreb mod børn.**  
Kirsten Moesgaard, Henrik Sardemann (Børneafdelingen, Amtssygehuset Roskilde).
  
- \*<sup>1</sup>) Abstract ikke modtaget.



## BILLEDDIAGNOSTIK VED URINVEJSINFEKTION HOS BØRN

A. Rosenvinge Skov, M. Bloch Petersen (Børneafdelingen, Roskilde Amtssygehus)

Flere studier af børn med urinvejsinfektion (UVI) har vist prævalenser af radiologiske abnormiteter fra 25-55%, medens særskilt vesicoureteral reflux (VUR) angives med prævalenser fra 8-53%.

Den urologiske evaluering af børn med urinvejsinfektion er opgjort retrospektivt ved journalgennemgang. Ultralydsundersøgelse (UL), rtg-oversigt over abdomen (OOA) og miktionscystourethrografi (MCU) indgår rutinemæssigt i udredningen afhængig af alder. Som supplerende undersøgelser foretages i.v. urografi (IVU) og scintigrafi (DMSA/DT-PA) ved speciel indikation.

Inkluderet blev alle børn med 1. gangs henvisning i 1991 pga. mistanke om urinvejsinfektion. I alt indgik 46 ptt., 23 drenge og 23 piger, median alder 1,72 år (range 0.01-13,24 år). Der blev foretaget 101 billeddiagnostiske undersøgelser hos 43 ptt. (se fig. 1). I alt 13 undersøgelser (12,9%) hos 9 ptt var patologiske: 6 MCU, 3 UL, 2 IVU, 1 DTPA, 1 DMSA. I alle 6 tilfælde med reflux fundet ved MCU var UL normal. Refleksgraden var let; kun hos en enkelt pt. fandtes op til gr. III reflux. Samtlige OOA (19) var uden patologiske fund.

Kun ca. 40% af ptt gennemgik det billeddiagnostiske udredningsprogram, som gældende instruks foreskriver. Stort set alle børn gennemgik den foreskrevne UL, hvorimod kun ca. 1/2-delen fik foretaget hhv. MCU og OOA, som foreskrevet.

Samlet fås således en prævalens af radiologisk abnormitet i urinvejene til ca. 20% og særskilt VUR til ca. 11%, hvilket ikke afviger betydeligt fra andres resultater. Tilbage står spørgsmålet, om gennemførelsesprocenten på kun 40 spiller en afgørende rolle for vores fund af patologi.

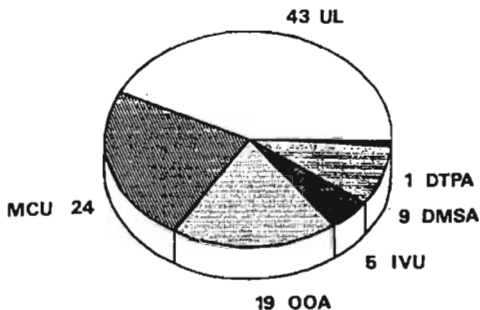


Fig. 1 Fordelingen af ialt 101 billeddiagnostiske undersøgelser

## RS-VIRUS INFEKTION HOS BØRN < 3 MÅNEDERS ALDEREN.

B.Friis (Børneafdelingen Roskilde Amtssygehus).

Børn med RS-virus infektion i alderen 0-3 måneder (præmature korrigeret alder) er registreret prospektivt fra 1986 til 1993 mht. behov for NCPAP eller respiratorbehandling, forekomst af pulmonale røntgenologiske forandringer og anvendelse af antimikrobiel behandling. Fra 1988 har vi brugt et klinisk scoringssystem, hvori indgår daglig registrering af ilttilskud,  $t\text{P}\text{O}_2$ , og  $t\text{P}\text{C}\text{O}_2$  eller kapillær  $\text{P}\text{C}\text{O}_2$ . Der er fastlagt kriterier for NCPAP ( $\text{P}\text{C}\text{O}_2 > 7,1$  kPa,  $\text{F}\text{I}\text{O}_2 > 40$ , respirationsfrekvens  $> 80/\text{min}$ . eller apnøtilfælde). Der er fastlagt indikation for behandling af risikobørn med Ribavirin givet i ca. 3 døgn via højtryksforstøver (SPAG) samtidig med NCPAP. Der indgår 100 børn (45 piger, 55 drenge) i opgørelsen, deraf 85 børn med dagligt score. RS-virus infektionens sværhedsgrad er bedømt ud fra max. score, der er registreret, antal dage der gik til score var 5 eller derunder, og antal dage der blev givet NCPAP.

65 af 100 børn krævede NCPAP. 12 af disse blev også behandlet med Ribavirin. 4 var også i respirator. 35 havde ikke behov for NCPAP.

	NCPAP (N41)	NCPAP + Ribavirin (N12)	÷ behandling (N32)
NCPAP-dage (mean (SD))	6,9 (2,8)	8,5 (2,1)	
Dage før score $\leq 5$ (mean (SD))	6,7 (1,97)	8,6 (2,54)	2,7 (1,36)
Max. score median (range)	15 (9-22)	17 (13-23)	9 (2-16)

90 børn fik taget røntgen af thorax. 37 havde lungeinfiltrater eller atelektaser. Blandt NCPAP-behandlede børn var der ingen forskel i hyppigheden af positive eller negative røntgenfund. Blandt børn, som ikke havde behov for NCPAP, havde kun få lungeinfiltrater.

35 af 100 børn fik antibiotisk behandling, heraf 23 med lungeinfiltrater. Halvdelen af de NCPAP-behandlede børn fik antibiotika.

Et scoringssystem til daglig registrering er et godt redskab til at bedømme sygdomsudvikling og -stadiet i RS-virus infektionen. Varighed af NCPAP var ikke fastlagt på forhånd. I vort system er erfaringsmæssigt score på  $\leq 5$  tegn på, at børnene er ved at være raske. Dette viste sig at være sammenfaldende med ophør med NCPAP-behandling.

## EN SYGEHISTORIE:

### ET TILFÆLDE AF RHABDOMYOLYSE OPSTÅET I FORBINDELSE MED ORNITOSE.

S. Farholt (børneafdelingen, Roskilde Amts Sygehus).

Rhabdomyolyse er en tilstand med abnormt stort henfald af skeletmuskulatur, som kan forårsages af bl.a. alkoholmisbrug, traumer og infektioner.

Aktuelle sygehistorie drejer sig om en iøvrigt rask 14 årig dreng, som indlægges akut efter 5 døgn varende og tiltagende symptomer i form af hovedpine, svimmelhed, sløvhed, temperaturforhøjelse, diffuse muskelsmerter og mørkfarvet urin.

Ved indlæggelsen findes drengen dårlig. Er sløv, let konfus og højfebril. Der er muskulær ømhed ved berøring og ved bevægelse. Dybe senereflekser kan ikke fremkaldes. Urinen er mørkfarvet. I løbet af de første indlæggelsesdøgn er drengen fortsat højfebril. Der udvikles diffus let konsistensforøgelse og nedsat kraft af muskulaturen samt respirationssynkroner smerter. Rtg. af thorax viser højresidigt infiltrat. Oplysning om dværgvagtet med diarree i hjemmet. "Ornitose-titre" viser mere end 4-fold stigning. Udtalt myoglobinuri. Blodprøver viser forhøjede akutte fasereaktanter, creatinphosphokinase (CPK)(tårnhøj), aldolase, ALAT og LDH. S-Na<sup>+</sup> lige under og s-K<sup>+</sup> lige over normalniveauet. Muskelbiopsi viser forandringer forenelige med rhabdomyolyse. Alle øvrige relevante undersøgelser normale.

Diagnosen rhabdomyolyse stilles ved hjælp af det kliniske billede (svækket muskelkraft; ømme, ødematøse og smertefulde muskler; hypoktive dybe senereflekser og evt. mørkfarvet urin) samt forhøjet CPK og/eller myoglobinuri. Forløbet er ofte godartet, og behandlingen rettes mod den tilgrundliggende årsag.

Ornitose forårsages af bakterien *Chlamydia psittaci*. Sygdomsbilledet varierer fra influenza-lignende sygdom til pneumoni med svært medtaget almentilstand. Diagnosen stilles ved hjælp af det kliniske billede, anamnese (fuglekontakt) og påvisning af antistoffer rettet mod *Chlamydier*. Behandlingen er erythromycin eller tetracyclin. Forløbet ofte godartet.

Drengens sygdom opfattes som et tilfælde af rhabdomyolyse udløst af ornitose, hvilket er yderst sjældent forekommende. Der gives erythromycin. Tilstanden bedres i løbet af 1. indlæggelsesuge. Dog resterer svækket muskelkraft, hvorfor drengen går til genoptræning i et halvt år. Herefter fuldt restitueret og uden sequelae.

## CARBOHYDRATE-DEFICIENT GLYCOPROTEIN SYNDROME: TIDLIGE KLINISKE OG PARAKLINISKE MANIFESTATIONER.

M.Bloch Petersen, F.Skovby, K.Brostrøm & H.Stibler (Børneafdelingen Roskilde Amtssygehus, Afsnit for Klinisk Genetik, afd. GKG, Rigshospitalet, Børneafdelingen Centralsygehuset Hillerød & Neurologisk afdeling, Karolinska Sjukhuset, Stockholm, Sverige).

CDG-syndromet, en glykoprotein stofskiftesygdom med markante neurologiske symptomer, er beskrevet hos 29 patienter i alderen ½-48 år (1). Stofskifteforstyrrelsen er karakteriseret ved reduceret kulhydratindhold i de sekretoriske glykoproteiner - mest udtalt for transferrins vedkomne, kvantitativt såvel som kvalitativt. Det abnorme transferrin kan derfor anvendes som markør for sygdommen.

Vi har diagnosticeret CDG-syndromet hos fem børn (2), som alle havde symptomer og visse stigmata inden 6 måneders alderen; fælles for børnene var: dårlig trivsel, sutte/spise problemer, psykomotorisk retardering, slaphed, skelen, inverterede brystvorter, afgrænsede områder med fedtvævshypertrofi/atrofi påvirket leverfunktion og perikardieeksudat(3/5).Leverbiopsi viste steatosis(2/2). CT-skanning af hjernen viste hypoplasi af cerebellum (olivo-ponto-cerebellar atrofi).

CDG-syndromet må således overvejes som årsag til påfaldende dårlig trivsel kombineret med nævnte stigmata og neurologisk dysfunktion i første leveår. Den kliniske diagnose bekræftes ved påvisning af kulhydrat-fattigt-transferrin, disialo- og asialotransferrin (3).

Tilstedeværelsen af sygdommen hos tvillinger af forskelligt køn og af biokemiske afvigelser hos raske forældre tyder på en autosomal recessiv arvegang.

1. Jaeken J, Stibler H, Hagberg B. The Carbohydrate-deficient Glycoprotein Syndrome: A new inherited multisystemic disease with severe nervous system involvement. Acta Paediatr Scand 1991; Suppl 375.
2. Petersen MB, Brostrøm K, Stibler H, Skovby F. Early manifestations of the Carbohydrate-deficient Glycoprotein Syndrome. (accepted for publication in J of Pediatrics).
3. Stibler H, Jaeken J, Kristiansson B. Biochemical characteristics and diagnosis of the carbohydrate-deficient glycoprotein syndrome. Acta Paediatr Scand 1991; Suppl 375: 21-31.

## KAWASAKI'S SYGDOM HOS BØRN I DANMARK I PERIODEN 1981-1990.

S.M.Bülöw, U.S.Hansen, D.Hansen, F.K.Pedersen, T.Herlin, J.R.Jacobsen & J.Dørup. (Børneafdelingerne: GKG Rigshospitalet, Randers Centralsygehus, Københavns Amts sygehus Glostrup, Århus Kommunehospital & Institut for Medicinsk Cellebiologi, De Anatomiske Institutter Århus Universitet).

I den 10 årige periode blev 101 patienter registreret under diagnosen Kawasaki's sygdom (Mukokutant Lymfeknude syndrom). Undersøgelsen er retrospektiv med registrering af data ved hjælp af et ensartet journaloplysningsskema. 96 journaler med diagnosen var registreret i Landspatientregisteret og 5 i Rigshospitalets Kardiologiske Ambulatorium. To journaler kunne ikke fremskaffes. 89 af de 99 børn opfyldte de kliniske diagnostiske kriterier. Den gennemsnitlige årlige incidens var 9 børn svarende til 1 per 100.000 børn per år. Kønsratio dreng:pige var 1,1:1. Aldersmæssigt sås sygdommen med jævnt aftagende hyppighed indtil ca. 7 års alderen, hvorefter den var meget sjælden. Der var ingen årstids- og geografisk variation. 88 børn havde 6 eller 5 af de kliniske symptomer og 1 barn havde 4 symptomer og koronararterie forandringer. Laboratoriemæssigt fandtes forhøjet Sænkingsreaktion, leukocytose, trombocytose, samt forhøjet ALAT og ASAT. 66 af de 89 børn var blevet ekkokardiograferet. 9 børn fik påvist koronararterie forandringer, 2 af disse havde kardiell ektasi og 1 havde ekg-forandringer. Kønsfordelingen var 6 drenge og 3 piger. De 6 af børnene med aneurismer var under 2 år og hos 6 forsvandt forandringerne i observationsperioden. De 9 børn med aneurismer blev sammenlignet med de 57 børn uden aneurismer, som var blevet ekkokardiograferet. De havde signifikant ( $p < 0,05$ ) længere febervarighed, højere leukocytal og lavere hæmoglobin. Det kan muligvis være udtryk for, at de har tilhørt en gruppe med et klinisk sværere sygdomsforløb. Der var ingen tilfælde af myokardie infarkt eller andre kardielle komplikationer til aneurisme dannelsen. I hele perioden blev anvendt acetylsalicylsyrebehandling og siden 1987 desuden immunglobulin. Undersøgelsen tyder på at sygdommen er sjældnere, at de kliniske manifestationer er mildere og at hyppigheden af koronararterie aneurismer er lavere i Danmark end i udlandet. Langtidsprognosen er forsat uafklaret.

## KAN EN PUNKTMUTATION I GENET FOR MANNAN-BINDENDE-PROTEIN (MBP) ASSOCIERES TIL RECIDIVERENDE INFEKTIONER HOS BØRN?

M.Skov, D.Hansen, M. Pedersen, P.Garred & C.Koch. (Børneafdelingen Rigshospitalet, børneafdelingen KAS Glostrup, børneafdelingen Roskilde Amtssygehus, vævstypelaboratoriet Rigshospitalet & børneafdelingen Rigshospitalet.)

