

ÅRBOG

1998-99

Redigeret af Jes Reinholdt



■ **DANSK PÆDIATRISK SELSKAB** ■

Årbogen for Dansk Pædiatrisk Selskab 1998-1999 er opbygget som de tidligere år og indeholder program samt referater fra årets møder. Herudover forefindes formandens beretning og beretninger fra samtlige udvalg under DPS. Kommissorier for udvalgene samt reglerne for DPS er medtaget.

Vi takker samtlige sponsorer for bidrag til bogens produktion.

Der er desværre ikke fremsendt abstract fra alle foredragene.

Bestyrelsen

INDHOLDSFORTEGNELSE

MØDER OG REFERATER AF FOREDRAG	Side
675. møde, 30. til 31. oktober 1998: HØSTMØDE, BØRNEAFDELINGEN, SKEJBY SYGEHUS	9
676. møde, 15. januar 1999: CLINICAL AND GENETIC ASPECTS OF THYROID AND ADRENAL DISORDERS	17
677. møde, 19. marts 1999: HEPATOLOGI + EKSTRAORDINÆR GENERALFORSAMLING	20
678. møde, 7. til 8. maj 1999: VÅRMØDE VIBORG	21
679. møde, 10. september 1999: DRG - SENSIVITET OG SPECIFICITET. Overlæge dr.med. Erik Andersen, Medicinsk Afdeling, Viborg Sygehus.	39
ORDINÆR GENERALFORSAMLING	

BERETNINGER	Side
Formandsberetning 1998–99	40
Allergologi- og pulmonologi- udvalget	48
Ernærings- og gastroenterologi- udvalget	49
Hæmatologi- og onkologi- udvalget	50
Infektions-udvalget	51
Neonatologi-udvalget	52
Neuropædiatri-udvalget	53
Screening og klinisk genetik-udvalg	53
Uddannelses-udvalget	54
Ungdomsmedicin-udvalget	55
Nefro-urologiudvalg	56
Beretning fra Specialistnævnets tilforordnede i pædiatri	57
Diagnoseudvalget	57
Socialpædiatrisk udvalg	58
§ 14-udvalget	59
Børnecardiologisk udvalg	59
Endokrinologiudvalget	60
Vejledning vedrørende behandling af gravide med epilepsi og deres børn	61

REFERATER	Side
Generalforsamling i DPS 10. september 1999	74
Ekstraordinær generalforsamling 19. marts 1999	76
Regnskab for perioden 16.6.98 – 15.6.99	77
Professor T. Iversens rejsefond	78
Legatuddelinger professor T. Iversens rejsefond	78
Nye medlemmer i DPS	79
DPS's bestyrelse og udvalg pr. 15. oktober 1999	80
Kommissorier for udvalg	82
Vedtægter for DPS	88
Vedtægter for professor Torben Iversens rejsefond	92

675. møde, 30.-31. oktober 1998:

HØSTMØDE, BØRNEAFDELINGEN, SKEJBY SYGEHUS

Chairman: Overlæge Thomas Balslev

- Robert H.A.Haslam: Conditions mimicking epilepsy in childhood.
Keld Sørensen: Non-surgical intervention in congenital heart disease.

Chairman: Overlæge Troels Herlin

- Taunton Southwood: A new classification of childhood chronic arthritis.
Mikael Thastum: Pain and pain coping strategies in children with juvenile rheumatoid arthritis
Gitte Dehlholm: "Oppe på bjerget - ude på landet"

Chairman: Professor P.O. Schiøtz

- Soren Rittig: Enuresis nocturna. Nye aspekter vedr. patofysiologi og behandling.
Charlotte Siggaard: Familiær diabetes insipidus. Klinik og molekylærbiologisk diagnostik.
Anette Haagerup: "Arvelighed i allergi....."
Carsten Heuck: Korttidsvækst og knogle- og kollagen stofskifte under behandling med inhaleret budesonid
N. Birkebæk: Hudtykkelse på injektionssteder samt vævsplaceringen af det injicerede insulin hos børn med diabetes mellitus

Chairman: Overlæge Troels Herlin

- Robert H.A.Haslam: North American approach to education.
Thomas Balslev: OSCE the first danish experience.

SMERTEOPELEVELSE OG SMERTEMESTRING HOS BØRN MED JUVENIL ARTHRIT OG DERES FORÆLDRE. 2 UNDERSØGELSER.

Mikael Thastum ^{1,2}, Bobby Zachariae ², Troels Herlin ¹

1: Børneafdelingen, Skejby Sygehus, Aarhus Universitetshospital, Aarhus.

2: Psykologisk Institut, Aarhus Universitet, Aarhus, Danmark

Formålet med første undersøgelse (1) var at sammenligne reaktioner på eksperimentel smerte (Cold Pressor Pain) hos børn med juvenil arthrit (JA), raske børn, og deres forældre. *Metode:* Vi sammenlignede smerte tærskel, intensitet, tolerance, ubehag og mestringsstrategier hos 15 JA børn (alder 9-15) og deres forældre og en kontrolgruppe på 25 raske børn (alder 9-12) og deres forældre. *Resultater:* JA børn havde signifikant lavere smertetolerance end raske børn., men forældrene til JA børnene vurderede at deres børn kunne udholde mere smerte, end forældrene til de raske børn vurderede at deres børn kunne udholde. Smertetolerancen korrelerede signifikant med sygdomsvarigheden. Der var korrelationer mellem børnene og deres forældres smerteintensitet og tolerance. Brug af smertemestrings-strategien "katastrofetænkning" var associeret med lavere smerteudholdenhed og højere smerteintensitet.

Til brug for vores anden undersøgelse oversatte og afprøvede vi et nyudviklet smertemestrings spørgeskema for børn og fandt, at spørgeskemaet i denne præliminære undersøgelse havde en tilstrækkelig realibilitet og validitet til at kunne anvendes på danske børn (2).

Formålet med anden undersøgelse (3) var at sammenligne JA børn og deres forældres smertemestringsstrategier, og at undersøge, om en gruppe gigtbørn med lav smerteoplevelse i relation til gigttaktiviteten adskilte sig fra en gruppe gigtbørn med høj smerteoplevelse i relation til gigttaktiviteten med hensyn til deres rektioner på eksperimentel smerte og brug af smertemestringsstrategier. Desuden ønskede vi at undersøge, om vi kunne gentage vores fund fra første undersøgelse. *Metode:* Deltagere: 16 JA børn og en af deres forældre og 14 raske børn og en af deres forældre. JA børnene blev inddelt i en høj smerte gruppe (N=7), og en lav smerte gruppe (N=9). Børnene og forældrene blev udsat for eksperimentel smerte (Cold Pressor Pain). Vi sammenlignede smertetærskel, intensitet, tolerance, ubehag og smertemestrings-strategier hos børn og forældre. *Resultater:* JA børn havde signifikant lavere smertetolerance end raske børn. Sygdomsvarigheden korrelerede signifikant med både eksperimentelle og kliniske smertemål. Der var signifikante korrelationer mellem børn og deres forældres brug af mestringsstrategier. Brug af Distraction som mestringsstrategi var associeret med større eksperimentel smerteudholdenhed, og brug af Katastrofetænkning var associeret med mindre eksperimentel smerteudholdenhed. JA børn der brugte Positiv Tænkning og Distraction som mestringsstrategi havde lavere klinisk smerteoplevelse. "Lav-smerte" JA børnene brugte mere Distraction end "høj-smerte JA børnene".

1: Thastum M, Zachariae R, Schøler M, Bjerring P, Herlin T (1997) Cold pressor pain: comparing responses of juvenile arthritis patients and their parents. *Scan J Rheumatol* 26:272-27.