I 1968 fandtes hos en 3-årig pige med dermatit, diare og recidiverende infektioner en plasmaassocieret fagocytose og opsoniseringsdefekt. Opsoniseringsdefekten er nært relateret til komplementsystemet, - og korrelationen mellem lav koncentration af MBP og serums opsonisering blev endelig klarlagt i 1989. MBP er et serumprotein, som dannes i hepatocytterne. Det er at betragte som en akut fasereaktant.

Ultrastrukturelt har MBP lighed med komplementfaktor C1q, lungesurfaktant SP-A og D samt konglutinin.

MBP aktiverer komplementsystemet via den klassiske aktiveringsvej ved at binde sig til mannose-rige overflader på mikroorganismer. Ligesom C1q kan MBP aktivere C1r og C1s - og dermed hele den klassiske aktiveringsvej, medførende opsonisering og fagocytose. Endvidere kan MBP bindes til C1q-receptoren, som findes på en række celler (endotelceller, fibroblaster, B- og T-lymfocytter, monocytter, makrofager) og udløse fagocytose. Genet, som koder for MBP, er lokaliseret til den lange arm på kromosom 10. Der er tale om en basemutation (GGC til GAC).

Nedarves formentlig autosomal dominant.

Fra lungeambulatoriet, børneafd. Rigshospitalet, blev der udfra 572 journaler udvalgt 91 børn, som opfyldte inklusionskriterierne (fulgt min. 2 år hver måned, recidiv. pneumoni/ kronisk bronkit/ kronisk strukturelle forandringer). Ekskluderet blev børn med kendt lungesygdom (CF, astma, PCD, CGD, immundefekt, anatomisk defekt som forklarer luftvejslidelse).

27 indgik i undersøgelsen. På blodprøver blev der målt MBP-koncentration ved EIA og fortaget DNA-analyse vha. PCR-teknik. Genhyppigheden for punktmutationen var ikke signifikant øget hos denne gruppe i forhold til et normalt materiale, men der er en tydelig tendens. MBP-konc. er signifikant lavere hos homo- som heterozygote i forhold til normale.

Sammenlignes gruppen med punktmutationen overfor gruppen uden findes ikke forskel i klinik, radiologi, bakteriologi eller immunoglobuliner. Dog med undtagelse af IgG3, hvor der ses signifikant øget konc. af IgG3 hos ptt. med lav MBP-konc. MBP mangel er en hyppigt forekommende defekt indenfor det immunologiske infektionsforsvar, men den kliniske betydning er endnu uafklaret. 5-7% i normalbefolkningen har defekten og lav konc. af MBP uden at være syge.

Formentlig er MBP særlig vigtig i den vulnerable alder mellem 6-18 mdr.

På SS oprenses MBP til klinisk undersøgelse af effekten af substitutionsterapi på udvakte patienter.

## **SEKSUELT OVERGREB HOS BØRN**

**Cand. psyk. K. Moesgaard &  
H. Sardemann (Børneafdelingen, Roskilde Amtssygehus)**

Der redegøres for et antal børn med seksuelt misbrug varetaget på børneafdelingen Roskilde Amtssygehus i perioden 1988-1992. Børneafdelingen har 1 fuldtidsansat psykolog, og der er ingen børnepsykiatrisk afdeling lokalt. Der blev i opfølgelsesperioden henvist i alt 287 børn til psykolog. Hos 33 (25 piger og 8 drenge) var der primært mistanke om seksuelt misbrug, eller der blev af psykologen afdækket seksuelt misbrug. Hos 29 af de 33 børn blev det seksuelle misbrug bekræftet. 19 børn var primært indlagt med somatiske klager; forløbet under indlæggelsen klarlagde eller vakte mistanke om seksuelt misbrug. De primære somatiske klager stammede fra en række forskellige organsystemer. I undersøgelsen beskrives alder, karakter og varighed af misbrug, ledsageproblemer og familieforhold.

Det konkluderes, at seksuelt misbrug foreligger hos 10% af alle børn henvist til psykolog. Seksuelt misbrug må overvejes som diagnose i situationer med uklare sygdomsbilleder, ændret adfærd eller indlæringsproblemer. Det er vigtigt at kende formerne for seksuelt misbrug og disses forskelligartede udtryk hos børnene. Der forelå ofte seksuelt misbrug hos moderen.

645. møde 3. september 1993 - Rigshospitalet.

### **Program**

1. **Høreproblemer hos børn.** Agnete Parving (Audiologisk afdeling, Bispebjerg hospital).
  
2. **Dansk pædiatri år 2000. Resultat af en enquete.** Henrik Hertz (Børneafdeling GGK, Rigshospitalet).

### 4. **ORDINÆR GENERALFORSAMLING**

Dagsorden:

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



## FORMANDSBERETNING

Dansk Pædiatrisk Selskab består nu af 370 medlemmer. Der er anmodet om optagelse eller udmelding af de, som står anført på vedlagte liste.

Efter generalforsamlingen i 1992 konstituerede bestyrelsen sig med undertegnede som formand, N.C. Christensen som næstformand, Sten Petersen som kasserer, Jørn Müller som videnskabelig sekretær, Berit Lukman som faglig sekretær (YP-repræsentant) og Hans Bisgaard (DBO-repræsentant). Da Berit Lukman i april 1993 blev skolelæge supplerede bestyrelsen sig med Steffen Husby som ny YP-repræsentant.

Der har været afholdt i alt 6 møder i selskabet. De 3 var temamøder. Bestyrelsen skal hermed takke mødearrangørerne ved temamøderne. Vårmødet blev holdt i Roskilde. Bestyrelsen takker børneafdelingen i Roskilde for det vellykkede arrangement. Desværre var der relativt få deltagere i vårmødet. Bestyrelsen forslår, at vårmøderne fremover kommer til at bestå, dels af et møde, hvis indhold som hidtil tilrettelægges af den arrangerende afdeling, og dels af efterfølgende parallelsektioner (f.eks. dagen(e) efter), og hvor møderne arrangeres af de forskellige interesse- eller subspecieleområder. Det gælder f.eks. allergologi, børnekardiologi, diabetes/endokrinologi, neurologi osv. Disse møder kunne, i lighed med det der sker i dag, fortsat sponsoreres af medicinalfirmaer, mens de ydre rammer for foredragene, hotel m.v. arrangeres af den børneafdeling, som står for vårmødet. Fordelen, bortset fra det sociale, er at alle DPS medlemmer får mulighed for at høre foredrag om emner indenfor de øvrige subspecialer, som de ellers ikke får lejlighed til at følge.

Efteruddannelsesmøderne har fortsat været en succes. Økonomisk har arrangørerne formået at sørge for tilstrækkelig sponsoring til at sikre, at strukturen kan fortsætte. Antallet af tilmeldte foredrag er gennemgående lavt og bestyrelsen skal opfordre til, at medlemmernes videnskabelige aktivitet også

kommer DPS tilgode.

Det nye forslag til speciallægeuddannelsen i pædiatri er endnu ikke gennemført. Sundhedsstyrelsen har nu påbegyndt de nødvendige procedurer omkring ændringerne af cirkulæret. Bestyrelsen har haft møde med specialistanævnets tilfornordnede i pædiatri, og har derefter påny skrevet til Sundhedsstyrelsen vedrørende ønsket om ændret uddannelse. (Undervisningsstillingerne ønskes øget fra 1 til 2 år og kravet til pædiatrisk 1. reservelægetid ønskes øget fra 1 1/2 til 2 år, samt at 6 måneders funktion ved et neonatalafsnit skal indgå i undervisningsstillingen). Undertegnede har sammen med N.C. Christensen og Knud Petersen mundtligt fremført vores synspunkter overfor Sundhedsstyrelsen. Det er indtrykket, at Sundhedsstyrelsen accepterer synspunkterne. Starttidspunktet kendes fortsat ikke.

Ved generalforsamlingen i september 1991 accepterede generalforsamlingen bestyrelsens forslag om at antallet af undervisningsstillinger i 1993/94 blev 9. I forbindelse med brevvekslinger om grundlaget for beregningerne havde Sundhedsstyrelsen lovet en nærmere drøftelse af selskabets tal. Det var derfor en overraskelse, at vi i november 1992 fik at vide fra Sundhedsstyrelsen, at der i 1993/94 skulle være 14 undervisningsstillinger i pædiatri. Sammen med YP gennemgik bestyrelsen derefter beregningerne, som vi oprindeligt havde fremsendt til Sundhedsstyrelsen og måtte erkende, at med uændrede forudsætninger var Sundhedsstyrelsens beregninger rigtige. Fejlvurderingen skyldtes først og fremmest, at vi dengang troede at 1. reservelægestillinger, som besættes med speciallæger i pædiatri (f.eks. til subspecialisering og/eller § 14 klassificering) skal uddannelsesklassificeres. Det skal de ikke. Da det er uddannede specialister, som skal besætte dem, vil antallet af stillinger som skal bruges være uafhængig af, om stillingerne er tidsbegrænsede eller faste, det er de samme speciallæger, som vil komme til at besætte stillingerne. Imidlertid vil 2-årige undervisningsstillinger (ved indførelse af ny speciallægeuddannelse) og behovet for introduktionsstillinger i pædiatri

fra andre specialer komme til at betyde, at behovet alligevel kun vil være højst 10 undervisningsstillinger pr. år.

Vedrørende behovet for pædiatriske introduktionsstillinger til andre specialer er der ganske vist ikke i det nuværende specialcirculære krav om pædiatri i andre specialer end børnepsykiatri. I enkelte andre indgår det som valgfrit. Bestyrelsen er af den opfattelse, at alle læger, som uddanner sig til almenmedicin, bør have mindst 1/2 års pædiatri, ligesom obstetrikere (neonatologi) og anæstesiologer vil have behov for pædiatrisk sideuddannelse. I almenmedicin vil uddannelsesstakten om kort tid nedsættes, således at der uddannes ca. 100 pr. år. Med 1/2 års pædiatri ville uddannelsen til almenmedicin derved beslaglægge 50 pædiatriske introduktionsstillinger. Disse skulle ifølge tallene fra alle videreuddannelsesudvalgene kunne oprettes uden problemer. Der henvises i øvrigt til vedlagte tabel, hvor beregningerne er vist vedrørende behovet for uddannelse af pædiatriske speciallæger frem til 1998 og til vedlagte forklaring til tabellen.

Sundhedsstyrelsen lovede i november 1992 en ny drøftelse. På grund af sygdom i Sundhedsstyrelsen blev mødet imidlertid udskudt. Det fandt først sted den 19.03.93. Da opslagene ikke kunne vente aftalte undertegnede med overlæge Mogens Kjærgaard Hansen, at vi for 1993/94 kunne opslå samme antal undervisningsstillinger som i 1992/93, nemlig i alt 8. Ved mødet den 19.03.93 deltog N.C. Christensen, Knud Petersen og undertegnede. Udover de ovenfor nævnte synspunkter gjorde vi rede for den manglende undervisningskapacitet. Sundhedsstyrelsen slog fast, at DPS ikke havde kompetence til at fastlægge antallet af undervisningsstillinger. Sundhedsstyrelsen ønskede ud fra deres tal at gennemføre, at der kom 14 undervisningsstillinger og gjorde opmærksom på, at videreuddannelsesudvalgene havde udmeldt et tilstrækkelig antal uddannelsesklassificerede stillinger til gennemførelsen. Sundhedsstyrelsen lovede, at bestyrelsen inden påske skulle modtage et skriftligt forslag til sammensætningen af de 14 blokke og med mulighed for en fornyet drøftelse. Forslaget kom 29.04.93. Bestyrelsen har derefter påny protesteret over antallet af blokke. Vi påpegede,

at videreuddannelsesudvalgene ikke havde oprettet det antal blokke, som Sundhedsstyrelsen foreslog. Vi påpegede desuden en række mangler ved de foreslåede blokke. Da drøftelsen med Sundhedsstyrelsen og eventuel efterfølgende opslags- og ansættelsesprocedure herefter ikke ville kunne nå at blive gennemført med virkning fra i år, bad vi Sundhedsstyrelsen om at udskyde eventuelle ændringer i uddannelsestakten til 1994/95.

Bestyrelsen har senere modtaget protest fra Gentofte børneafdeling over, at bestyrelsen i brevet til Sundhedsstyrelsen har anført, at afdelingen i Gentofte med tiden har ændret karakter og næppe opfylder kravet til en undervisningsstilling.

I forbindelse med overvejelserne om behovet for introduktionsstillinger i pædiatri til almenmedicin, obstetrik og anæstesiologi har bestyrelsen henvendt sig til Sundhedsstyrelsen herom og til formændene for de pågældende videnskabelige selskaber. Dansk Selskab for Almenmedicin og Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi har meddelt, at de vil anmode Sundhedsstyrelsen om at pædiatri kommer til at indgå i uddannelserne.

Blokuddannelsen i pædiatri har fortsat voldt problemer en del steder. Det er bestyrelsens indtryk, at de pågældende pædiatriske afdelinger har forsømt i tide at forhandle stillingsstrukturerne færdige, dels indbyrdes, dels med de relevante videreuddannelsesudvalg. Det er nødvendigt, at de involverede pædiatriske afdelinger holder deres videreuddannelsesudvalg løbende underrettet om den pædiatriske planlægning, som ellers vil foregå uden tilstrækkelig pædiatrisk indflydelse.

Kursisternes fravær fra afdelingerne giver fortsat anledning til vanskeligheder. Problemet vil blive forstærket, hvis antallet af undervisningsstillinger øges markant. For kursisternes vedkommende vil situationen bedres, når stillingerne (forhåbentlig snart) bliver 2-årige. Vedrørende de enkelte afdelingers problemer med at få arbejdet til at nå sammen, finder bestyrelsen, at det er et normeringsproblem, som hver enkelt afdeling må løse i samarbejde med sygehusejerne.

Vedrørende subspecialiseringen har der endnu ikke været opslået et tilstrækkeligt antal stillinger til at opfylde det kommende behov. Opmærksomheden henledes på, at disse 1. reservelægestillinger ikke skal undervisningsklassificeres. Efter speciallægeanerkendelsen kan man ikke blive ansat i undervisningsklassificerede stillinger. (Afdelingslægestillingerne er heller ikke undervisningsklassificerede). Stillingerne skal således ikke godkendes hverken af videreuddannelsesudvalg eller af Sundhedsstyrelse.