2: Thastum M, Zachariae R, Herlin T, Schøler M (1998) A Danish adaptation of the Pain Coping Questionnaire for children: Preliminary data concerning validity and reliability. *Acta Pædiatrica* (in press).

3: Thastum M, Zachariae R, Herlin T (1998) Pain experience and pain coping strategies in Juvenile Arthritis patients and their parents. (in preparation).

FAMILLÆR DIABETES INSIPIDUS, KLINIK OG MOLEKYLÆR BIOLOGISK DIAGNOSTIK

Charlotte Siggaard og Søren Rittig, Pædiatrisk afd. Skejby Sygehus

Regulation af vandbalancen er en af kroppens vigtige homeostatiske funktioner, og målet med denne regulation er at holde den osmotiske koncentration i plasma (pOSM) indenfor relativt snævre grænser (ca. 275 - 285 mosmol/kg). Regulationen varetages hovedsageligt af to funktioner:

1) sekretion af det anti-diuretiske hormon arginin vasopressin (AVP) og 2) fornemmelse af tørst.

AVP: AVP produceres af højt specialiserede neuroner i hypothalamus og transporteres til hypofysens baglap hvor det frigøres ved forskellige stimuli. Det vigtigste stimulus er stigning i pOSM medieret via osmoreceptorer. Hos mennesket er der en tæt lineær sammenhæng mellem pOSM og pAVP, som er karakteristisk for hvert individ, og som er delvist genetisk betinget. Funktionen af AVP er at øge nyrenes urin-koncentreringsevne og dermed nedsætte urinproduktionen.

Tørst: Fornemmelsen af tørst kan objektiviseres på visuel-analog skala og er næsten ligeså nøjagtigt reguleret af pOSM som sekretionen af AVP. Det er karakteristisk for normale, at tærskelværdien for tørst-fornemmelse er højere end for AVP-sekretion.

Diabetes insipidus: Når disse regulatoriske funktioner er defekte kan der opstå diabetes insipidus, som defineres ved en abnormt høj ($> 75-100$ ml/kg/24h hos børn) og dårligt koncentreret (< 300 mosmol/kg) urinproduktion. De vigtigste årsager til diabetes insipidus er nedsat produktion af AVP (central), nedsat renal følsomhed for AVP (nefrogen) og abnorm stor væskeindtagelse (dipsogen). Differentialdiagnosen kan være let men ved de partielle former kræves ofte måling af pAVP sammen med urin og plasma osmolalitet samt stimulation med AVP analogen dDAVP. Den dipsogene diabetes insipidus kan ses i forbindelse med anden hypothalamisk dysfunktion.

Den centrale diabetes insipidus kan skyldes forskellige lidelser i hypofyse/hypothalamus området, men kan også optræde som en autosomal dominant sygdom. Sygdommen er karakteriseret ved at symptomerne først opstår i løbet af de første leveår. Såvel autopsifund som MR skanning af neurohypofysen tyder på, at manglen på AVP er associeret med degeneration af de magnocellulære neuroner. Den genetiske baggrund for sygdommen har været ukendt indtil begyndelsen af 1990-erne men nyere forskning har koblet sygdommen til forskellige mutationer i genet der koder for AVP hormonet. Hvordan mutationer i det ene allel af AVP-NP11I genet forårsager diabetes insipidus er ukendt og celle-forsøg er ved at afklare de patogenetiske mekanismer bag den dominant negative effekt af mutationerne.

ARVELIGHEDEN I ALLERGI

A. Haagerup¹, T. Bjerke², P. O. Schiøtz³, R. Dahl⁴, H. G. Binderup¹ & T. A. Kruse⁵

¹ Institut for Human Genetik, Århus Universitet ² Astra, Lund, Sverige ³ Børneafdelingen, Skejby Sygehus

⁴ Lungemedicinsk afdeling, Århus Kommunehospital ⁵ KKA, Odense Universitetshospital

Udvikling af IgE-medieret allergi skyldes både arv og miljø. Tvillingestudier har vist, at den arvelige andel udgør ca. 60% (Meyers AD and Marsh DG). Internationale undersøgelser har udpeget områderne 5q31-33, 6p21, 11q13, 12q15-24 og 14q11 som kandidat regioner for allergi arvænlæg (Barnes KC *et al.*). Generne interleukin-4, interleukin-9, interleukin-4 receptor, chemokine receptor 5, tumour necrosis factor, lymphotoxin og HLA class II nævnes i litteraturen som mulige kandidat gener (Marsh D *et al.*, Hershey GKK *et al.*, Moffatt MF *et al.*).

Projektet *Arveligheden i allergi - genetiske polymorfier og kandidatgener* har til formål at lokalisere nye kandidat regioner og at efterprøve rapporterede kandidatregioner og -gener på et stort velkarakteriseret dansk patient materiale. Dette gennemføres primært ved en scanning af hele arvemassen med 500 microsatellit markører og efterfølgende statistisk databehandling med Affected-Sib-Pair Analysis (Kruglyak L *et al.*, Holmans P *et al.*).

Ethundrede danske kernefamilier bestående af far, mor og mindst to helsøskende med type-I medieret allergi er indsamlet. Det samlede antal individer (425 personer) er blevet undersøgt ambulant, har udfyldt omfattende allergi-spørgeskema, har fået målt total-IgE og rast-test for 11 standard allergener. Alle familiers allergi anamnese er optegnet i fire slægtsled. DNA er opnået på 10 ml perifert EDTA blod fra hvert individ.

Ca. 40% af hel-genom scanningen er gennemført, og association af allergi til specifikke intrageniske variationer er undersøgt for IL-4 receptor genet og chemokine receptor 5 genet. Projektet ventes afsluttet ultimo 1999, og resultaterne vil løbende blive offentliggjort i nationale og internationale tidsskrifter.

Referencer:

Barnes KC *et al.* (1996) Linkage of asthma and total serum IgE concentrations to markers on chromosome 12q: Evidence from afro-caribbean and caucasian populations. *Genomics* 37:41-50

Hershey GKK *et al.* (1997) The association of atopy with a gain-of-function mutation in the α subunit of the interleukin-4 receptor. *New Eng J Med* 337:1720-1725

Holmans P, Craddock N (1997) Efficient strategies for genome scanning using maximum-likelihood affected-sib-pair analysis. *Am J Hum Gen* 60:657-666

Kruglyak L, Lander ES (1995) Complete multipoint sib-pair analysis of qualitative and quantitative traits. *Am J Hum Genet* 57:439-454

Marsh DG *et al.* (1994) Linkage analysis of IL4 and other chromosome 5q31.1 markers and total serum immunoglobulin E concentrations. *Science* 264:1152-1156

Meyers DA and Marsh DG (1992). Allergy and Asthma. In: King RA, editor. *The Genetic Basis of Common Diseases*. Oxford University Press. p.130-149

Moffatt MF and Cookson OCM (1997) Tumour necrosis factor haplotypes and asthma. *Hum Mol Gen* 6:551-554

KORTTIDSVÆKST OG KNOGLE- OG KOLLAGENSTOFSKIFTE UNDER INHALERET BUDESONID.

Carsten Heuck. Børneafdelingen, Skejby Sygehus, Århus.

Inhalationsbehandling med højdosis glukokortikoider er forbundet med en dosis relateret risiko for systemiske bivirkninger hos børn. Knemometri (underbenslængdemåling) og biokemiske markører for knogle- og bindevævsstofskifte har vist sig at være sensitive markører til bedømmelse af systemisk aktivitet af exogene glukokortikoider.

Der præsenteres 3 randomiseret, dobbelt-blindet, overkrydsnings undersøgelser som havde til formål at undersøge 1) om den påvirkning af korttidsvæksten og knogle- og bindevævsstofskiftet man har fundet hos børn i behandling med glukokortikoid inden puberteten også ses under pubertetsvækstspurten, 2) hvorvidt administrationstidspunktet af inhaleret glukokortikoid har betydning for risikoen for systemisk bivirkning, 3) og om kombinationsbehandling med en langtidsvirkende β_2 -agonist og et inhalationssteroid kan den daglige steroid dosis halveres, samtidig med at effekten på lungefunktionen er den samme.