I forbindelse med revisionen af Indenrigsministeriets cirkulære om visitation af patienter til lands-landsdelssygehusene udsendte Sundhedsstyrelsen efteråret 1992 et nyt udkast, som afveg meget fra det af Dansk Pædiatrisk Selskab fremsendte og fra det, som var aftalt ved et møde i Sundhedsstyrelsen april 1992, hvor N.C. Christensen og undertegnede deltog. Bestyrelsen protesterede overfor Sundhedsstyrelsen og fremsendte i november 1992 et nyt forslag. (Udsendt i kopi til samtlige pædiatriske afdelinger). Udkastet dannede grundlag for et nyt møde i Sundhedsstyrelsen, hvor bestyrelsen var repræsenteret af N.C. Christensen og undertegnede, og hvor Sundhedsstyrelsens sagkyndige rådgiver i pædiatri Henrik Hertz også deltog. Fra Glostrup havde bestyrelsen modtaget et brev om, at medtage deres diabetesfunktion, deres funktion vedrørende nyfødte over 1000 g, behandlingen af multihandicappede og søvnlaboratoriet. Med henblik på at bibeholde diabetes i pædiatrisk regi blev dette medtaget i drøftelserne med Sundhedsstyrelsen. Kennedy Instituttet har gjort opmærksom på, at de på landsdelsplan behandler andre sygdomme end Føllings sygdom. Bestyrelsen har måttet henvise til, at Sundhedsstyrelsens meddelelse vedrørende genetiske centre og prænatal diagnostik er under revision, ligesom Sundhedsstyrelsen vil udarbejde forslag om sjældne handicapgrupper i samarbejde med relevante sygehuse og sygehusskommuner. Sundhedsstyrelsen ønskede i øvrigt (af politiske grunde) ikke at ændre formuleringen om de små handicap. Bestyrelsen har oplyst Sundhedsstyrelsen om de henvendelser bestyrelsen har modtaget i sagen. Det færdige cirkulære blev i

øvrigt udsendt i starten af året. Bestyrelsen har senere skrevet til Sundhedsstyrelsen og gjort opmærksom på, at der mangler en bemærkning om, at børn til hjerte-, lunge- og levertransplantation indlægges på Rigshospitalets børneafdeling.

I forbindelse med Sundhedsstyrelsens revision af lands-landsdelsspecialiecirkulæret ønskedes en udredning af behovet for centralisering af dele af neonatologien. Sundhedsstyrelsen nedsatte en arbejdsgruppe og ønskede at den pædiatriske repræsentation skulle bestå af 3 neonatologer, som skulle repræsentere både højtspecialiseret og ikke-specialiseret neonatalafdeling samt med bred geografisk repræsentation, og desuden en "almen pædiater". Sten Petersen, Jens Kamper og N.C. Christensen indvilligede i at indgå som repræsentanter for neonatologi og Ole Andersen som repræsentant for almen pædiatri.

I forbindelse med revision af Sundhedsstyrelsens meddelelse om forebyggende undersøgelser for kromosomsygdomme, medfødte stofskiftesygdomme, neuralrørsdefekter m.v. blev selskabet bedt om generelle synspunkter vedrørende målsætningen for indsatsen på ovennævnte område. Kopi af besvarelsen kan rekvireres hos bestyrelsen. Bestyrelsen anbefalede, at Birgit Peitersen indtrådte i en eventuel arbejdsgruppe.

I sagen om produktet NAN-H.A. til børn med risiko for udvikling af modermælksallergi har bestyrelsen modtaget Sundhedsstyrelsens endelige svar på den forespørgsel fra Kommuneforeningen i Viborg, som gav anledning til drøftelserne. Det hedder i Sundhedsstyrelsens konklusion: "NAN-H.A. synes at yde en vis beskyttelse mod allergiudvikling, men pga. den nuværende begrænsede dokumentation anbefaler Sundhedsstyrelsen, såfremt barnet i de første 4-6 måneder ikke kan ernæres ved amning alene, anvendelse af mere hydrolyserede produkter til allergidisponerede spædbørn.

En nærmere afgrænsning af begrebet allergidisposition er publiceret i Ugeskrift for Læger 152/42, 15.10.90, s.3089 (kopi

vedlagt). Sundhedsstyrelsen vil løbende holde sig orienteret om eventuelle reviderede retningslinier.

Sundhedsstyrelsen vil tage spørgsmålet op igen, hvis der for styrelsen fremlægges resultater af nye, velgennemførte undersøgelser."

Fra Sundhedsstyrelsen er der efterfølgende modtaget forespørgsel om anvendelse af navlesnors-IgE til vurdering af behov for allergiprofylakse. Bestyrelsens anmodede Søren Pedersen (formand for Allergologiudvalget) om et udkast til en besvarelse, som dækkede synspunkterne hos samme kreds, som offentliggjorde vejledende retningslinier i Ugeskrift for Læger oktober 1990. Gruppen kunne imidlertid ikke finde koncensus om anbefalingerne. På det foreliggende grundlag og efter endnu en høring og indkaldelse af parterne til drøftelse har bestyrelsen efter endnu en høring besvaret forespørgslen med vedlagte brev, som er et kompromis mellem synspunkterne.

Allergologiudvalget har bedt bestyrelsen henvende sig til Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen om gratis peakflowmetre til børn med astma. Sundhedsstyrelsen har svaret, at et peakflowmeter er et diagnostisk kontrollerende redskab, som ordineres af en sygehusafdeling. Udgiften må derfor afholdes af sygehusvæsenet i den pågældende sygehuskommune. Bestyrelsen har bedt Sundhedsstyrelsen overveje sagen påny, da ikke alle børn med astma følges på sygehus. Sundhedsstyrelsen har herefter rejst spørgsmålet overfor Sundhedsministeriet, idet der i givet fald kræves en lovændring.

Sundhedsstyrelsen har i enkelte tilfælde rettet henvendelse om rådgivning til udvalgte børnelæger udenom Sundhedsstyrelsens sagkyndige rådgiver i pædiatri eller DPS. Vi har skrevet til Sundhedsstyrelsen og opfordret til at gøre brug af bestyrelsens tilbud om at bringe de bedst mulige rådgivere i forslag. Rådgivere indstillet af DPS vil kunne handle med større autoritet sammen med Sundhedsstyrelsen.

I forbindelse med udarbejdelsen af en ny udgave af vejledningen "Sunde Børn" bad Sundhedsstyrelsen om kommentarer med henblik på den kommende udgave. Informationsudvalget har udarbejdet besvarelsen.

Bestyrelsen har efter at have indhentet høringssvar på de pædiatriske afdelinger besvaret en forespørgsel fra Den Almindelige Danske Lægeforening om igangværende eller planlagte kvalitetssikringsprojekter på børneafdelingerne. Sten Petersen deltog i et møde herom, arrangeret af DADL.

I forbindelse med drøftelserne i Sundhedsstyrelsen om landsdelscirkulæret viste det sig at være af betydning, at sundhedsstyrelsens sagkyndige rådgiver og bestyrelsen på forhånd havde orienteret sig hos hinanden. Vi har derefter aftalt, at Henrik Hertz deltager i bestyrelsesmøderne vedrørende dagsordenpunkter, som vedrører sager, hvor han vil blive rådspurgt i sin egenskab af Sundhedsstyrelsens sagkyndige rådgiver i pædiatri.

Sundhedsministeriet har nedsat et udvalg med henblik på at udrede årsager og komme med forslag vedrørende det manglende fald i danskernes middellevetid i sammenligning med de øvrige vestlige landes. Som et underudvalg under dette "Middellevetidsudvalg" er nedsat en gruppe, som skal behandle den perinatale mortalitet og spædbarnsdødeligheden. Karen Vitting Andersen og Jens Hertel har indvilliget i at indgå som pædiatriske repræsentanter i gruppen.

Vedrørende kiropraktorsagen fremkom der i efteråret meddelelser i dagspressen om, at sundhedsudvalget ønskede at ophæve den særlige klausul for børn under 1 år. Bestyrelsen skrev til Sundhedsminister Ester Larsen herom med kopi til alle medlemmer af sundhedsudvalget. Efter regeringsskiftet er det fremgået af dagspressen, at den nye Sundhedsminister ønsker klausulen ophævet. Brevet til Ester Larsen er herefter med en let omformning fremsendt til Sundhedsminister Torben Lund. (Brevet er



vedlagt).

Ved generalforsamlingen i september 1992 opfordredes bestyrelsen til en opdatering af kommissorierne for udvalg under Dansk Pædiatrisk Selskab. Det skulle tillige fremgå til hvem udvalgene refererede og hvordan deres kompetence og ansvar var i relation til bestyrelsen og generalforsamlingen. De generelle bestemmelser for kommissorier bør være en del af vedtægterne. Forslaget til vedtægtsændringerne er vedlagt. Som det fremgår, er der udover de generelle kommissorier også foreslået en vedtægtsændring som gør det muligt at associere videnskabelige sammenslutninger med særlig relation til pædiatri, f.eks. neuropædiaterne, børneallergologerne m.v. Begrundelsen for ønsket om associering er dels koordinering af den offentlige rådgivning, dels den bedre mulighed for at inddrage disse områder i selskabets videnskabelige aktivitet og endelig for at skabe en parallelitet til den struktur, som Nordisk Pædiatrisk Forening tilstræber. Det er ikke tanken, at der skal lægges begrænsninger på de pågældende gruppers aktivitet, tværtimod. Med henblik på de udvalgsmæssige funktioner må der oprettes udvalg i DPS svarende til de pågældende interesseområder. Der må forventes en vis grad af person-sammenfald mellem disse udvalg og bestyrelserne af de pågældende sammenslutninger. Vedtægtsændringerne kan ikke vedtages ved den nuværende generalforsamling.

Forslag til udvalgskommissorier for de enkelte udvalg er ligeledes vedlagt. De er udarbejdet dels på grundlag af indhentede høringssvar fra de pågældende udvalg, og dels på grundlag af forslaget til generelle bestemmelser i vedtægtsændringerne. De nye kommissorier har været fremsendt til udvalgsformændene. Kommissorierne kan, hvis de godkendes, vedtages af generalforsamlingen. Eventuelle ændringer i den nuværende sammensætning af udvalgene bør dog ikke nødvendigvis træde i kraft før efter næste generalforsamling.

Neuropædiaterne har sammen med Dansk Neurologisk Selskab udgivet et referenceprogram om epilepsi. Det er ikke sket på

foranledning af Sundhedsstyrelsen og har ikke været forelagt DPS inden udsendelsen. Bestyrelsen foreslår i den forbindelse, at der nedsættes et neuropædiatrisk udvalg under DPS. Referenciprogrammet foreslås i øvrigt drøftet i forbindelse med et temamøde om børneneurologi.

Bestyrelsen nedsatte i første halvår 1991 et udvalg til belysning af behovet for ungdomsmedicin. Udvalgets rapport vedlægges. Det er bestyrelsens holdning, at ungdomspædiatri bør findes i hvert amt, og at der er behov for konkrete initiativer til oprettelsen af de nødvendige pladser. Bestyrelsen foreslår nedsættelse af et stående udvalg til gennemførelse og koordinering.

Bestyrelsen foreslår desuden udvalg vedrørende endokrinologi, kardiologi, nefro-urologi, immunologi og infektionssygdomme.

For ca. 1 1/2 år siden fik DPS henvendelse fra skolelægerne vedrørende studieophold og pædiatrisk tyngde i uddannelsen til skolelæge. Bestyrelsen har påny opfordret skolelægerne til at fremsende et konkret forslag med henblik på drøftelse med bestyrelsen.

I forbindelse med artikler i bladet Børnehelse om våde børn og hjertebørn samt Medicom's anvendelse af ikke-pædiatere til undervisning i pædiatriske emner modtog bestyrelsen en opfordring til at komme med indsigelser. Opfordringen blev videregivet til informationsudvalget.

Til professor Torben Iversens Rejsefond for yngre læger indkom i år 2 ansøgninger. Den ene fik kr. 7.000. En tidligere legatmodtager er blevet bedt om at returnere tildelingen, idet bestyrelsen blev opmærksom på, at vedkommende fik sine udgifter dækket fra anden side. Den pågældende gjorde gældende, at pengene ville blive brugt til en anden kongresrejse.

N.C. Christensen og Flemming Skovby har deltaget i årsmøde i

UNEPSA. Det faglige tema drejede sig om forebyggelse af arteriosklerose. I 1994 finder mødet sted i Bath, England hvor der skal vælges ny formand. Professor Ehrich fra Hannover er opstillet og hans kandidatur er støttet af bestyrelsen.

De pædiatriske selskaber i Norge og Sverige har ændret navn. I Norge til: Norsk Barnelegeforening og i Sverige til Svenska Barn- och Ungdomsläkareförening . Bestyrelsen finder, at Dansk Pædiatrisk Selskab i lighed hermed bør fordanske sit navn, f.eks. til Dansk Børne- og Ungdomslægeforening eller Dansk Selskab for Børne- og Ungdomsmedicin.

Forslag modtages gerne. Blandt de der indsender forslag trækkes lod om 6 flasker rødvin.



E. Nathan

Tabellen over stillingsmassen i forhold til antallet af uddannede speciallæger i 1998 bygger på tal for 1990. Baggrunden for dette er, at Sundhedsstyrelsens betænkning om videreuddannelsen anvender dette år som udgangspunkt og dels fordi YP's opgørelse over antallet af personer stammer fra dette år.

Ligesom Sundhedsstyrelsens betænkning forudsætter beregningerne, at alle ikke uddannelsesklassificerede stillinger konverteres til faste stillinger i forholdet 1:1.

Der er i beregningen ikke taget hensyn til, at nogle R1-stillinger ikke skal konverteres til faste stillinger men besættes med specialister, som ønsker at blive § 14-klassificerede og at subspecialisere sig, stillinger som derfor bør være tidsbegrænsede så nye kan komme til. Disse stillinger skal ikke uddannelsesklassificeres og da det er uddannede specialister, som skal besætte dem, vil antallet af stillinger, som skal bruges, være uafhængige af om de er tidsbegrænsede eller faste, det er de samme personer, som vil komme til at besætte stillingerne.

Tabellen forudsætter endvidere, at en ny specialistuddannelse i pædiatri bliver godkendt, og hvor undervisningsstillingerne bliver 2-årige. Man må regne med at lægen, som ønsker at specialisere sig, ikke kan nå at få kursusstilling efter et års introduktion. Der er derfor regnet med 2 års introduktion til specialistuddannelsen.

Tallene er herefter beregnet dels ud fra at der uddannes 14 specialister pr. år (Sundhedsstyrelsens ønske), 10 specialister pr. år (bestyrelsens vurdering) samt med uddannelse af 8 specialister pr. år.

Indenfor disse forudsætninger er der foretaget beregninger ud fra et behov for pædiatriske introduktionsstillinger til andre formål end specialistuddannelsen i pædiatri. Hvis alle praktiserende læger skal have 1/2 års pædiatri, vil der være behov for ca. 50 introduktionsstillinger i alt. Der er derudover behov for introduktionsstillinger til læger, som ønsker at "snuse" til faget pædiatri, til obstetrikere (neonatologi), anæstesiologer, epidemiologer, dermatologer, børnepsykiatere m.v.

Beregningerne er foretaget på grundlag af et behov for henholdsvis 40, 60 og 80 introduktionsstillinger i alt. Det er bestyrelsens opfattelse, at 80 er det reelle tal og at 60 er et absolut minimum for landet som helhed.

Som det vil ses, vil der i 1998 være uddannet 1 pædiater for lidt, hvis vi uddanner 10 pr. år, hvis der anvendes 60 introduktionsstillinger til andre formål. Med 80 stillinger til andre formål vil der være et overskud på 19 pædiatere i 1998.

EN9340/mkm

**Stillingsmassen i forhold til antallet af uddannede specialister  
i 1998 (med 2-årige undervisningsstillinger)**

Antal spec.uddannede pr. år	14 spec.	10 spec.	8 spec.
Stillinger til brug for spec.uddannelsen (introduktion 2 år, undervisning 2 år, R1 i 2 år = 6 år pr. pers. i alt	84	60	48
Introd.stillinger til praksis, børnepsyk., obstetrikere, anæstesiologer, passanter m.v.	40 60 80	40 60 80	40 60 80
A Behov for udd.klassificerede stillinger i alt	124 144 164	100 120 140	88 108 128
B Eksisterende R1 + r-stillinger i 1990	291	291	291
C Konvertible stillinger i alt (B-A)	167 147 127	191 171 151	203 183 163
D Overlægestillinger (75) + prakt.speciallæger m.v. (21)	96	96	96
I Konvertible stillinger + eksisterende faste stillinger i alt (D+C)	263 243 223	287 267 247	299 279 259
Personer til rådighed i 1998. Praksis (21), overlæger (75), overgangsordning (29), færdiguddannede speciallæger uden fast stilling, læger færdig med kursus men endnu ikke specialister i 1990	240	240	240
Kurister 1990-1996	66	54	48
Antal uddannede speciallæger i alt	306	294	288
Afgang i perioden (pensionering, dødsfald m.v.)	- 28	- 28	- 28
II Personer til rådighed i alt 1998	278	266	260
Over-/underskud af pædiatere i 1998 (II-I)	+15 +35 +55	-21 -1 +19	-39 -19 +1

EN9344/mkm

## **SUNDHEDSSTYRELSENS TILFORORDNEDE I PÆDIATRI**

De tilforordnede har bedømt en række ansøgers kvalifikationer med henblik på pædiatrisk speciallægeuddannelse.

Speciallægeanerkendelse i pædiatri blev tildelt 9 læger, 5 mænd og 4 kvinder, i perioden 01.06.92 til 31.05.93.

Karsten Hjelt  
Kirsten Andersen

## **DANSK PÆDIATRISK SELSKABS KONTAKTPERSON TIL SUNDHEDSSTYRELSEN VEDRØRENDE § 14-VURDERINGER**

Der er i det forløbne år foretaget vurderinger i forbindelse med besættelse af administrerende overlægestillinger i Nykøbing Falster og Odense, sideordnede overlægestillinger i Århus (børnereumatologi resp. børneonkologi), Næstved (neuropædiatri), Ålborg (neuropædiatri), Kennedyinstitutets kromosomlaboratorium og i Sønderborg. Endelig er der foretaget vurdering af kandidater til stilling som vagtbærende overlæge i Herning, Viborg, Roskilde og Kolding.

Timo Klinge deltog den 30. marts i et møde med overlæge Mogens Kærsgaard Hansen, Sundhedsstyrelsen om "aktuelle problemstillinger". Mødet bragte ikke de store nyheder, men der var generel tilfredshed med den nye form for § 14-vurdering.

Vi har i årets løb fået forelagt en del § 14 spørgsmål fra yngre pædiatere. Blandt de mere principielle kan nævnes, at vi har givet tilsagn om, at ansættelse på subspecialiseret afdeling med egentlig bagvagtsfunktion (f.eks. GN) skal kunne tælle med op til eet år i § 14-modningen til en almenpædiatrisk overlægestilling - dette uanset stillingen er ordinær eller et vikariat.

Kontaktperson og begge suppleanter er alle på valg efter en periode. Alle er villige til genvalg.

Jens Kamper  
Timo Klinge  
Minna Yssing

## UDDANNELSESUDVALGET

### Kursus 1992/93

Kurserne er gennemført i henhold til planen (med en enkelt udsættelse til efteråret 1993). Der er de i tidligere beretninger nævnte kursusemner samt deltagelse i Sundhedsstyrelsens tværfaglige kurser.

Der har været en del problemer med fravær på afdelingerne, specielt på de afdelinger hvor der både er kursister og dispensanter - på den anden side har der også været kritik af at dispensanternes kurser har været for spredte. Vinterferie er også nævnt som et problem.

### Kursus 1993/94

Der er gjort forsøg på yderligere spredning. For den enkelte kursist/dispensant, er kurserne spredt over 1½ - 3 år. De første dispensanter har afsluttet deres teoretiske uddannelse. Budgettet ved de pædiatriske kurser ligger på ca. 300.000 kr. For 1993/94 har Uddannelsesudvalget vedtaget småændringer i timetalsfordeling.

### Efteruddannelse

I efteråret 1992 afholdtes et kursus i pædiatrisk kardiologi. Der var 37 tilmeldte og det blev godt evalueret.

Dette års kursus er planlagt til 28. - 30.10. med titlen "Børns hverdag i familie og samfund." Det 6., 7. og 8. uddannelsesmøde blev afholdt med emnerne: Nefrourologi, pædiatrisk dermatologi og ulandspædiatri, indvandrerbørn og flygtningebørn.

### Undervisningsstillinger 1993/94

Der var tale om 8 stillinger - 2 blokansættelser og 6 undervisningsstillinger, svarende til de tidligere afdelinger. (Se iøvrigt nedenfor.) Der indkom 32 ansøgninger (1991: 21, 1992: 28) - 8 blev betegnet som vel-kvalificerede, 23 kvalificerede og 1 ikke-kvalificeret.

I de 8 stillinger blev ansat 3 kvalificerede og 5 velkvalificerede.

### Tentamen/evaluering ved de pædiatriske delkurser

Dette emne har været meget debatteret i Uddannelsesudvalget, og mellem hovedkursuslederen og kursisterne. På baggrund af en redegørelse for forsøg med evaluering fra hovedkursuslederen, har Spedialistnævnets Forretningsudvalg svaret, at situationen som beskrevet i redegørelsen, er opfattet korrekt. Kursisterne skal i rimelig tid forud for et kursus have orientering om en eventuel tentamen - der lægges ikke op til en nøjere kvalitetsvurdering af besvarelserne.... kun helt uantagelige besvarelser skal have konsekvens i form af ikke-godkendt kursus.

Der skal altså afleveres svar på tentamen med angivelse af navn, ellers får man ikke sin underskrift på kursus.

### Den pædiatriske uddannelse

Ved et møde på Rigshospitalet den 17.11.1992, hvor formanden og formanden for Uddannelsesudvalget repræsenterede selskabet, præsenterede Sundhedsstyrelsen en overhead, hvoraf det fremgik, at man i pædiatri skulle have 14 undervisningsstillinger. Der blev aftalt et møde i Sundhedsstyrelsen den 09.12.1992 - det blev aflyst. Det blev i øvrigt på mødet oplyst, at Sundhedsstyrelsen vil overtage spørgsmålet om annoncer og den centrale bedømmelse. Ved mundtlig aftale før jul, blev det aftalt, at Dansk Pædiatrisk Selskab i første omgang slog 8 undervisningsstillinger op. Denne procedure startede den 18.01. Efter et langt og frustrerende forløb med kommentarer fra de enkelte Videreuddannelsesudvalg i landet, blev der i Ugeskriftet, den 15.03., opslået 2 speciallægeblokke med undervisningsstilling i

Århus og 1. reservelægestilling i Herning samt undervisningsstilling i Ålborg og 1. reservelægestilling i Viborg - endvidere 6 1-årige undervisningsstillinger (Odense, Glostrup, Hvidovre (2), Rigshospitalet (2)). Tidligere aftalte kombinationer af "a"- og "b"-afdelinger aftalt i selskabet, synes ikke at få accept fra videreuddannelsesudvalgene.

Selskabets repræsentanter var så til møde i Sundhedsstyrelsen den 19.03.1993. Sundhedsstyrelsen ønskede at fastholde forslaget om 14 undervisningsstillinger. Da lovet materiale ikke fremkom medio april, måtte berammede møder i Uddannelsesudvalget og møder med henblik på ansættelse i undervisningsstillinger udsættes, og blev først gennemført henholdsvis 26.05. og 14.06.1993. Den 28.04. sendte Sundhedsstyrelsen en oversigt over de indmeldte stillinger, der kunne indgå i de 14 speciallægeblokke. Formanden svarede, at en forøgelse af antallet af kursister fra 8 til 14 pr. 01. september 1993 ikke kunne nås, derfor blev de omtalte møder afholdt med ovennævnte resultat.

Selskabet har i øvrigt bedt om en revision af speciallægebestemmelserne, herunder 24 måneders ansættelse i undervisningsstilling.

Et planlagt kursusledermøde den 17.05.1993 blev aflyst af Sundhedsstyrelsen.

#### **Pædiatriske ekspertområder/subspecialer**

De generelle retningslinier findes i årbogen 1991/92 side 29-30.

Uddannelsesudvalget har godkendt 2 stillinger som ekspertuddannelsesstillinger i neonatologi ved afd. GN, Rigshospitalet og opstillet retningslinier for en ansøgers ønske om dispensation/overgangsordning med henblik på pædiatrisk allergologi.

Udvalget opfordrer afdelingerne til at oprette stillinger til ekspertfunktioner.

Udvalget har været repræsenteret ved et nordisk møde om målbeskrivelser den 10. - 11.12.1992.

Knud E. Petersen

#### **NEONATOLOGIUDVALGET**

Udvalget har holdt møde den 04.12.1992 og den 05.02., den 06.05. samt den 25.06. i år. I mødet den 05.02. gennemgik udvalget sit udkast til spørgeskemaer til brug ved den planlagte landsundersøgelse af børn med ekstremt lav gestationsalder og fødselsvægt sammen med repræsentanter fra landets børneafdelinger. Det besluttedes på dette møde at supplere undersøgelsen med en prospektiv registrering af aborter med GA 20-27 uger inklusive. Der er i skrivende stund opnået godkendelse i registertilsynet, men da det er blevet besluttet også at søge godkendelse i de regionale videnskabetiske komitéer, har iværksættelsestidspunktet måttet udsættes til den 1. januar 1994.

Blandt sager af almen interesse har udvalget drøftet transportproblemer, hjemmemonitorering af nyfødte med bronchopulmonal dysplasi (BPD) samt paragraf 48-støtte til præmature børn.



Udvalget har besluttet at tilråde

- at præmature med gestationsalder < 31 uger af hensyn til risikoen for hjerneblødning kun transporteres på strikt lægelig indikation,
- at børn med BPD bør kunne tilbydes hjemmemonitorering for åpnøtilfælde,
- og at børn med gestationsalder < 30 uger i alle tilfælde anses for at falde ind under bistandslovens paragraf 48 og om nødvendigt bør anmeldes til de sociale myndigheder med det samme for at sikre forældrene umiddelbar adgang til forskellige ydelser (det skal imidlertid understreges, at forlænget barselsorlov i henhold til denne paragraf kun bør tilbydes, hvis behov opstår).

Sundhedsstyrelsen har i år indledt et udvalgsarbejde med henblik på neonatologiens fremtidige organisation. Udvalget er repræsenteret af Jens Kamper og Birgit Peitersen, (sidstnævnte udpeget af Københavns og Frederiksberg kommune). Betænkning forventes færdig til efteråret.

Ved periodens begyndelse afgik Kaj Lillquist efter års engageret og god indsats. Han afløstes af Birgitte Djernes. Med udgangen af perioden afgår Jens Kamper. Som nyt ordinært medlem foreslår udvalget Jens Hertel. På den givne foranledning skal jeg hermed anbefale, at medlemmer af neonataludvalget under hensyntagen til det "fagligt forsvarlige" indtil videre bør kunne sidde i op til 3 perioder af 3 år.

Jens Kamper

## **UDVALGET FOR PÆDIATRISK HÆMATOLOGI OG ONKOLOGI**

I det forløbne år har udvalget holdt møde den 28.09.92, 08.03. og 07.06.93 på Rigshospitalet og den 30.11.92 i Odense.

For andet år i træk er der afholdt tværfagligt symposium for 60 personer fra plejepersonale, socialrådgivere og læger i de børneonkologiske afdelinger om børnehæmatologisk og -onkologisk behandling og pleje, denne gang i Æbeltoft i september 92.

Pr. 01.01.93 er de nordiske protokoller til behandling af akut myeloblastær leukæmi ændret. Behandlingen vil i fremtiden blive mere individualiseret, således at de mest toksiske regimer vil blive forbeholdt børn som går langsomt i remission. Nye internationale protokoller for intrakranielle børnetumorer, Ewing's sarkom og osteosarkom er blevet indført.

Udvalget indstiller til generalforsamlingen, at Birgit Peitersen efter eget ønske udtræder af udvalget, idet der ikke mere behandles børn med onkologiske sygdomme på Hvidovre hospital.

På opfordring ved efteruddannelsesmødet i november 1991 har udvalget udarbejdet følgende:

## **FORSLAG TIL INITIALT UDREDNINGSPROGRAM FOR VISSE HÆMATOLOGISKE TILSTANDE**

I det følgende er der redegjort for, hvilke undersøgelser der bør tages blod til, inden man giver blodtransfusion.

De fleste af de nævnte sygdomme vil blive henvist til et af centrene, hvis mistanken opretholdes.

Generelt ønsker centrene selv at tage eventuelle knoglemarvsundersøgelser og biopsier for at kunne kombinere de forskellige specialundersøgelser (immunmarkørundersøgelser, kromosomundersøgelser, onkogenundersøgelser m.v.). De undersøgelser (røntgen, vævsprøver m.v.), som er udført på hjemstedssygehuset, ønsker centrene tilsendt sammen med patienten.