Inhaleret budesonid 800 μg i døgnet taget fra en aerosol med en volumen spacer morgen og aften er associeret med en hæmning af knemometri-væksthastigheder, knogle- og bindevævsstofskiftet hos børn før og under puberteten (1,2). Når hele døgndosis gives om morgenen i stedet for som 400 μg morgen og 400 μg aften reduceres suppressionen af væksten og kollagenstofskiftet (2).

Halvering af pulver budesonid (Turbuhaler®) med tillæg af 12 μg formoterol 2 gange dagligt nedsætter risikoen for påvirkninger af væksten og knogle- og kollagenstofskifte, samtidig med at lungefunktions kontrollen opretholdes (3).

- 1.) C. Heuck, O.D. Wolthers, G. Kollerup & M. Hansen: Short term growth and collagen turnover in asthmatic adolescents treated with the inhaled glucocorticoid budesonide. *Steroids* 1997; 62: 659-664.
- 2.) C. Heuck, O.D. Wolthers, G. Kollerup, M. Hansen & B. Teisner: Adverse effects of high doses of inhaled glucocorticoids on growth and collagen turnover in asthmatic children: A double blind comparison of once versus twice daily administration. *The Journal of Pediatrics* 1998; 133: 608-612.
- 3.) C. Heuck, L Heickendorff & O.D. Wolthers: Addition of inhaled formoterol to budesonide in children with asthma: a randomised trial assessing effects on growth and collagen turnover. Submitted.

HUDTYKKELSEN PÅ INSULIN INJEKTIONSSTEDER OG LOKALISATIONEN AF EN SIMULERET INSULIN BOLUS HOS BØRN MED IDDM. ER DER BEHOV FOR INDIVIDUALISERING AF INJEKTIONSTEKNIKKEN?

NH Birkebæk 1, A Johansen 1, J Solvig 2. 1. Børneafdelingen og 2. Billeddiagnostisk afdeling, Skejby Sygehus.

Formål: a. At beskrive hudtykkelsen på insulin injektionssteder hos børn med henblik på at vurdere muligheden for individualisering af injektionsteknikken. b. At bestemme vævsplaceringen af en simuleret insulin bolus i form af luft, injiceret med sædvanlig teknik - i en løftet hudfold i en vinkel på 45°.

Patienter: Fem og tyve piger med en diabetes varighed på 0.2 - 8.5 år samt 22 drenge med en diabetes varighed på 0.4 - 11 år.

Metode: Hudtykkelsen målt med ultralyd. Der måltes hudtykkelse med (CSCT) - og uden (CSCUT) maksimal tryk med ultralydshovedet. Der måltes på tre insulin injektionssteder på abdomen, 6 injektionssteder på femur og to injektionssteder på nates. Patienten eller deres forældre injicerede 200 µl steril luft med sædvanlig teknik, kanylælængde (8-12 mm) og injektionssted. Vævsplaceringen visualiseredes med ultralyd.

Resultater: Fire og fýrre % af pigerne og 95 % af drengene havde en CSCT på mindre end 8 mm et sted på femur. Seksten % af pigerne og 50 % af drengene havde en CSCT på mindre end 6 mm et sted på femur. Seks og halvfems % af pigerne og 84 % af drengene havde en hudtykkelse over 4 mm på alle målepunkter på såvel femur som nates. På nær to steder på abdomen og et sted på nates havde drengene signifikant tyndere hud på insulininjektionsstederne sammenlignet med pigerne. Piger i puberteten havde signifikant tykkere hud på insulin injektionsstederne sammenlignet med piger før puberteten, mens drengene i puberteten næsten havde samme hudtykkelse som drengene før puberteten. Den injicerede luft var uhensigtsmæssig placeret i vævet hos 9 børn (19 %).

Konklusion: Der fandtes stor intra- og interindividuel variation i hudtykkelsen på insulin injektionsstederne hos børn. Ofte fandtes hudtykkelsen mindre end den korteste kanyle (8 mm), mens enkelte børn havde en hudtykkelse på 3-5 gange længden af den korteste injektionsnål. Hvis hudtykkelsen på insulininjektionsstederne var kendt kunne børn med en hudtykkelse større end den korteste nål injicere insulinen vinkelret på huden uden at løfte en hudfold op, hvilket er lettere end den sædvanlige teknik med injektion i en løftet hudfold i en vinkel på 45°. Hvis 6 mm (4 mm) injektionsnåle kunne anvendes ville flere børn kunne injicere vinkelret på huden uden at løfte en hudfold. Da hudtykkelsen ændrer sig gennem barnealderen bør den måles en gang årligt. Med kendskab til hudtykkelsen på insulininjektionsstederne kunne injektionsteknikken individualiseres og hyppigheden af uhensigtsmæssig placering af insulinen måske reduceres (1).

NH Birkebæk, A Johansen, J Solvig. Cutis/subcutis thickness at insulin injection sites and localization of simulated insulin boluses in children with IDDM: Need for individualization of injection technique. *Diabet Med.* 1998;15:965-71.

FRA OSCE TIL OSKE – ER DET BESVÆRET VÆRD?

T. Balslev, J. Østergaard, H. Nødgaard, H. Hasle & P.O. Schiøtz. Børneafdeling A, Skejby & børneafdelingen, Viborg.

Baggrund og formål: OSCE (objective structured clinical examination) er en mundtlig evaluering inddragende en række stationer med praktiske eksempler. OSCE anvendes i mange lande til evaluering af læger undervejs i uddannelse eller som led i en kompetencegivende eksamen. Vi adapterede OSCE til danske forhold: OSKE (Objektiv struktureret klinisk evaluering). Det var nemlig intentionen at gennemføre en evaluering integreret i et forløb, og ikke en afsluttende eksamen. Formålet med modelprojektet var at opnå erfaringer med praktisk gennemførelse af OSKE på en børneafdeling, herunder at opgøre de forbundne omkostninger. Vi ønskede også at undersøge holdningen til OSKE blandt fastansatte og uddannelsessøgende læger.

Materiale og metoder: Deskriptiv opgørelse af erfaringer fra OSKE med 10 uddannelsessøgende læger.

Resultater: I såvel den mundtlige som skriftlige evaluering af de individuelle præstationer var det oftest muligt at påpege svage områder, som kunne styrkes. Præstationerne viste også at der var generelle områder, hvor afdelingens uddannelsesprogram burde styrkes. Der gik i alt 133 arbejdstimer til forberedelse og gennemførelse af OSKE. Hovedparten af de uddannelsessøgende læger og speciallægerne mente at OSKE bør være en del af lægernes postgraduate uddannelse. Det var de uddannelsessøgende læger holdning at de enkelte stationer var relevante og de uddannelsessøgende læger var intenst involveret i de fleste af stationerne.

Konklusion: OSKE kan med fordel inddrages som et led i uddannelses-programmet ved danske børneafdelinger, fordi OSKE giver uddannelsessøgende læger en værdifuld evaluering af eget kvalifikationsniveau, men også fordi OSKE kan afdække styrker og svagheder i uddannelsesprogrammet. Flere afdelinger kan med fordel løse opgaven i fællesskab, og OSKE kan anvendes i andre specialer.

676. møde, 15. januar 1999:

CLINICAL AND GENETIC ASPECTS OF THYROID AND ADRENAL DISORDERS.

Section 1: Thyroid, chairman Bendt Brock Jakobsen, Odense Universitetshospital.