### **APLASTISK ANÆMI**

Generelt tilstræber man at give så få transfusioner som muligt for at undgå immuniseringsreaktioner mod blodprodukter. Inden transfusion bør man sikre sig, at der er taget:

#### Obligate hasteprøver:

B-hæmoglobin, B-leukocytal og diff. tælling, B-thrombocytal, B-retikulocytal, hæmatokrit, MCV, MCHC.

Hvis patientens tilstand indikerer, at pt. kunne have leukæmi, tages perifer blodudstrygning til mikroskopi, S-Na, -K, -Ca, -fosfat, -urat, -carbamid/kreatinin.

#### Blodprøver før transfusion, hvis det er muligt også:

Hepatitis A antigen, hepatitis B antigen samt antistof mod hepatitis A, hepatitis B, hepatitis C, EBV, EMV, morbilli, variceller og parvovirus B 19. IgA, -G, -M, leukocyt- og thrombocytantistof.

Ham og Crosby test eller lignende for paroxystisk nocturn hæmoglobinuri.

### **Hæmolytisk anæmi**

Efter at diagnosen er sandsynliggjort på basis af lav hæmoglobin og forhøjet bilirubin, retikulocytter og eventuelt LDH, er det vigtigt at sikre

#### Obligate hasteprøver

Direkte Coombs test og perifert blodudstrygningspræparat (kræver glas med 5 ml citratblod).

Blodprøver før transfusion, hvis det er muligt også:

Ved Coombs test negativitet: hæmoglobin, elektroforese med isoelektrisk fokusering. Osmotisk resistensbestemmelse (før og efter 24 timers inkubation), erythrocytenzymer (glukose-6-fosfatdehydrogenase, pyrovatkinase, eventuelt glutationsreduktase og triosefosfat isomerase).

Virustitre (EBV, CMV, MPT, morbilli, variceller).

Ham test, S-elektrolytter, haptoglobin, ferritin.

Ved tegn på DIC tillige S-fibrinogen, fibrindegredationsprodukter, fibrin monomerer.

Ved tegn på Systemisk Lupus Erytematosus: komplement C3d, C3, C4, HEp-2-celle ANA, anti-ds DNA.

AKUT LEUKÆMI/MALIGNT LYMFOM

Obligate hastepøver:

B-hæmoglobin, B-leukocytal og diff. tælling, B-thrombocytal, B-retikulocytal, hæmatokrit, S-Na, -J, -Ca, -fosfat, -urat, -carbamid/kreatinin. Prothrombin og evt. APTT (ved hæmorrhagisk diathese).

Blødudstrygning til mikroskopi for blaster.

Røntgen af thorax (obs. mediastinal tumor og pleuraexudat).

Blodprøver før transfusion, hvis det er muligt også:

Virustitre (EBV, CMV, morbilli, variceller, parotitis, herpes, toxoplasmose, parvovirus).

Hvis patientens tilstand indikerer, at pt. kunne have aplastisk/hypoplastisk anæmi tilrådes desuden:

Hepatitis A antigen, hepatitis B antigen samt antistof mod hepatitis A, hepatitis B, hepatitis C, HIV, S-IgA, IgG og IgM, samt leukocyt- og thrombocytantistof.

Niels Clausen

## ALLERGOLOGIUDVALGET

Udvalget har 5 medlemmer:

Søren Pedersen (formand)  
Niels H. Valerius (sekretær)  
Arne Høst  
Jørn Henriksen  
Hans Bisgaard

Der har siden sidste generalforsamling været afholdt 3 møder.

Udvalget har svaret på skrivelse fra Sundhedsstyrelsen om retningslinier for udvælgelsen af børn, som er i højrisikogruppe for at udvikle atopiske sygdomme samt hvilke profylaktiske tiltag, man kan anbefale til sådanne børn. I den forbindelse har Udvalget suppleret sig med medlemmer uden for Allergologiudvalget. Besvarelsen er sendt til Bestyrelsen for DPS.

Udvalget har foranlediget udarbejdelse af retningslinier for undersøgelser for Penicillinallergi. Forfattere til retningslinierne er Freddy Krarup Petersen og Ole Østerballe. Emnet blev drøftet på et møde på Scanticon i Kolding i februar og forslaget til retningslinier er fremsendt til DPS's Bestyrelse.

Der er blevet nedsat en gruppe, der udarbejder retningslinier for astmabehandling. Denne gruppe består af Jørn Henriksen, Hans Bisgaard, Niels H. Valerius, Gunver Fuglsang og Søren Pedersen. Gruppen vil udarbejde generelle retningslinier, som så vil blive diskuteret på pædiatremødet på Scanticon i Kolding februar 1994. Derefter vil retningslinier blive fremsendt til Bestyrelsen.

En anden arbejdsgruppe bestående af Arne Høst, Helle Rotne, Ole Østerballe samt Carsten Bindslev Jensen vil udarbejde forslag til retningslinier for allergidiagnostik hos børn.

Søren Pedersen er indtrådt i en nordisk konsensusgruppe om diagnostik og behandling af asthma bronchiale.

Hans Bisgaard er indtrådt i en arbejdsgruppe, der udarbejder rekkommendationer om Spirometri hos børn.

Udvalget har desuden rettet henvendelse til Sundhedsstyrelsen og til Asthma Allergiforbundet om udgifter til peak-flowmetre til astmabørn. Det er udvalgets opfattelse, at astmabørn bør have dækket udgifterne til peak-flowmetre i lighed med, at diabetesbørn får dækket udgifterne til blodsukker monitoreringsudstyr.

Udvalget arbejder videre med denne sag.

Søren Pedersen

## **ERNÆRINGSUDVALGET**

Dansk Pædiatrisk Selskabs Ernæringsudvalg har i det forløbne år afholdt 2 møder. Udvalget har især beskæftiget sig med vejledende retningslinier med hensyn til vitaminer og jerntilskud i 1. og 2. leveår for såvel mature som præmature børn. Det endelige forslag er "i trykken" med henblik på fremsendelse til bestyrelsen.

Tilsvarende har Udvalget arbejdet med retningslinier for kalktilskud til børn på mælkefri diæt. Udvalget tilslutter sig de retningslinier, som Kim Fleischer Michaelsen på opfordring af Sundhedsstyrelsen har udarbejdet, og som publiceres i Ugeskriftet efteråret 93.

Endelig har repræsentanter for Udvalget deltaget i udarbejdelsen af Dansk Pædiatrisk Selskabs nye forslag til retningslinier for definition af risikogrupper i forbindelse med forebyggelse af allergi hos spædbørn, som fremsendt af bestyrelsen til Sundhedsstyrelsen 10.6.93.

Professor Friis-Hansen er desværre per jan. 1993 udtrådt af udvalget, som også i denne sammenhæng gerne vil takke ham for hans store indsats gennem de mange år.

P. A. Krasilnikoff

## **INFORMATIONSDVALGET**

Udvalget består af Ole Andersen, Niels Christian Christensen (HB's repræsentant), Karsten Hjelt, Kirsten Lee, Flemming Ørnkov.

DPS øvrige udvalg er tilskrevet med oplysning om informationsudvalgets eksistens og medlemmernes villighed til at støtte i informationsanliggender. Ole Andersen deltager i revision af Sundhedsstyrelsens hæfte "Sunde Børn". Flemming Ørnkov har i eget regi i samarbejde med Tony Olesen foretaget rundspørge til børneafd. for at belyse vore procedurer/erfaringer vedrørende behandling af incest hos børn. Karsten Hjelt skriver i eget regi i et blad fra et modernælkserstatningsforma, der kommer til alle sundhedsplejerske. Der har været afholdt 2 møder.

Karsten Hjelt

## **DANSK PÆDIATRISK SELSKABS UDVALG FOR SCREENING OG KLINISK GENETIK**

Udvalget har holdt 3 møder. Udvalget har deltaget i planlægning af et pilotscreeningsprojekt vedrørende toxoplasmoseinfektion hos gravide og risiko for smitte af fosteret. Projektet startede 01.05.1992. 5 amter/kommuner deltager (Sønderjyllands Amt, Frederiksborg Amt, Københavns Amt og Københavns Kommune samt Frederiksberg Kommune). Projektet er godt igang. Vil være afsluttet 01.05.1994, hvorefter resultater vil blive evalueret.

Udvalget har desuden udarbejdet et kartotek vedrørende en række sygdomme, screeningsmuligheder, screeningsbehov, fordele og ulemper herved, samt udvalgets anbefaling. Hele kartoteket er sendt til DPS's bestyrelse med henblik på godkendelse og udsendelse til alle de pædiatriske afdelinger. Kartoteket vil løbende blive revideret.

Udvalget er igang med gennemgang og vurdering af et projekt vedrørende hepatitis B-infektion i graviditeten.

Endelig har udvalget ydet vejledning til Dansk Pædiatrisk Selskabs bestyrelse vedrørende besvarelse fra Sundhedsstyrelsen vedrørende prænatal rådgivning, diagnostik og screening. Udvalget har også ydet Seruminstittuttet vejledning vedrørende forældreinformation omkring PKU-screening, samt anbefalet etablering af en biologisk bank for gravide og nyfødte med henblik på et projekt omhandlende intrauterin parvovirus B 19-infektion.

Udvalget har 5 medlemmer: Niels Christian Christensen, Niels Jacob Brandt, Flemming Skovby, Karen Brøndum Nilsen og Birgit Peitersen. Desuden er Bent Nørgaard Pedersen, SSI, permanent associeret medlem.

Birgit Peitersen

## **DANSK PÆDIATRISK SELSKABS UDVALG FOR AIDS HOS BØRN**

Udvalget har holdt 4 møder. Udvalget har foretaget en opgørelse over alle kendte HIV-positive børn i Danmark, samt alle børn med AIDS. En artikel vedrørende status er indsendt til Ugeskrift for Læger og accepteret. Vil blive publiceret i nærmeste fremtid.

Man har desuden haft kontakt til og er nu tilmeldt The European Collaborative Study Group for HIV positive children. Alle afdelinger, der behandler AIDS hos børn, vil i løbet af efteråret, når tilladelse fra den Videnskabetiske Komité foreligger, modtage anmodning om registrering af kendte tilfælde af AIDS hos børn, således at de kan indgå i det samlede europæiske studie.

En vejledning til social- og sundhedsforvaltningen om behandling af sager vedrørende HIV-infektion og børn er udarbejdet i Københavns Kommune og forelagt for AIDS-udvalget, som kan støtte den. Den kan rekvireres i Københavns Kommune, Sociallægeinstitutionen, AIDS-sekretariatet, eller på Hvidovre Hospitals børneafdeling.

Endelig er en råskitse til et projekt omkring identifikation af diverse interventionsstudier omkring HIV og børn i Tanzania under udarbejdelse. Denne ramme vil senere danne grundlag for et egentligt projekt.

Udvalget har 5 medlemmer: Freddy Karup Pedersen, Elma Scheibel, May Olofsson, Niels Clausen og Birgit Peitersen.

Birgit Peitersen

### **DANSK PÆDIATRISK SELSKABS DIAGNOSEUDVALG**

Udvalget har 3 medlemmer: Jens Hertel, Karsten Hjelt og undertegnede (formand), mens Finn Becker Christensen har ønsket at udtræde af diagnoseudvalget.

WHO's nye sygdomsklassifikation 10. udgave er nu oversat til dansk og ifølge Sundhedsstyrelsen skulle den være klar til brug januar 1994. Diagnoseudvalget vil på basis af Sundhedsstyrelsens fordanskede klassifikation udarbejde en ny pædiatrisk diagnoseliste, som gerne skulle være klar til brug 1. januar 1994.

Finn Ursin Knudsen

### **CESP**

CESP (Confederation of European Specialists in Paediatrics) holdt sit årlige møde i St. Vincent i Italien 20. - 23. maj 1993. Fra Danmark deltog P.O. Schiøtz og J. Ramsøe Jacobsen. Efter beslutning i UEMS (Union of European Medical Specialists), som CESP er underorganisation af, er EFTA-landene nu fuldgældige medlemmer og CESP omfatter nu udover de 12 EF-lande Schweiz, Østrig, Sverige, Finland og Norge.

Det vigtigste resultat af mødet er, at der nu er udarbejdet statutter for det nyoprettede European Board of Paediatrics (EPB), som vil blive tilstillet alle de nationale videnskabelige selskaber og speciallægeorganisationer. EPB forventes at kunne påbegynde sine funktioner i løbet af 1993 eller senest i 1994. EPB's opgaver bliver i korthed:

- at give anbefalinger for indholdet af pædiatrisk uddannelse med høj kvalitet, der kan være fælles standard i EF.
- at anbefale hvilke krav, der bør stilles til uddannelsesafdelingerne.
- at skabe et system for europæisk anerkendelse af uddannelsens kvalitet - "European Board Qualification", som færdiguddannede pædiatere skal kunne indstille sig til.

- fremme udveksling af pædiatriske uddannelsessøgende mellem de europæiske lande.

Der arbejdes desuden i CESP med forslag til en fælleseuropæisk indsats for forebyggelse af børneulykker samt med harmonisering af vaccinationsprogrammer. Der er udgivet en oversigt over EF-landenes vaccinationsprogrammer, der kan vejlede læger, der behandler tilflyttende børn fra andre lande.

J. Ramsøe Jacobsen

## **LIPIDGRUPPEN**

Lipidgruppen har i det forløbne år afholdt fire møder. En rapport om "Hyperlipidæmi hos børn" er publiceret i Ugeskrift for Læger (155/11, 15.03.1993), og udvalgsarbejdet om kosttilskud til børn med familær hyperkolesterolemie er afsluttet.

Resultaterne af sidstnævnte, som vil blive publiceret i European Journal of Clinical Nutrition, kan rekvireres hos undertegnede. En praktisk vejledning til behandling af hyperlipidæmi hos voksne er indsendt med henblik på publikation.

Flemming Skovby



## REFERAT

Ordinære generalforsamling i  
Dansk Pædiatrisk Selskab, 3. september 1993

1. **Valg af dirigent**  
Henrik Hertz blev valgt til dirigent
2. **Formandens beretning**  
Formanden gennemgik hovedpunkterne i den skriftlige beretning, udsendt sammen med indkaldelsen til generalforsamlingen. Der har været afholdt ialt 6 møder i selskabet, hvoraf de 3 var temamøder. Møderne har været af god kvalitet med godt fremmøde, men der er mangel på tilmeldte foredrag. Forsamlingen opfordres til at anmelde foredrag. Vår mødet var ligeledes vellykket, men med lav tilslutning. Bestyrelsen foreslog en ændret struktur af vårmødet, med en fælles del og en del bestående af flere parallelsektioner.

Antallet af uddannelsesstillinger er blevet diskuteret med Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen ønskede 14 stillinger. De foreslåede blokke var imidlertid ikke alle fagligt i orden og nogle amter havde slet ikke oprettet de stillinger, der var nødvendige. P.gr.a. de forsinkede forhandlinger blev det i april i år besluttet, at antallet af undervisningsstillinger for 1993/94 blev 8. Vedrørende subspecialisering er der ikke iværksat et tilstrækkeligt antal stillinger til at opfylde det kommende behov.

Indenrigsministeriets lands-landsdelscirkulære blev diskuteret. I efteråret 1992 blev fra Sundhedsstyrelsen fremsendt et forslag, der afveg meget fra det tidligere udkast m.h.t. pædiatri. Bestyrelsen protesterede, og deltog i en række møder med Sundhedsstyrelsen. Det endelige cirkulære blev udsendt i begyndelsen af 1993.

Der er fra Sundhedsstyrelsen nedsat en teknisk arbejdsgruppe vedr. de sjældne handicapgrupper, med deltagelse fra Rigshospitalet (H. Hertz, F. Skovby) Århus Universitetshospital (E. Nathan, J. Østergaard) og Kennedyinstituttet (K. Brøndum Nielsen). Bestyrelsen fandt behov for en drøftelse i DPS af graden af centralisering.

Sundhedsstyrelsen har forespurgt om anvendelse af navlesnors-IgE. Bestyrelsen udformede et kompromis mellem synspunkterne. Kiropraktorbehandling af spædbørn, specielt af kolik, er nu ikke længere omfattet af en klausul. Bestyrelsen havde skrevet til medlemmerne af sundhedsudvalget, sundhedsministrene Ester Larsen og Torben Lund, og må med beklagelse konstatere, at DPS' holdning ikke var blevet fulgt.

Bestyrelsen har udformet et forslag til vedtægtsændring vedr. udvalg under DPS og har bedt de enkelte udvalgsformænd om kommissorier for udvalgene. Der er derefter udformet kommissorieforslag for de enkelte udvalg. Bestyrelsen

har foreslået, at der oprettes to nye udvalg, nemlig et neurologi-udvalg og et ungdoms-medicinsk udvalg. Desuden foreslås senere oprettet udvalg for nefro-urologi, cardiologi og infektionsmedicin.

Bestyrelsen har overvejet, om DPS skulle have nyt navn i lighed med Svenska Barnläkareforening og Norsk Barnelegeforening.

### 3. **Diskussion af formandens beretning**

Den manglende tilslutning til vårmødet blev diskuteret. Ragnhild Dissing anførte, at det var urimeligt at ændre på møderne, der var utroligt vellykkede. Arne Høst var af samme opfattelse, og mente at det dårlige fremmøde skyldtes ændring i datoen. Man kunne istedet få en fast årlig weekend, der så kunne reserveres i god tid til formålet. Finn Ebbesen informerede om, at mødet i 1994 bliver afholdt 2. weekend i maj, fredag og lørdag, og at man var langt fremme med planlægningen. Ved en afstemning var der et stort flertal for at bevare vårmøderne som nu.

Hvorvidt at DPS skulle have et nyt navn affødte en afstemning med ca. 50% for og 50% imod et nyt navn. Der vil blive afholdt den planlagte konkurrence om et eventuelt nyt navn.

Palle Prahl kommenterede bestyrelsens brev til Sundhedsstyrelsen vedr. undervisningsstilling på KAS Gentofte's børneafdeling, der "havde ændret karakter og ikke mere havde neonatologi". Formanden beklagede, at en kopi af skrivelsen ikke var tilsendt KAS Gentofte's Børneafdeling, men at bestyrelsen iøvrigt havde været enig i denne opfattelse. Knud Petersen kommenterede, at de tilfornordnede er ansvarlige for undervisningsstillingerne. Formanden nævnte, at de tilfornordnede var spurgt og havde sagt, at det var bestyrelsens ansvar, men at de i øvrigt var enige. Han mente, at der kunne blive brug for alle afdelinger, hvis antallet af undervisningsstillinger skulle øges.

Karl Wulff ønskede at vide, hvilken relation Sundhedsstyrelsens tekniske arbejdsgruppe vedr. de små handicap-grupper havde til DPS. Niels Hobolth anførte, at man fik indtryk af en politisk promovering af bestemte institutioner. Henrik Hertz forklarede på egne og formandens vegne, at arbejdsgruppen intet havde med DPS at gøre, men at det udelukkende var Sundhedsstyrelsens ønske om repræsentanter, der var blevet fulgt. Når der forelå en rapport ville den blive sendt til forskellige instanser inkl. DPS og kunne derefter kommenteres. Bente Beck var enig i Karl Wulff's spørgsmål og spurgte, hvornår DPS kom ind i dette arbejde. Hun henstillede til bestyrelsen at henvende sig til et bredere publikum før besvarelse til Sundhedsstyrelsen.

Susanne Halken spurgte, hvorfor bestyrelsen havde spurgt så mange enkeltpersoner vedr. navlesnors-IgE istedet for at søge en entydig vejledning. Arne Høst anførte, at

allergologiudvalget burde spørges om allergologiske emner og ikke andre. Formanden svarede, at bestyrelsen tegner svaret til Sundhedsstyrelsen. Da Sundhedsstyrelsen i forespørgslen havde henvist til indlægget i Ugeskrift for Læger fra 1990, havde bestyrelsen bedt Allergologiudvalget sikre enighed i samme kreds og fandt det overordentlig vigtigt, at DPS kunne give et entydigt svar til Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen havde desuden sendt forespørgslen til flere af de pågældende personer.

Kjeld Schmiegelow ønskede at vide, hvorfor der ikke var sket mere m.h.t. de nye ekspert-uddannelser. N.C. Christensen svarede, at det selvfølgelig var beklageligt. De nye kommissorier åbner for, at de enkelte fag-udvalg får mulighed for stimulering af ekspertområderne.

Formandens beretning blev herefter godkendt.

4. **Beretning fra udvalg og Nordisk pædiatrisk forening**  
Uddannelsesudvalgets formand Knud Petersen fortalte om den frustrerende diskussion med Sundhedsstyrelsen om antallet af undervisningsstillinger. Det blev endeligt til 8 stillinger i 1993/94. Der var indført tentamen/evaluering for delkurserne, i overensstemmelse med Specialistnævnets ønsker. M.h.t. ekspertområder er der 2 stillinger på afdeling GN og ellers ikke forslag om sådanne stillinger. Udvalget ville gerne i diskussion med fagudvalg om udformningen af sådanne stillinger.

Steffen Husby kommenterede, at man fra YP's side havde registreret en voldsom utilfredshed fra kursisterne over kvaliteten af tentamen, der altså kun var en prøveordning, og derfor ikke burde få konsekvens. KP svarede, at Sundhedsstyrelsen havde været enig i udvalgets fortolkning.

Diagnoseudvalgets arbejde blev kommenteret af Finn Becker-Christensen, der trak sig ud af udvalget bl.a. p.g.a. den langsomme sagsbehandling i Sundhedsstyrelsen.

Beretninger fra de øvrige udvalg blev godkendt uden kommentarer.

Niels Chr. Christensen orienterede om Nordisk Pædiatrisk Forening. Foreningen afholder Nordiska Barnläkaredagar i Uppsala 18.-20.5.94. Emnerne er specielt infektion, adolescens og smerter. Sektionskassen i Danmark nedlægges og indgår fremtidig i DPS.

5. **Aflæggelse af det reviderede regnskab**  
Regnskab og budget blev fremlagt af kassereren. Regnskabet blev afsluttet 21.6.93 af hensyn til ferieperioden. I denne periode bliver en betydelig del af kontingenterne betalt (ca. 100.000 kr), hvilket gav indtryk af et underskud, der ikke var tilstede. Som noget nyt blev budgettet for næste periode præsenteret. Kassereren anbefalede sponsorering af kuser i det omfang, det var muligt. Karen Brostrøm kommenterede, at der var forskel

på de emner der tiltrak sponsorer, og det gav kassereren hende fuldstændig ret i.

6. **Fastsættelse af kontingent**

Det blev vedtaget at fortsætte med uændret kontingent.

7. **Forslag fra bestyrelse og medlemmer**

Forslag fra bestyrelsen om tilføjelser til §8 og helt ny §9 (associering af selskaber). Knud Petersen ønskede at vide hvad associerede selskaber egentlig betød. Niels Hobolth ønskede blødere formulering af §9 vedr. associerede selskaber, ellers ville ingen selskaber benytte sig af det. Ordet "skal" ændres til "bør". Dette blev besluttet. En formel godkendelse kan foretages på en kommende generalforsamling.

Udvalgskommisiorierne blev godkendt.

Det blev godkendt at oprette et udvalg for børne-neurologi og et udvalg for ungdomsmedicin. U-landsudvalget blev nedlagt.

8. **Valg af bestyrelse blandt de ordinære medlemmer**

Erling Nathan og Jørn Müller udtrådte af bestyrelsen. Nyvalgt blev Ole Andersen, Ole Pryds og Steffen Husby. Niels Chr. Christensen, Sten Petersen og Hans Bisgaard fortsætter i bestyrelsen.

9. **Valg af 2 revisorer**

Finn Ursin Knudsen og Jens Hertel blev genvalgt.

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

Som medlemmer af Nordisk pædiatrisk forenings Repræsentantskab valgtes Finn Ebbesen, Birgitte Friis, Birgitte Marnér og Karsten Kaas Ibsen. Som repræsentant i Dansk Medicinsk Selskab valgtes N.E. Valerius.

Til uddannelsesudvalget valgtes Birgitte Frederiksen og Jon Helgestad. Til ernæringsudvalget valgtes Steffen Husby og Flemming Skovby. Til hæmatologi- og onkologiudvalget Sten Rosthøj. Til screeningsudvalget valgtes Finn Ebbesen og Karl Wulff, til diagnoseudvalget Karsten Hjelt og til informationsudvalget Kjeld Hagen Johansen. Til det nyoprettede neurologiudvalg valgtes Flemming Juul-Hansen, Søren Anker Pedersen, Karen Taudorf, Karl Wulff og John Østergaard. Til det nyoprettede ungdomsmedicinske udvalg valgtes Ole Andersen, Karen Brostrøm, Niels Hobolth, Jørn Müller og Marianne Rix.

De øvrige udvalg fortsatte med uændret personsammensætning.

Steffen Husby

**DANSK PÆDIATRISK SELSKAB**  
**Regnskab for perioden 13.07.92 - 20.06.93**

**Indtægter**

Kontingenter	111.600,00	
Renter og aktieudbytte	4.687,78	
Sponsorering af årbog	18.000,00	
Sponsorering af møder	6.000,00	
Refusion af rejseudgifter	9.386,65	
<b>Ialt</b>		<b>149.674,43</b>

**Udgifter**

Administration	-42.704,16	
Rejser	-9.531,50	
Ordinære møder	-6.151,60	
Bestyrelsesmøder	-1.885,50	
Udvalgsmøder	-22.683,95	
Foreningskontingenter	-10.500,00	
Årbog	-22.603,25	
Gaver	-940,30	
<b>Ialt</b>		<b>-117.000,28</b>

Efteruddannelse - børnekirurgi	-9.640,09	
Efteruddannelse - dermatologi	-7.276,00	
Efteruddannelse - ulandspædiatri	-2.311,00	
Kursus - kardiologi	-28.104,00	
<b>Ialt</b>		<b>-47.331,09</b>

**Resultat** -14.656,92

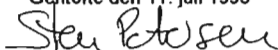
**Formuebevægelse**

Formue 12.07.92	75.048,32	
Resultat 92/93	-14.656,92	
Modtaget for T. Iversens Fond	5.000,00	
Ændring i kursværdi af aktier	-1.740,00	
Formue 20.06.93		<b>63.651,40</b>

**Formueplacering**

GiroBank 540-3308	159,71	
Den Danske Bank 3428 019571	57.731,69	
Aktier (kursværdi 31.12.92)	5.760,00	
Formue 20.06.93		<b>63.651,40</b>

Gentofte den 11. juli 1993



Sten Petersen  
kasserer

**PROFESSOR TORBEN IVERSENS REJSEFOND**

<b>Egenkapital pr. 31.12.91</b>		<b>224.506,02</b>
Renteindtægter 1992	22.016,78	
Administrationsudgifter 1992	-1.667,63	
Uddelinger 1992	-15.000,00	
Ændring i kursværdi af obligationer	-5.127,50	
Ændring i saldo på kapitalkonto	143,02	
<b>Egenkapital pr. 31.12.92</b>		<b>224.870,69</b>
<b>Uddelt april 1993</b>	<b>7.000,00</b>	
<b>Tilbagebetalt 1993</b>	<b>5.000,00</b>	

## Dansk Pædiatrisk Selskab

### Nye medlemmer 1992-93

Bent Stagegaard	Inge Lissau
Maria Miranda	Eva Skaarup
Henrik Vendelbo Nielsen	Lars Kjeldsen
Uffe Stender Hansen	Anders Juul
Finn Jonsbo	Hanne Nødgaard
Jesper Koch	Dorte Lisbeth Jeppesen
Elisabeth Darko	Bente Utoft Andreassen
Gerd Sandgreen	Ulla Stenholt Niklassen
Lisa Linda Højer	Lone Agertoft

### Udmeldte 1992-93

Inge Tygstrup	Susanne Foldager
Erik Boisen	Birger Pagh
Bent Dahl	Margrethe Lystrup

### Afgået ved døden 1992-93

Georg Zahle Østergaard	Ib Boesen
Sven Brandt	

**Dansk Pædiatrisk Selskabs bestyrelse  
består pr. 01.10.93 af følgende medlemmer:**

- Formand:** Overlæge  
N.C. Christensen Dybbølbjerg 24  
Børneafdelingen 6400 Sønderborg  
Sønderborg sygehus  
6400 Sønderborg  
Tlf.: 74 43 03 11 74 48 60 47  
Fax.: 74 42 14 35
- Næstformand:** Overlæge  
Ole Andersen Lærketofte 24  
Børneafdelingen 3500 Værløse  
Hillerød Centralsygehus  
3400 Hillerød  
Tlf.: 48 29 43 04 44 98 01 16  
Fax.: 48 29 43 19
- Kasserer:** Overlæge  
Sten Petersen Ved Kæret 23  
Neonatalafd. GN 5024 2820 Gentofte  
Rigshospitalet  
2100 København Ø  
Tlf.: 35 45 50 26 31 65 62 25  
Fax.: 35 45 50 25
- Videnskabelig sekretær:** 1. reservelæge  
Ole Pryds Teglparken 25  
Neonatalafd. GN 5024 4200 Slagelse  
Rigshospitalet  
2100 København Ø  
Tlf.: 35 45 50 24 58 50 30 81  
Fax.: 35 45 50 25
- Faglig sekretær:** 1. reservelæge  
Steffen Husby Rosenvangs Allé 117  
Pædiatrisk afd. A 8270 Højbjerg  
Århus Kommunehospital  
8000 Århus C  
Tlf.: 86 12 55 55 86 14 93 51  
Fax.: 86 13 95 65
- Repræsentant for DBO:** Afdelingslæge  
Hans Bisgaard Søllerødvej 80  
Børneafd. GKG 4064 2840 Holte  
Rigshospitalet  
2100 København Ø  
Tlf.: 35 45 50 02 45 50 52 05  
Fax.: 35 36 87 17