- 1 Any news regarding thyroid diseases in childhood?
- 2 Hypothyroidism and thyrotoxicosis in childhood. Clinical and genetic aspects. Anette Grütters-Kielich, Berlin.
- 3 Thyroid autoantibodies including TSH receptor antibodies. Clinical aspects and indications for measurement. Ulla Feldt-Rasmussen, Rigshospitalet.

Section 2: Adrenal, chairman Jørn Müller, Rigshospitalet.

- 1 Introduction, Jørn Müller, Rigshospitalet.
- 2 Genetic aspects of 21 - hydroxylase deficiency in Denmark, Marianne Schwartz, Rigshospitalet.
- 3 Genetic aspects of rare defects in adrenal steroidogenesis, Michael Peter, Geneva.
- 4 Neonatal screening for congenital hyperplasia. A pilot study. Henrik Simonsen, Statens Seruminstitut.

" ANY NEWS REGARDING THYROID DISEASES IN CHILDHOOD".

Bendt Brock Jacobsen (Pædiatrisk afdeling H, Odense Universitetshospital).

Thyreoidelidelser hos børn har været kendt i de sidste 100 år. Først "cretinisme" senere Graves disease.

Man kan beskrive hovedområder af ny viden:

(I) Klinisk viden

Den kongenitte hypothyreose s prognose blev radikalt ændret efter indførelsen af neonatal screening i 1970'erne. Stadig er den prænatale hypothyreoses betydning for CNS prognosen ikke fuldt klarlagt, ej heller den optimale behandlingsstrategi.

De **embryonale udviklingsforstyrrelser** (aplasi, ectopi af gl. thyreoidea) kan nu opløses i molekylærgenetiske veldefinerede enheder .De hereditære **dyshormogener** med en lang række veldefinerede enzymforandringer i gl.thyreoidea har nu et kendt molekylærgenetiske grundlag.

Den **juvenile thyreotoxicose** skyldes Graves disease (95%), med autoimmune processer rettet mod TSH receptor. Toxisk adenom forekommer sjældent i barnealderen (< 5%). Endelig kendes nu også thyreotoksiske tilstande , som skyldes en genetisk veldefineret forstyrrelse in TSH receptor eller i G- proteinet som knyttes til receptor. Er kongenitte eller tidligt udviklede "ikke-autoimmune thyreotoxicoser", som er meget sjældne(< 1% i det danske landsstudie). Behandlingen afhænger af ætiologi : langvarig medicinsk behandling ved Graves disease, operation ved toxisk adenom og ablativ behandling ved TSH receptorsygdomme.

(II) Thyreotropin - og thyreoidea hormon receptor funktion og genetik.

TSH receptoren er en transmembrane receptor med en -C terminal enhed og et langt ekstracellulært N-terminal domain. Er cyclisk AMP afhængig og G-protein koblet.

Mutationer i den ekstracellulære del medfører ofte nedsat thyreoideafunktion (herunder hypo og athyreoser) , mens mutationer i den transmembranøse del kan medføre hyperfunktion. Kan optræde sporadisk eller være autosomal dominant arvelig. Der gives kliniske eksempler herpå.

Thyreoidahormonreceptorer er kærnereceptorer (ligand moduleret transcription faktorer) , hvis funktion og genetiske grundlag nu er kendt.Der kendes to gener TR beta1 og TR alfa. Er autosomal dominant arvelig.

Der gives et klinisk eksempel herpå.

(III) Autoimmunitet og gl. thyreoidea

Der kendes en række autoantistoffer:

Thyreoida-peroxidase antistof, TPO, Thyroglobulin antistof, TSH receptor antistoffer kan både være stimulerende og hæmmende .Og mange andre! Nogle antistoffer har direkte patogenetisk betydning (medfører sygdom). Andre antistoffer er associeret med andre autoimmune lidelser. Euthyreoid børn med IDDM har ofte TPO antistoffer(14% i et fynsk epidemiologisk studie, 85% af patienter med juvenil thyreotoxicose har TPO antistoffer 15-20 år efter sygdomsdebut uden sygdomstegn. Betydning for behandling og prognose er således ikke klarlagt .

GENETIC ASPECTS OF 21-HYDROXYLASE DEFICIENCY IN DENMARK

G. Ohlsson, J. Müller, NE. Skakkebak & M. Schwartz

(Department of Clinical Genetics and Department of Growth and Reproduction, Juliane Marie Center, Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark)

We have investigated 68 unrelated Danish patients with 21-hydroxylase deficiency, representing 136 chromosomes. The mutational spectrum of the Danish patients was determined and the most frequent mutations are a deletion of CYP21 with an allele frequency of 36% and a splice mutation in intron 2 (I2-splice) with the allele frequency of 33.8%.

Analysis of the segregation of mutations showed evidence of a *de novo* mutation in two patients. Three novel mutations were detected:

Gly64Glu in exon 1, Gln262stop in exon 7, and Ala362Val in exon 8.

Gly64Glu and Ala 362Val were introduced in the plasmid pALTER-CYP21 and the two mutants were transiently transfected into COS-7 cells and the activity of 21-hydroxylase were determined using the two hormone substrates 17-hydroxyprogesterone and progesterone. The analysis showed no enzyme activity for any of the substrates which correlates well with the severity of disease in the patients.

677. møde, 19. marts 1999:

HEPATOLOGI + EXTRAORDINÆR GENFORS.

Mødeleder: Professor, overlæge dr med Flemming Skovby
Afsnit for Klinisk Genetik
Juliane Marie Centret, Rigshospitalet

Hepatitis B. Naturhistorie og behandling. Forskningschef, dr med Kim Krogsgaard, KKHH.

Paracetamolforgiftning af børn. Afdelingslæge dr med Kim Dalhoff, Abdominalcentret, Rigshospitalet.

Autoimmun hepatitis hos børn. Overlæge dr med Carsten Heilmann, Pædiatrisk Klinik II, Rigshospitalet.

Galdevejsatresi. Afdelingslæge Nina Kvist, Børnekirurgisk Klinik, Rigshospitalet.

Levertransplantation af børn. Professor, overlæge dr med Preben Kirkegaard, Abdominalcentret, Rigshospitalet.

Autoimmun hepatitis hos børn. Overlæge dr med Carsten Heilmann, Pædiatrisk Klinik II, Rigshospitalet.

Definition, epidemiologi og ætiologi for autoimmun hepatitis hos børn beskrives. Tre typer af autoimmun hepatitis karakteriseret ved forskellige profiler af autoantistoffer gennemgås.

Type 1: +ANA, + anti-actin (glat muskel);

Type 2: anti-LKM (ikke anti-actin);

Type 3: anti-SLA (evt. +anti-actin, aldrig ANA og anti-LKM).

Symptomatologien gennemgås og der lægges vægt på at sygdommen kan være akut, selv om tilstanden eventuelt har været tilstede subklinisk gennem længere tid. De almindeligste symptomer er icterus, organsvulst og almensymptomer som træthed og vægttab. Ofte ses palmart erythem og spider naevi. Ikke sjældent er autoimmun hepatitis også ledsaget af andre autoimmune fænomener. Det histologiske billede ved autoimmun hepatitis gennemgås med eksempler og behandling med prednisolon og azathioprin beskrives og endelig omtales muligheden for levertransplantation.

678. møde, 7. - 8. maj 1999:

VÅRMØDE VIBORG

1. sektion: Chairman Karen Taudorf.

The floppy child. *Professor Mary King, Dublin.*

Erhvervet hjerneskade hos børn i Danmark. *Overlæge Karen Taudorf, Viborg*

Behandling af erhvervet hjerneskade. *Neuropsykolog Anne Vibeke Fleicher.*

2. sektion: Chairman Ole Østerballe

Den elektroniske patientjournal. *Overlægerne Jens Peter Nielsen og Lars G. Hansen.*

3. sektion: Chairman Kim Fleischer Michaelsen.