## DANSK PÆDIATRISK SELSKABS STÅENDE UDVALG M.M.

Nordisk Pædiatrisk Føderations repræsentantskab

F. Ebbesen (1993), B. Friis (1993), B. Marnar (1993), K. K. Ibsen (1993)

Medlemmer af Nordisk Pædiatrisk Føderations Styrelse

O. Andersen (1993), N.C. Christensen (1988), P.A. Krasilnikoff (1991)

Kontaktpersoner for Sundhedsstyrelsen ved ansættelse af overlæger i pædiatri

Vælges for 4 år med mulighed for genvalg x 1  
J. Kamper (1990) med suppleanterne M. Yssing (1990) og T. Klinge (1990)

Specialistnævnets tilforordnede i pædiatri

Vælges for 4 år med mulighed for genvalg x 1  
E. Andersen (1986), N. Clausen (1991), K. Hjelt (1991) og S. Petersen (1991) suppleanter

Repræsentanter i Dansk Medicinsk Selskab

Vælges for 3 år med mulighed for genvalg x 1  
H.B. Mortensen (1991), J. Møller (1988), E. Thisted (1992), N.E. Valerius (1993)

Uddannelsesudvalg

Vælges for ét år med mulighed for genvalg til ialt 6 år  
K.E. Petersen, kursusleder og formand. B. Frederiksen (1993), K.N. Hansen (1990), J. Helgestad (1993), F.U. Knudsen (1990), F.K. Pedersen (1989), K. Schmiegelow (1991), K. Taudorf (1991), J. Østergaard (1992)

AIDS-udvalget

Vælges for 3 år med mulighed for genvalg x 1  
N. Clausen (1988), M. Oluffson (1988), F.K. Pedersen (1988), B. Peitersen (1988)

Astma- og allergiudvalget

Vælges for 3 år med mulighed for genvalg x 1  
H. Bisgaard (1991), J. Henriksen (1992), A. Høst (1992), S. Pedersen (1989), N.H. Valerius (1992)

Gastroenterologi- og  
Ernæringsudvalget

Vælges for 3 år med mulighed  
for genvalg x 1

K. Brostrøm (1987), S. Husby  
(1993), P.A. Krasilnikoff  
(1987), K.F. Michaelsen  
(1991), F. Skovby (1993)

Hæmatologi- og onkologiudval-  
get

Vælges for 3 år med mulighed  
for genvalg x 1

N. Clausen (1985), H. Hertz  
(1978), B.B. Jacobsen (1992),  
O. Nielsen (1991), S. Rosthøj  
(1993), M. Yssing (1982)

Neonatologiudvalget

Vælges for 3 år med mulighed  
for genvalg x 1

B. Djernes (1990), F. Ebbesen  
(1990), G. Greisen (1990), J.  
Hertel (1993), B. Peitersen  
(1992).

Neurologiudvalget

Vælges for 3 år med mulighed  
for forlængelse x 1

F. Juul-Hansen (1993), S.A.  
Pedersen (1993), K. Taudorf  
(1993), K. Wulff (1993), J.  
Østergaard (1993)

Ungdomsmedicinsk udvalg

Vælges for 3 år med mulighed  
for genvalg x 1

O. Andersen (1993), K. Bro-  
strøm (1993), N. Hobolth  
(1993), J. Müller (1993), M.  
Rix (1993)

Udvalget for screening og  
klinisk genetik

Vælges for 3 år med mulighed  
for genvalg x 1

F. Ebbesen (1993), K.B. Niel-  
sen (1992), F. Skovby (1992),  
K. Wulff (1993). B. Nørgaard  
Petersen bisidder.

Diagnoseudvalget

Vælges for 3 år med mulighed  
for genvalg x 1

J. Hertel (1989), F.U.  
Knudsen (1984), K. Hjelt (93)

Informationsudvalget

Vælges for 3 år med mulighed  
for genvalg x 1

O. Andersen (1987), G. Fugl-  
sang (1991), K. Hjelt (1987),  
K.H. Johansen (1993), F.  
Ørnskov (1992)

Repræsentant i UEMS/CESP

P.O. Schiøtz

Repræsentanter i Sundheds-  
styrelsens vaccinationsudvalg

C. Koch (1980), F.K. Pedersen  
(1980)

Repræsentanter i Foreningen  
for Familieplanlægning

S. Krabbe (1992)

Repræsentanter i Dansk Car-  
diologisk Selskabs Lipidgrup-  
pe

F. Skovby (1988)

Revisorer

J. Hertel (1992), F.U. Knud-  
sen (1990)

# UNGDOMSPÆDIATRI.

## Baggrund:

Efteråret 1990 modtog DPS henvendelse fra overlæge Tove Tonesparr, børneafdelingen, Tromsø, vedrørende organisation af ungdomspædiatri i Danmark. Da der ikke foreligger nogen officiel organisation på dette område, besluttede bestyrelsen på sine møder 04.01.91 og 23.03.91 at nedsætte et udvalg til belysning af problemet. Jørn Müller anmodede Niels Hobolth, Ole Andersen og Mariane Rix om at deltage i arbejdet. Også Bendt Brock-Jacobsen blev forespurgt, men måtte afslå på grund af arbejdspress.

## Mødeaktivitet:

Undertegnede skrev d. 6. januar 1992 til overlæge Tonesparr med henblik på at få oplyst eventuelle konklusioner af det norske arbejde med ungdomspædiatri. Jeg har ikke modtaget noget svar. Udvalget har holdt et møde, den 6. april 1992 på Afdeling for Vækst og Reproduktion GR, Rigshospitalet. Til stede var Niels Hobolth, Mariane Rix og Jørn Müller, mens der forelå afbud fra Ole Andersen. Den øvrige kommunikation er foregået pr. brev eller telefon.

Referat af møde vedlagt.

Efterfølgende blev der skrevet til følgende pædiatere, som måtte formodes at have særlig indsigt i hver deres subspecialer med henblik på at belyse ungdomspædiatri fra forskellige vinkler: (kopi af brevet vedlagt)

Allergologi: Søren Pedersen

Adfærdsproblemer: Jens Christoffersen

Nefrologi: Hans Jørgen Andersen

Neuropædiatri: Peter Bækgaard

Kardiologi: Joes Ramsøe

Gastroenterologi: P.A. Krasilnikoff og Christian Hansted

Onkologi: Niels Clausen

Reumatologi, infektion og immunologi: Freddy Karup Pedersen

Skolelægen Bente Hansen

Ungdomspsykiatri: Bent Kawa

Endokrinologi: Bendt Brock Jacobsen.

Udvalget har ikke modtaget svar fra Peter Bækgaard, P.A. Krasilnikoff, Christian Hansted, Freddy Karup Pedersen og Bente Hansen.

## Rapport:

Udvalget har resumeret de enkelte svar som følger:

*Ad kronisk syge børn, der vokser op.* Der eksisterer allerede nu en vis pædiatrisk service over for sådanne patienter i aldersgruppen 15-18 (20) år. Det gælder især børn og unge, hvis vækst og udvikling ikke er afsluttet ved udgangen af det 15. år. Denne uofficielle praksis bør stadfæstes og udbygges således, at der er mulighed for pædiatrisk service til alle unge, som er kronisk syge, og som hverken psykisk eller fysisk er alderssvarende. Der bør ved samarbejde med tilsvarende voksenspecialer sikres en glidende overgang fra behandlingen i pædiatrisk regi til voksenafdelingen. I enkelte subspecialer, som f.eks. kardiologi synes der dog ikke at være et sådant behov, idet voksenkardiologer er pædiatrisk trænede, hvorfor de kan overtage patienterne umiddelbart. Inden for onkologien er der et klart behov for at definere, hvem der tager sig af kontrollen med eventuelle langtidsbivirkninger af behandlingen.

*Ad børn og unge, der bliver syge efter det fyldte 15. år.* I de fleste amter henvises børn, der er fyldt 15 år til voksenafdelinger. Der er imidlertid inden for visse subspecialer behov for, at denne praksis ændres. Det gælder specielt unge med endokrinologiske og onkologiske sygdomme, hvor en ungdomspædiatrisk service kunne være hensigtsmæssig mhp. at sikre bedst mulig kontakt, operetholde undervisning og assistere ved erhvervsvalg. Dette gælder i høj grad også for unge med adfærdsproblemer. Inden for psykiatri er der etableret ungdomspsykiatriske afdelinger, men de er ofte administrativt underlagt voksenafdelinger, og har bortset fra et enkelt sted ikke selvstændigt vagtberedskab. Dansk psykiatrisk Selskab har nedsat en arbejdsgruppe til belysning af emnet.

*Ad antal patienter.* Der kan kun inden for onkologien sættes tal på. Der opstår årligt ca. 70 nye tilfælde af cancer i aldersgruppen 15-18 (20). Samtidig er det skønnet, at ca.1 af hver 1000 unge i år 2000 vil have overlevet cancer i barnealderen.

*Ad ambulant/stationær funktion.* Langt den største del af ungdomspædiatrien vil kunne foregå ambulant. Der vil dog være behov for at kunne indlægge unge på et særligt afsnit. Dette gælder i særlig grad inden for onkologien. I forbindelse med den ambulante funktion vil det være vigtigt med utraditionelle åbningstider (sen eftermiddag og aften).

*Ad samarbejdspartnere.* Der er behov for kontakt til det enkelte subspeciales pendant inden for voksenmedicinen. Endvidere nævnes gynækologer og psykologer/psykiatere som vigtige samarbejdspartnere.

### Konklusion

Sammenfattende skønner udvalget, at de er behov for en revidering af visitationsreglerne for de 15-18 (20) årige. Man kunne forestille sig, at visse diagnoser udløste krav om kommentar fra pædiater før endelig visitation. De kronisk syge børn bør kunne fortsætte i pædiatrisk regi indtil 18-20 års alderen. Hvert amt bør have ungdomspædiatrisk afsnit med pædiatrisk ledelse og lægebemanding. For at markere DPS' engagement i denne aldersgruppe kunne selskabet eventuelt tage navneforandring til Dansk Selskab for Pædiatri og Adolescens Medicin.

Forslag til kommissorium for

### **Dansk Pædiatrisk Selskabs UDDANNELSESUDVALG**

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

Udvalget skal lede videre- og efteruddannelsen i pædiatri, herunder

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

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

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

### **Dansk Pædiatrisk Selskabs UDVALG FOR ERNÆRING OG GASTROENTEROLOGI**

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

Udvalget skal indenfor 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.

### **Dansk Pædiatrisk Selskabs ASTMA- OG ALLERGIUDVALG**

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 landsdelsspecialfunktion for kroniske lungesygdomme.

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.

### **Dansk Pædiatrisk Selskabs AIDS-UDVALG**

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

Udvalget skal indenfor HIV infektion og AIDS hos børn og gravide

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

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

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

### **Dansk Pædiatrisk Selskabs HÆMATOLOGI- OG ONKOLOGIUDVALG**

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

Udvalget skal inden for områderne, som vedrører hæmatologiske og onkologiske lidelser hos børn

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

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

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

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

### **Dansk Pædiatrisk Selskabs 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.

### **Dansk Pædiatrisk Selskabs 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.

### **Dansk Pædiatrisk Selskabs 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 barndommen.
- 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.

#### **Dansk Pædiatrisk Selskabs INFORMATIONSUDDVALG**

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

Udvalget

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

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

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

#### **Dansk Pædiatrisk Selskabs NEUROLOGIUDVALG**

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

Udvalget skal inden for børneneurologi

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

### **Dansk Pædiatrisk Selskabs 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 forespørgsler.
- 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.

**Antallet af afdelinger, sengepladser og stillinger på pædiatriske afdelinger pr. 01. september 1993.**

Afdelinger	Senge	0/VBO	AL	R1	R
<b>Afdelinger med undervisningsstillinger:</b>					
Rigshospitalet, afd. GGK *)	86	9/0	10	10	14
Hvidovre Hospital	70	4/0	5	6	8
KAS, Glostrup, afd. L	97(+15)	8/0	2	6	15
Odense, afd. H	92	6/0	2	11	7
Århus KH, afd. A	76	8/0		9	9
Ålborg Nord	66	5/0	7	3	11
<b>IALT</b>	<b>502</b>	<b>40/0</b>	<b>26</b>	<b>45</b>	<b>64</b>

**Andre afdelinger godkendt til 18 mdr. R1 og 12 mdr. introduktionsuddannelse:**

KAS, Gentofte	62	2/0	2	6	9
Sundby Hospital	28	1/0	4	0	5
Hillerød	71	4/0		8	8
Holbæk	43	3/0	5	4	4
Næstved	36	3/0		4	4
Kolding	50	4/2		5	7
Herning	41	3/3		2	7
Viborg	40	4/1		3	8
Roskilde	51	2/3		3	7
Esbjerg	54	3/3		3	7
Randers	27	2/0		2	5
<b>IALT</b>	<b>503</b>	<b>31/12</b>	<b>11</b>	<b>40</b>	<b>71</b>

**Afdelinger godkendt til 6 mdr. R1 og/eller 6 eller 12 mdr. introduktionsuddannelse.**

Nykøbing Falster	24	3/0		1	5
Sønderborg	42	3/0		2	6
Hjørring	21	2(+1)/0		2	5
Rigshospitalet, afd. GN	28	2/0		4	8
Rigshospitalet, afd. GR		1/0	1	0	
<b>IALT</b>	<b>115</b>	<b>12/0</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>24</b>
<b>Alle afdelinger</b>	<b>1.120</b>	<b>83/12</b>	<b>38</b>	<b>94</b>	<b>159</b>

\* ) Incl. børnekirurgisk afd.

\*\* ) Incl. Vangede huse

AL = Afdelingslæger.