Velkomst og kort orientering om forskningsaktiviteter på Forskningscenter Foulum.

Agronom ph.d., seniorforsker Søren Krogh Jensen, Foulum.

Forskelle i vækst og udvikling hos grise og mennesker med speciel vægt på småbørn og smågrise. *Agronom ph.d., seniorforsker Søren Krogh Jensen, Foulum. Professor dr. med. Kim Fleischer Michaelsen, Forskningsinstitut for Human Ernæring.*

Sekretion af pancreasenzymmer og tarmmotorik hos smågrise omkring fravænnning - betydning for absorption af næringsstoffer. *Cand. scient. ph.d., seniorforsker Mette Skou Hedemann, Foulum.*

Probiotika og tarmsundhed omkring fravænnning af smågrise. *Cand. scient. ph.d., forskningsleder Bent Borg Jensen, Foulum.*

Effekten af probiotika ved diarre og immunrelaterede sygdomme hos småbørn. *Cand. Med., forskningsadjunkt Vibeke Rosenfeldt Nielsen, Forskningsinstitut for Human Ernæring.*

Knoglemineralisering hos børn. Hvad betyder det, og hvad påvirker den? *Cand. Med., ph.d., forskningslektor Christian Mølgaard, Forskningsinstitut for Human Ernæring.*

Kalciumomsætning i relation til knoglemetabolisme og mælkefeber. *Cand. scient. ph.d., seniorforsker Torben Larsen, Foulum.*

Betydning af vitamin A, karotener og vitamin E for børn i U-lande. *Cand. Med., forskningsadjunkt Henrik Friis, Forskningsinstitut for Human Ernæring.*

Biotilgængelighed, absorption, biologisk aktivitet og omsætning af vitamin A, karotener og vitamin E. *Agronom ph.d., seniorforsker Søren Krogh Jensen, Foulum.*

Afslutning ved DPS formand, Ole Andersen.

Dansk Pædiatrisk Selskabs vårmøde

Viborg

7. - 8. maj 1999

Erhvervet hjerneskade hos børn i Danmark

Overlæge Karen Taudorf, Børneafdelingen, Viborg

I 1997 udsendte Sundhedsstyrelsen en redegørelse om behandling og rehabilitering af traumatiske hjerneskader og tilgrænsende lidelser. Neurorehabilitering af børn og unge adskiller sig fra rehabilitering af voksne, idet børn og unge fortsat er under udvikling såvel fysiologisk, som neurologisk. Dertil kommer, at en del af de børn, der pådrager sig en erhvervet hjerneskade, er i den skolepligtige alder, hvilket har betydning for tilbuddene i efterforløbet. Endelig er kontakten og samarbejdet med forældre og søskende afgørende. Internationale erfaringer viser, at en tidlig målrettet, intensiv rehabilitering samt familiens evne til at holde sammen er helt afgørende for, hvor godt børnene klarer sig.

Konsekvensen af en erhvervet hjerneskade gennemgås med udgangspunkt i såvel selve hjerneskaden, som skadens følger for barnet.

Med baggrund i det nuværende rehabiliteringstilbud i Danmark vil der blive givet forslag til "det gode patientforløb" - en samlet behandlingsindsats - for børn med let, moderat og svær hjerneskade. Der vil specielt blive lagt vægt på rehabiliteringen i hospitalsfasen.

Behandling af erhvervet hjerneskade

Neuropsykolog Anne Vibeke Fleischer

Med fokus på især svært og moderat skadede børn diskuteres den erhvervede hjerneskades funktionelle gennemslagskraft.

Neuropsykologisk udredning af erhvervede hjerneskader eksemplificeres med udgangspunkt i grundliggende og højere kognitive funktioner. Der lægges især vægt på problemløsning, eksekutive funktioner og social kompetence.

Genoptræning og systematisk udviklingsstøtte diskuteres, primært ud fra erkendelsen af, at social isolation er den mest smertefulde langtidsvirkning af erhvervet hjerneskade.



Vår møde 7.-8. maj 1999

INDLEDNING.

I Børneafdelingen, Viborg Sygehus har der været en interesse for at anvende EDB mest muligt lige siden de første PC'ere blev introduceret på sygehuset først i firserne. Afdelingens vejledninger/metodebog, har været skrevet i tekstbehandlingsprogrammer fra 1986.

Sygehusets centrale computer, AS400 faciliteter har været anvendt til epikriser, og til læsning af laboratorieværdier.

Det var derfor naturligt, at børneafdelingen meldte sig som projektafdeling, da Den Elektroniske Patientjournal (EPJ) blev diskuteret på sygehus og i amtsregi.

I dette indlæg gives en beskrivelse af projektet set fra børneafdelingens perspektiv med vægt på en beskrivelse af den arbejdsproces, der altid bør ligge til grund for indførelsen af større ændringer i en sygehusafdelings arbejdsrutiner.

BØRNEAFDELINGEN.

Viborg Sygehus er det største sygehus i Viborg Amt.

Sygehuset har ca. 400 senge og omfatter foruden amtets Børneafdeling, afdelinger for gynækologi/obstetrik, neurologi, otologi, anæstesi med intensiv afsnit, intern medicin med grenspecialerne kardiologi, nefrologi og hæmatologi, ortopædisk-, organ- og karkirurgi samt klinisk mikrobiologi. Desuden fuldt digitaliseret røntgenafdeling med isotopafsnit og CT- og MR-skanner samt Klinisk Biokemisk afdeling og Sygehusapotek.



Børneafdelingen, Viborg Sygehus er den eneste børneafdeling i amtet med et optageområde på ca. 230.000.

Afdelingen er normeret til 45 senge fordelt på tre afdelinger og et ambulatorium. Der er ca. 3500 udskrivelser og ca. 4500 patientkontakter i ambulatoriet pr. år.

Desuden findes i den nordlige del af amtet et børneafsnit på Thisted sygehus, hvor der overvejende indlægges børn med akutte infektionssygdomme. I Thisted findes ligeledes et børneambulatorie betjent af speciallæger fra afdelingen i Viborg. Samtidig udøves en konsulentfunktion overfor børneafsnittet og barselsafdelingen.

Der er ligeledes konsulentforpligtelse overfor amtets tre specialbørnehaver og tre døgninstitutioner for børn med vidtgående fysiske og/eller psykiske handicap, og ligeledes overfor amtets fire specialskoler, centerklasser og specialgrupper for småbørn med motoriske, psykiske og/eller sproglige problemer.

PROJEKT: DE ELEKTRONISKE PATIENTJOURNALER -EPJ.

EPJ-projektet afviklet fra 1994 havde til formål at besvare følgende 2 spørgsmål:

- 1 Hvilke krav og specifikationer vil man stille til EPJ?
- 2 Hvad får man ud af at indføre en EPJ?

Det første spørgsmål krævede en nøje beskrivelse af de sædvanlige papirgange ved alle tænkelige patientkontakter for at få overblik over, hvilke krav EPJ måtte opfylde alene for at leve op til gældende standarder



Vår møde 7.-8. maj 1999

Der blev derfor i 1995 nedsat en række tværfaglige arbejdsgrupper med repræsentanter for læger, sekretærer, sygeplejen, sygehusets apotek og administration, der fik til opgave i detaljer at beskrive de nuværende papir- og arbejdsgange. I EPJ-rapporten fra 1996 fik vi for første gang en samlet beskrivelse af hvordan beskeder, journaler, breve, lab.svar m.v. sendes rundt, af hvem, hvornår og nogle gange også hvorfor.

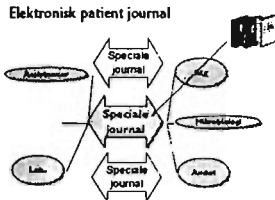


Fig. 1.