VBU = Vagtbærende overlæger

Udarbejdet af Knud E. Petersen  
2-51

**Kommentarer  
til  
antallet af afdelinger, sengepladser og stillinger  
på pædiatriske afdelinger  
pr. 01. september 1993**

I forhold til 1992, er sengetallet næsten uændret - steget fra 1.112 til 1.120 senge på landsbasis.

Der er heller ikke de store ændringer m.h.t. reservelæger, 165 - nu 159.

Antallet af 1. reservelæger er faldet fra 105 til 94.

Antallet af afdelingslæger er steget fra 25 til 38 - en stigning der væsentligst er sket på afdelinger på Sjælland og i Aalborg.

For overlægernes vedkommende har man for første gang opgjort antallet af sideordnede overlæger og antallet af vagtbærende overlæger.

Totalt er antallet af overlæger 97 mod sidste år 88.

Det er tankevækkende, at der kun er 12 vagtbærende overlæger - væsentligst på "B"-afdelinger i Jylland (+Roskilde).

De enkelte afdelingers ændringer kan ses ved at sammenligne med tilsvarende tabel i Årbogen for 1991/92, side 88.

KP  
01.10.1993

**VEDTÆGTER**  
**for**  
**DANSK PÆDIATRISK SELSKAB**  
**stiftet d. 13. oktober 1908**

(lovændring af 09.03.1960, 12.11.1969, 14.10.1970, 07.09.1984, 06.09.1991 og 04.09.92)

**§ 1**

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

**§ 2**

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

**§ 3**

Generalforsamlingen er selskabets øverste myndighed. 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. Fastsættelse af kontingent.
6. Forslag fra bestyrelsen og medlemmerne.
7. Valg af bestyrelse blandt de ordinære medlemmer.
8. Valg af 2 revisorer.
9. Valg af udvalgsmedlemmer og repræsentanter for selskabet.
10. Eventuelt.

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

#### § 4

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

Bestyrelsen konstituerer sig med en formand og en næstformand, som skal være speciallæger i pædiatri, samt en faglig og en videnskabelig sekretær og en kasserer. I tilfælde af stemmelighed er formandens stemme afgørende.

Formandsposten kan kun beklædes af samme person i 3 år i træk. Kassereren tegner selskabet i økonomiske anliggender.

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

#### § 5

Generalforsamlingen vælger:

1. Repræsentanter til Dansk Medicinsk Selskabs repræsentantskab. Repræsentanterne, der skal være læger, har en funktionstid på 3 år. Umiddelbart genvalg kan finde sted een gang.
2. Den særlige kontaktperson samt 2 suppleanter for denne, som af Sundhedsstyrelsen vil få forelagt de respektive ansættelsesmyndigheders indstilling til overlæger i pædiatri. Kontaktpersonen og suppleanterne skal have speciallægeanerkendelse i pædiatri og være pædiatriske overlæger. Kontaktpersonens og suppleanternes funktionstid er 4 år og umiddelbart genvalg kan finde sted een gang.
3. De i lov om udøvelse af lægegerning i §4, stk. 2 omhandlende 2 speciallæger i pædiatri tillige med 2 suppleanter, som indstilles til Sundhedsstyrelsen som Specialistnævnets tilfornordnede i pædiatri. De tilfornordnede indstilles for 4 år. Umiddelbart genvalg kan finde sted een gang.
4. En kursusleder og yderligere 8 medlemmer til et uddannelsesudvalg,

som leder videre- og efteruddannelsen i pædiatri. Mindst 3 og højst 5 medlemmer må ved valget være i slutstilling. Valgene gælder for 1 år. En sammenhængende funktionsperiode må kun for kursuslederen overstige 6 år. Ved vakance supplerer uddannelsesudvalget sig selv indtil førstkommande generalforsamling.

- 5a. En person uden for DPS' bestyrelse til Nordisk Pædiatrisk Forenings styrelse. Styrelsesmedlemmets funktionstid er 3 år, og genvalg kan finde sted 2 gange.
- 5b. En repræsentant for hver påbegyndt 100 medlemmer i DPS til Nordisk Pædiatrisk Forenings repræsentantskab. Funktionstiden er 3 år med ret til genvalg 2 gange.

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

## § 6

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

## § 7

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

## § 8

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



**DANSK PÆDIATRISK SELSKAB  
PROFESSOR TORBEN IVERSEN'S REJSEFOND FOR YNGRE BØRNELÆGER**

**VEDTÆGTER**

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

\*\*\*\*\*

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

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

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



Sundhedsstyrelsen  
Att. Læge Janne Lehmann Knudsen  
Amaliegade 13  
Postboks 2020  
1012 København K

Sønderborg, d. 19.1.93.

Vedrørende prænatal rådgivning, diagnostik og screening.

Dansk Pædiatrisk Selskab takker for muligheden for at fremkomme med synspunkter vedrørende målsætning for indsatsen på ovennævnte område.

Det er selskabets holdning, at rådgivning og screening bør være et tilbud til risikogrupper af gravide. Det skal være frivilligt at deltage, men valget skal ske på baggrund af sufficient oplysning om undersøgelsens formål, metode og risiko. Screening bør kun omfatte sygelige tilstande. Det bør være den gravide og hendes families egen afgørelse, hvilke konsekvenser der skal drages af undersøgelsessvaret. Dette forudsætter ligeledes kompetent rådgivning.

Det væsentlige er således at give det enkelte forældrepar bedst mulig viden som handlegrundlag i deres konkrete situation.

Dette er ikke udtryk for en generel holdning til handicap. Forbedrede mulighed for prænatal diagnostik bør forelægges på en måde, at det ikke påvirker den almindelige holdning overfor handicappede på en negativ måde eller resulterer i mindsket støtte til de handicappede, der bliver født, heller ikke i tilfælde, hvor forældre ikke har ønsket prænatal diagnostik eller hvor de efter fund af abnormiteter, har afstået fra afbrydelse af svangerskabet.

I forhold til de tidligere retningslinier, er antallet af kendte årsager til fosterskade øget væsentlig. Det drejer sig om miljøfaktorer, en række infektioner (toxoplasmoser, virusinfektioner etc.) arbejdsmæssige forhold og andre. Dertil kommer, at antallet af sygdomme, der kan diagnostiseres prænatalt er i stadig stigning. Disse forhold øger bredden af den rådgivning og diagnostik den gravide (og i nogen tilfælde den "prægravide") har brug for og dette må medtages, når fremtidige screeningsprogrammer overvejes.

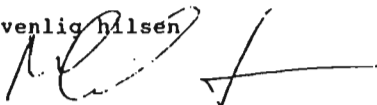
Det fremgår af ovennævnte, at vi finder at rådgivning er en væsentlig del af screening og diagnostik og en udbygning og sam-

ordning af den nuværende prænatale vejledning er nødvendig.

Dansk Pædiatrisk Selskab deltager gerne i det fortsatte arbejde, som vi finder meget væsentligt.

Overlæge Birgit Peitersen, børneafdelingen, Hvidovre Hospital er formand for selskabets screeningsudvalg og indtræder gerne i en evt. arbejdsgruppe.

Med venlig hilsen



N.C. Christensen  
overlæge, børneafdelingen, Sønderborg sygehus  
næstformand Dansk Pædiatrisk Selskab



Sundhedsminister Torben Lund  
Sundhedsministeriet  
Christiansborg Slotsplads 1  
1218 København K

Århus, den 22.04.93

EN9358/mkm

**Vedr.: Kiropraktorbehandling af spædbørn**

Ifølge dagspressen er et flertal i Folketinget parat til at ændre loven om kiropraktorer, således at undtagelsesbestemmelsen om spædbørn mellem 0 - 1 år fremover skulle bortfalde. Begrundelsen skulle være, at bestemmelsen har medført et kraftigt fald i antallet af spædbørn, som behandles hos kiropraktorer.

Dansk Pædiatrisk Selskab (de danske børnelægers videnskabelige sammenslutning) må på det kraftigste fraråde en sådan ændring. Henvendelsen sker af hensyn til børnene. (Og for straks at udrydde eventuelle misforståelser skal det understreges, at der ikke for de danske børnelæger er knyttet nogen økonomisk interesse til problemet).

Når undtagelsesbestemmelsen i loven har medført fald i kiropraktorbehandlingen har det følgende baggrund: Når forældre til spædbørn henvender sig til lægen med anmodning om erklæring til brug ved kiropraktorbehandling, vil årsagen selvsagt være, at barnet ikke er raskt (det har kolik). Hvis lægen forsømmer at klarlægge sygdommens karakter, vil han dels udsætte barnet for fare og dels ikke sikre, at barnet kan tåle kiropraktik. Lægen skal naturligvis spørge forældrene om symptomernes karakter og undersøge barnet. I den overvejende del af tilfældene vil lægen dermed have diagnosticeret årsagen til tilstanden, og kunne anvise den nødvendige og effektive behandling. Undlader han det, overtræder han efter vores opfattelse både lægeloven og bistandsloven. Folketingets vedtagelse af begrænsningen af kiropraktorbehandling har betydet et fremskridt i sikringen af, at småbørn får den fornødne lægehjælp hurtigst muligt nemlig i de tilfælde, hvor forældrene tidligere ville have henvendt sig til kiropraktoren først.

Som eksempel på årsager til koliksymptomer kan nævnes:  
Tarmslyng, mellemørebetændelse, epilepsi, urinvejsin-  
fektion, knoglebrud, kræftsygdomme, lidelser i vækst-  
zonerne, svækkelse af knoglestrukturen af anden  
grund, børnegigt, forstoppelse, brok, børne-  
 mishandling og forsømmelse af barnet, fejlhåndtering  
i spisesituation, uenighed mellem forældrene og meget  
andet.

Det er selvsagt en lægelig opgave at diagnosticere disse  
tilstande.

Uanset om det kun vil være et mindre antal børn, som fejler  
en af ovennævnte tilstande må det være indlysende, at det  
offentlige bør sikre spædbørnenes velfærd ved fortsat at  
kræve lægeundersøgelse før der ydes tilskud til kiroprak-  
torbehandling.

Det fremgår af dagspressen, at kiropraktorerne påberåber  
sig en høj helbredelsesprocent. Det er forlængst påvist, at  
læger og sundhedsplejerskers rådgivning har en ligeså høj  
helbredelsesprocent og hertil kommer, at man derved sikrer,  
at der ikke overses alvorlige og behandlingskrævende til-  
stande.

På Dansk Pædiatrisk Selskabs vegne

Med venlig hilsen



E. Nathan  
adm. overlæge  
Århus Kommunehospital  
formand for Dansk Pædiatrisk Selskab



Sundhedsstyrelsen  
Att.: Lis Sahl Andersen  
Amaliegade 13  
Postboks 2020  
1012 København K

Århus, den 10.06.93  
EN9386/mkm

**Vedr.: Retningslinier for definition af risikogrupper i forbindelse med forebyggelse af allergi hos spædbørn, Sundhedsstyrelsens jr. nr. 3190-7-1991**

I brev af 22.12.92 anmoder Sundhedsstyrelsen om forslag til, hvordan man afgrænser den gruppe børn, der har særlig risiko for at udvikle allergiske sygdomme.

Følgende kan anvendes ved afgrænsning af risikogrupperne:

1. Sygdomsdisposition baseret på anamnesen:
  - A: Dobbeltdisposition, dvs. begge forældre har (lægeverificeret) atopisk sygdom. I så fald er risikoen for allergiudvikling høj, formentlig omkring 75% ved samme allergen, ellers ca. 50%.
  - B. Enkeltdisposition: risikoen for allergiudvikling er formentlig øget 2 eller 3 gange i forhold til normalbefolkningen.
2. Navlesnors-IgE:

Undersøgelsen har en lav positiv prædiktiv værdi og vil ikke alene kunne anvendes til isolering af risikogrupper.
3. Kombination af 1B og 2:

Kombination af 1B og 2 øger den positive prædiktive værdi vedrørende IgE medieret allergi til ca. 40%.

Udsættelse for passiv rygning øger risikoen for astmatisk bronchitis med en faktor 2-4 gange og risikoen for astma med 2 gange. Desuden tyder undersøgelser på, at risikoen for allergiudvikling øges.

Profylakse i form af at fjerne allergenet holder selvsagt børnene fri for den pågældende allergi imens. Det er tillige vist, at diætisk profylakse reducerer forekomsten af atopisk dermatitis og fødevarerallergi, især komælksallergi, i de første leveår. Der findes imidlertid ingen dokumentation for effekt på respirationsvejslidelser eller rhinitis.

For alle børn i gruppe 1 og 3 gælder det, at 16-20% af børnene vil få fødevarebetingede allergiske manifestationer i spædbørnsalderen. Komælksallergi findes i alle sværhedsgrader med relativ ringe risiko for svær, livstruende sygdom; men risikoen er størst i spædbørnsperioden. For børn, som udvikler allergi, vil en sufficient diagnostiseret og behandlet komælksallergi næppe give varige følger. Ca. 90% af børn med komælksallergi vil være vokset fra tilstanden i løbet af de 3 første leveår.

Belastningen for et barn, som udvikler komælksallergi eller anden allergisk sygdom, må sammenholdes med den eventuelle effekt af profylaksen samt med risikoen for at raske børn stigmatiseres ved unødigt at få profylakse og med samfundsøkonomiske hensyn.

Dansk Pædiatrisk Selskab finder, at alle børn såvidt muligt bør følge de almindelige anbefalinger og ammes til 6 måneders alderen og undgå fast føde de første 4 levemåneder. Alle børn bør i de første 3-4 levedøgn have vand, hvis der er behov for væske udover amning i dette tidsrum. I de sjældne tilfælde, hvor der er behov for modermælkserstatning bør disponerede børn have hydrolyserede modermælkserstatningspræparater som f.eks. Nutramigen, Profylac eller lignende i denne korte periode. Ved sikker dobbeltdisposition til allergi bør de nævnte hydrolyserede mælkeerstatningspræparater anbefales i de første 4 levemåneder, hvis amning ikke kan gennemføres. Desuden bør udsættelse for passiv rygning undgås. I alle andre tilfælde kan profylakse undlades.

Opmærksomheden henledes på, at man kan vælge at medtage børn med enkeltdisposition til atopisk sygdom i kombination med forhøjet navlesnors-IgE (mindst 0,3 KU/l); herved medtages yderligere et antal børn, som vil få allergi, men antallet af børn, som vil blive tilbudt profylakse uden grund, stiger også.

Der er blandt pædiaterne divergerende opfattelser af værdien af profylakse og ovenstående er derfor udtryk for et kompromis. Man vil fra Dansk Pædiatrisk Selskab fortsat følge udviklingen.

Med venlig hilsen



E. Nathan  
adm. overlæge  
formand for Dansk Pædiatrisk Selskab