Igennem mange år har journalerne på Viborg Sygehus været opbygget som en fælles journal med fælles lab.skema, rtg.beskrivelser m.v. og hvor den enkelte afdelings kontinuationer samles i et omslag kendetegnet med en bestemt farvekode. Dette giver mulighed for tættere samarbejde mellem de enkelte specialer og sikrer i høj grad mod dobbeltundersøgelser. Denne opbygning er en velindarbejdet tradition, som det har været vigtigt at fastholde også i EPJ. Fig.1.

Beskrivelsen af papirgangene har, selvom det virkede tungt i selve processen, givet en forståelse for husets indretninger og arbejdsgange, og det har været meget værdifuldt under den konkrete opbygning af EPJ. Specielt er dette set ved udpegning af områder, hvor EPJ ville være en lettelse og derfor virke umiddelbart som en succes.

KRAV OG SPECIFIKATIONER

Vi valgte, at EPJ skulle følge den traditionelle papirjournalens opbygning, fordi denne opbygning igennem mange år havde stået sin prøve på sygehuset og fordi, EPJ i sig selv er så stor en arbejdsgangomvæltning, at det skønnedes vigtigt, at selve journalstrukturen forblev velkendt.

Lægejournalen forventedes at indeholde:

- Stamoplysninger
- grundjournal
- dagsnotater
- ambulant kontrol notat
- speciallægenotat
- informationer
- korrespondancer
- epikrisemodul
- medicinordination
- cave information
- henvisninger
- laboratorievar

Plejejournalen forventedes at indeholde:

- observationsskemaer
- medicinordinationer
- belægningsoversigter
- undersøgelsesordinationer
- dagsnotater
- stamoplysninger.

Patientadministrative muligheder:

- henvisningsoversigter
- planlagte patienter
- ventetider
- planlægning af forløb

Sikkerhed og autorisation:

- autorisation af brugere
- udvikling af sikkerhedsorganisation
- imødekommen af lovmæssige forhold ved arkivering.



Vår møde 7.-8. maj 1999

Evalueringsparametre:

- helheden af patientforløb
- kvalitetssikring med hensyn til registrering, diagnostik og pleje
- rationalisering af arbejds gange
- produktivitetsforøgelse

Konkret kunne man se på:

- Håndtering af henvisninger
- optimering af fleres arbejde
- forbedret diagnostik
- udvikling af databasefaciliteter på tværs af journaler
- effektivisering af informationsudveksling med primær sektoren
- billiggørelse af medicinforbrug
- effektivisering af pleje
- prissætning af patientforløb.

DET EGENTLIGE PROJEKTFORLØB

Amtets EDB-styregruppe og B-DATA enedes om et udviklingsprojekt for EPJ, hvor Børneafdelingen, Viborg Sygehus blev udpeget som projektafdeling.

Der nedsattes en projektgruppe, der i tæt samarbejde mellem læger, sekretærer og sygeplejersker på den ene side og repræsentanter fra B-DATA på den anden side har udarbejdet skitserne til de enkelte EPJ- versioner og især har lagt vægt på prioriteringen af opgaver, der skulle løses i de enkelte versioner.

Den tværfaglige (såvel sygehus- som EDB-faglige) diskussion har været inspirerende og i mange tilfælde ført til løsninger, der af alle anses for bedre end de oprindelige ideer

Projektgruppen har følgende sammensætning:
Børneafd.:

adm. overlæge Ole Østerballe
oversygeplejerske Jo Klan
overlæge Jens P. Nielsen
overlæge Lars G. Hansen
lægesekretær Mette Lønsmann

IT- afdelingen:

EDB-sygepl. Susanne Thomassen

B-data:

konsulent Karsten Djurtoft

konsulent Hans Erik Henriksen

(Kursive udgør projektteam i afd.)

Forud for alle tre versioner, der indtil nu er i produktion har der været afholdt en række afklarende arbejds møder. Formen har været relativt fri og alligevel har B-data været i stand til at forstå den kliniske hverdag, der lå bag mange af børneafdelingens ønsker. På den anden side har børneafdelingens repræsentanter som tiden er gået fået en stadig større indsigt i, hvilke problemer, der rent EDB-teknisk kunne være i at opfylde ønsker om ændringer og tilføjelser til projektet.

Indholdet af EPJ version 1-3:

Version 1:

- Stamdata, epikriser fra AS400
- Ny basisjournal med journalnotater struktureret efter type og nøgleord
- Udbygning af diagnoseregistrering
- Elektronisk adgang til metodebog

Version 2:

- Medicinfortegnelse
- Journallæsningsfunktion i hypertext,
- Søgefaciliteter
- Laboratoriesvar og søgefunktion
- Rekvisition/Svar
- Medicinordination og recepter

Ambulante notater til Edifact

Version 3:

- Kliniske databaser
- Forløbsfunktioner

Version 4:

- Sygeplejedelen arbejdsgruppe udarbejder rapport ultimo nov. 98.
- Projektafd. skal udpeges og prototype er under udarbejdelse



Vårmøde 7.-8. maj 1999

Arbejdsprocessen.

Før version 1 kom i produktion i december 97 diskuterede vi meget grundigt, hvordan vi sikrede et korrekt lay-out i udskrifter af EPJ-baserede journaler. Skrifttyper og størrelser, tabulatorspring, forkortelser, overskrifter, alt blev gennemgået, og bortset fra det teknisk umulige med de eksisterende printere at udskrive på begge sider af A4 arkene, er det lykkedes at beholde den "gamle" typografi i papirkopien af EPJ. Trods det, at målet er den papirløse afdeling, vil der i mange år endnu være brug for papirudgaven, så hvor bagstræberisk det end forekom, har vi senere fra mange sider fået ros for netop denne detalje.

Problemer med håndtering og hurtig udsendelse af epikriser og ambulante notater er dagligdag for alle kliniske afdelinger. EPJ's evne til at takle disse problemer er derfor en markant succesfaktor. Løsningen i version 1 var et fremskridt, men løste ikke alle problemer, så forbedringer i denne funktion har været på dagsordenen næsten ved alle møder. Problemløsninger i version 2 har både været af rent EDB-teknisk karakter, men har bestemt også været baseret på ændringer af arbejds gange, så igen var vekselvirkningen af produktudvikling og dagligt arbejde nødvendig og frugtbar.

Signing og godkendelse af de enkelte notatyper betragtedes af projektgruppen som et "must", men denne funktion har givet lægerne en del ekstraarbejde. Der er ingen tvivl om, at signing med mulighed for rettelser af både forståelse og skrivefejl højner kvaliteten af journalen. Låsning af notatet efter signing sikrer tilmed en autenticitet af journalen, der er langt højere, end den, der kendes fra papirjournalen. Derfor har der gennem processen været fokuseret meget på denne funktion. Præsentationen af notater til signing skal for den enkelte været præcis og hurtig. På afdelinger, der måtte ønske det, bliver der

endvidere mulighed for kontrasigning. Styring af kompetance til signing og kontrasigning kan styres af en systemansvarlig.

Strukturering af journalnotaterne i notatyper og indenfor hver notattype i nøgleord, der opbygger journalerne logisk og ensartet, blev opbygget så resultatet ligner de kendte journaler mest muligt. Men ad vejen har der vist sig et behov for mere strukturering, d.v.s. flere nøgleord til at opbygge de enkelte notater med. Vi har en løbende diskussion om en afbalanceret strukturering, idet en stærkere strukturering med flere nøgleord giver mindre fleksibilitet m.h.t. en individuel måde at udforme notaterne på. Gevinsten er, at det bliver lettere at søge på tværs af den enkelte journal eller grupper af journaler jo mere opdelt i genkendelige punkter journalen er. Vores løsning er specifik rettet mod en børneafdelings funktioner, men notatyper og nøgleords strukturen er generel og kan udvælges og udvides så den passer til andre kliniske specialer. Fleksibilitet har været et centralt punkt på dette område. Diagnoseregistreringen knyttedes til notaterne og skal kunne søges i ICD10 eller i sortimenter, der udvælges i EPJ fra ICD10. Version 1 giver også adgang til metodebogen, (se senere).

I version 2 indførtes et medicinordinationensmodul, der allerede kendtes i sengeafdelingssystemet og som nu knyttedes til EPJ. Dette sikrer, at en medicinordination kun bliver indskrevet et sted og så automatisk eller på anmodning overflyttet til alle de steder, hvor der er brug for ordinationen. Læsning af laboratoriesvar med søgefunktioner var sammen med rekvisition/svar-funktionen andre nyheder i version 2. Desuden blev der nu mulighed for at sende ambulante notater via Edifact- et væsentligt fremskridt.



Vår møde 7.-8. maj 1999

I version 3, just sat i produktion i disse uger, arbejdes med kliniske databaser knyttet til EPJ. Dette åbner muligheder for en række værktøjer til at sikre kvalitet, sikre at de rigtige oplysninger kommer de rigtige steder hen, at brugerne præsenteres for standardbehandlingsforløb m.v. Mulighederne er uendelige. Opbygning af systemerne, så mulighederne kan anvendes tager tid. Så vi begynder i det små og bygger til som erfaringerne og tiden fordrer det.

EPJ er ikke nogen hyldevarer, der bare købes, installeres og fungerer. Det er hårdt arbejde, og det koster arbejdstidsressourcer udover de mere håndgribelige investeringer.

DE YDRE RAMMER

Indførelse af EPJ fordrer, at sygehuset har et intranet, der kan formidle den elektroniske kommunikation til alle de steder, information naturligt skal anvendes i det daglige arbejde. Hertil skal der være det nødvendige antal



=



arbejdsstationer (PC'ere) for, at arbejdet kan fungere. Det er vores erfaring, at en grov tommelfingerregel for det optimale system er, at antallet af telefoner i en afdeling er lig det antal PC'ere, der er brug for. Mindre vil give u hensigtsmæssige arbejdsgange og ventetider. Dette vil i alt fald betyde, at det papirløse sygehus ikke kan gennemføres. Det vil mange steder være nødvendigt at ændre kontorer, undersøgelsesrum og sygestuer for at kunne arbejde on-line i modtage- og stuegangssituationer

Vil man ikke gennemføre den nødvendige investering i hardware, bør man kun anskaffe et system baseret på elektronisk tekstbehandling.

Organisationsstrukturen er en vigtig del af forberedelse af EPJ. Teknisk support af såvel hardware som software skal pludselig være en funktion, der skal være til rådighed døgnet rundt, syv dage om ugen. Servere skal være dublerede for at gardere sig mod teknisk nedbrud.

De enkelte arbejdspladser skal være forberedt til PC-ere. Skriveborde skal udskiftes, kontorer skal indrettes anderledes, sengestuer måske også. EPJ kan ikke gennemføres uden betragtelige investeringer.

UDDANNELSE.

Microsoft har i Windows indbygget 7-kabalen som et spil, der giver en god træning i brug af musefunktionerne. Uden særlige forudsætninger er man hurtigt i gang med dette spil.

På samme måde bør brugerfladen i EPJ være: Let at gå til og logisk i opbygningen på en sådan måde, at brugen af systemet i sig selv oplærer brugeren i programmets muligheder. Jo sværere programmet er at håndtere for lejlighedsbrugere, desto større uddannelseskra v vil der være.

Det har vist sig, at investering af frikøbt sekretær- og lægetid har givet gode muligheder for både udvikling og uddannelse. Sekretærgruppen har hurtigt lært at bruge EPJ, og introduktionen for sekretærene i Centralsekretariatet, som står for al skrivning i vagtperioderne er forløbet som planlagt. Det er da også vores erfaring, at med Windows NT-plattformen sammen med et stigende generelt kendskab til EDB på brugerniveau overalt på sygehuset, indføres ny teknologi i dag mere smertefrit end



Vårmøde 7.-8. maj 1999

forventet tidligere. Der er ikke længere en "teknologi-angst" at skulle overvinde først. Til gengæld har der nok været en tendens til ikke at være opmærksom på, at selvom selve arbejdsgangene i sig selv ikke er lavet om, fordrer EPJ på mange områder ændringer i mange procedurer, som det tager lang tid at lære at bruge hensigtsmæssigt. Derfor forsinkes udnyttelsen af fordelene ved EPJ i en fastholdelse af procedurer kendt fra papirjournalen, selvom der i EPJ er større muligheder. F.eks. læses laboratorieresvar nemt i EPJ, hvor den tidligere adgang via AS400 var mere besværlig. Der udskrives alligevel fortsat midlertidige papirkopier af lab.svar og de akkumulerede udprintede svarark anvendes til stuegangene.

Metodebogsprojektet med anvendelse af hypertextformat og brug af WinHelp-formatet har vist, at nemt tilgængelige programmer hurtigt bliver brugt i hverdagen, og derved hurtigt indgår i afdelingens arbejde. Her er de ringbindbaserede metodebøger væk.

DEN ELEKTRONISKE METODEBOG

Ideen til børneafdelingens elektroniske metodebog opstod efter et pilotprojekt på Neonatalklinikken GN 5024, Rigshospitalet. Projektet levede op til de forestillinger til elektronisk metodebogssystem som Viborg Sygehus havde opstillet. Som forsøg byggede vi børneafdelingens vejledninger op på samme vis.

Metodebøgerne er indholdsmæssigt baseret på afdelingens hidtidige sæt af trykte behandlingsvejledninger med mange nytilløjede. Flere af sygehusets afdelingerne er senere gået med, så der i dag eksisterer et elektronisk metodebogssystem med fælles indeks for hele sygehuset.

Ideen med overførslen til det elektroniske medie har været at skabe en metodebog med først og fremmest

- Hurtigere opslag
- Effektivt vejledte krydsreferencer mellem vejledninger
- Effektivt søgeværktøj, der langt overgår almindelige vejledningers vanlige indholdsfortegnelse,
- Samt en metodebog, der har en høj grad af brugervenlighed og intuitiv opslagssyntax.

Yderligere har det været ideen, at man til enhver tid baseret på sygehusets datanetværk kan sikre sig effektivt ajourførte og distribuerede vejledninger, der i sin skrivebeskyttede form til enhver tid tillige vil garantere vejledningens kompletthed, integritet samt ægthed.

Ved sin enkle distribuerbarhed på diskette er metodebogen et oplagt introduktionsværktøj for nye læger i afdelingen.

Metodebogen har nu fungeret som arbejdsredskab for afdelingen i næsten 3 år og bruges meget i hverdagen.

Til opbygningen af metodebogen er valgt et program: Forehelp, der via hypertext genererer en Windows Help.fil, der kan læses af alle PC med Windows-software. dvs. at der ikke skal indkøbes særskilt software. Der skal dog være tilstrækkelig med hard-ware (pc'ere, IT-arbejdspladser) til rådighed i afdelingen, så metodebogen ubesværet kan læses de steder, hvor det forekommer naturligt, dvs. på lægekontorer, afdelinger, modtagelser, ambulatorier, operationsgange m.v..

Hvad er hypertext

Hypertext er tekst i elektronisk form til visning på en computerskærm. Hypertext kan fremstilles i mange formater bl.a. kendt fra Adobe Acrobat (CD-rom udgave af



Vår møde 7.-8. maj 1999

Ugeskrift for Læger), InfoAccess og Microsoft Multimedia Viewer (CD-rom udgave af Månedsskrift for Praktisk lægegerning). I modsætning til disse udviklingsprogrammer kræver ForeHelp ingen ledsagende software, der skal distribueres til et stort antal enheder. Formatet er kendt fra alle Windows-programmers hjælpe-filer, der bruges som hjælpefunktioner, der er indbygget i næsten alle Windows-programmer og derfor alment kendt.

Hypertekst udgør i modsætning til et almindeligt tekstdokument ikke et tekstmæssigt kontinuum. Teksten er logisk opdelt i en række uafhængige sider, der hver udgør et emne, et delemne eller afsnit, og bindes sammen af en række links i form af **Jumps, Popups og**

bladresekvenser (Browser)

Hypertekstfunktionen fremkommer ved, at der i teksten er ord eller sætninger, der er fremhævede, og museklik på disse "springord" aktiverer overgange til andre sider, fremkalder små forklarende vinduer, springer til eksterne filer, der kan åbne andre programmer. Mulighederne er næsten uendelige for sammenkoblinger af informationer i logiske forløb.

Designmæssigt fremtræder det færdige produkt i et brugervenligt og læsbart design.

Formatets fremtid

Winhelp er udviklet og understøttet af Microsoft, så der forventes ingen problemer med manglende understøttelse så langt det er muligt at se ud i fremtiden. Fremtidige operative systemer vil understøtte formatet selv om der udvikles nye online-hjælpefunktioner.

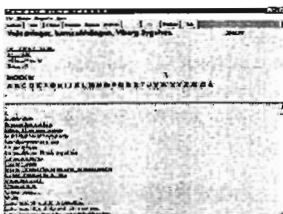
De færdige Help-filer udviklet til Windows 3.1 kører uden problemer under Windows 95, Windows 98 og NT.

Værktøjer (programmer) til konvertering til HTML-filer til brug i Internet/intranet er på markedet og fungerer fint i Windows 95 og NT, men ikke i Windows 3.1.

Netværk

- Hypertekst er i det anvendte format velegnet til distribution over PC-netværk
- Metodebogsrevisioner kan gøres momentant tilgængelige for de tilsluttede brugere
- Det er nemt, at integrere flere afdelingers metodebøger i fælles indeks og "låne" adgang til hinandens hypertekster. En koordinering i design og opsætning bør derfor ske indenfor et sygehus/amt for at opretholde den lette læsning for brugerne.

Eksempel fra børneafdelingens metodebog:



Indføring af elektronisk metodebog i en afdeling.

ForeHelp-programmet er sværere at arbejde i end de vanlige tekstbehandlingsprogrammer og kræver derfor en vis oplæring og tilvænning og rutine, før det kører problemfrit.

EGNE ERFARINGER BÅDE MED HENSYN TIL SELV AT ANVENDE PROGRAMMET OG ISÆR MED AT FÅ OPLÆRT ANDRE I BRUGEN, HAR VIST AT DET ER EN ARBEJDSKRÆVENDE PROCES.

Tak til læge Niels Knabe for god støtte til metodebogsudviklingen.



Vårmede 7.-8. maj 1999

EPJ OG DET KLINISKE ARBEJDE.

- 12 styrker efter- og videreuddannelsen
- 13 Giver mulighed for viderekobling til andre systemer.

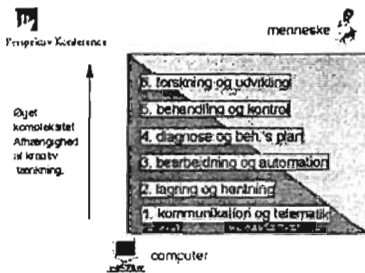


Fig 2. sammenhæng mellem computer og menneske i det kliniske arbejde.

I fig 2. er illustreret hvordan computeren hjælper til med at kommunikere og samle data, men at der i den kliniske beslutningstagning fortsat er brug for at tænke kreativt. Lykkes det med EPJ at frigive tid fra de rutinemæssige opgaver til de mere kreative sider af lægegeringen er vi nået langt i retning af at opfylde DaDL's udtrykte fordele ved EPJ:

- 1 Patientdata er altid til stede, når og hvor der er brug for dem.
- 2 Tilgængeligheden er bedre, f.eks. til stede for flere samtidig.
- 3 Omfattende journaler er lettere at håndtere.
- 4 EPJ kvalitetssikrer det lægelige arbejde.
- 5 Strukturen er valgfri - overskueligheden er stor.
- 6 EPJ kan bruges til kvalitetsudvikling og MTV.
- 7 EPJ føder kliniske databaser.
- 8 Dobbeltregistrering undgås
- 9 EPJ giver mere tid til patientbehandling
- 10 EPJ giver overblik for den lægelige ledelse
- 11 Håndterer forskningsdata

Vi valgte:

- Ikke at købe en færdig EPJ-løsning
- Ikke at indscanne gamle journaler
- Grundig forarbejde: EPJ-rapport.
- Dokumenterede arbejdsgange.
- Valgte leverandør, der aktivt ville produktudvikle i tæt samarbejde
- Integreret med Patient-administrative funktioner
- Sekretær som midtpunkt
- IT- supervision lokalt

Processen fortsætter:

- Alle journaler på EPJ
- Centralsekretariatet skriver EPJ udenfor dagarbejdstid.
- Lægerne signerer alle notater
- Lægerne ordinerer medicin direkte i EPJ
- Uddannelsesdelen intensiveres
- Udbredelsesprojektet er igang
- Sygeplejedelen integreres i EPJ
- Stuegangen bruger EPJ aktivt
- EPJ papirløs i forsøgsafdeling?

Jens P. Nielsen, Lars G. Hansen, Ole Østerballe Børneafd. Viborg Sygehus.



Er grisen et relevant forsøgsdyr i den humane medicinske forskning?

Professor, dr. med. Kim Fleischer Michaelsen

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

Der er mange gode grunde til at bruge forsøgsdyr i den medicinske forskning. Studier i dyremodeller kan være hypotesegenererende og kan bruges til at belyse basale mekanismer indenfor metabolisme og fysiologi. Ekstrapolationer fra sådanne forsøg til hvad der sker hos mennesker skal dog ske med stor forsigtighed, specielt når det gælder kvantitative aspekter. Der er derfor som regel et behov for at verificere resultater opnået i dyreforsøg i humane studier.

Fordelene ved dyrestudier er bl.a. at forsøgsdyr genetisk er meget mere homogene, og at deres miljø er nøje kontrolleret, således at man kan klare sig med betydeligt færre forsøgsdyr i hvert forsøg. Man kan anvende mere invasive metoder, studierne er typisk billigere, og det er lettere at kontrollere forsøgsbetingelserne. Desuden vil den kortere livscyklus muliggøre studier med sene endpoints.

Grisen anses som en god model for mennesket, fordi gastrointestinal kanalen minder om menneskets. Det er dog vigtigt at gøre sig klart, at der også er store forskelle. Den gris der bruges til kødproduktion er avlet til at have en meget hurtig væksthastighed, for bedst mulig rentabilitet. Det er af speciel vigtighed med hensyn til ernæring og gastroenterologi. En gris vejer ca. 1 kg ved fødslen og 250 kg når den er udvokset, ca. 5 år gammel. Dvs. kropsvægten øges ca. 250 gange over 5 år sammenlignet med ca. 20 gange over 18 år hos mennesket. Det stiller helt specielle krav til grisens ernæring. Et eksempel er jernbehovet, der hos den moderne gris kun kan dækkes ved injektioner.

Mini grisen, der er specielt udviklet til dyreforsøg, vejer som udvokset ca. 25-70 kg og er på grund af den meget langsommere væksthastighed mere relevant til ernæringsstudier, men de er betydeligt dyrere i anskaffelse, og erfaringen med denne type gris blandt veterinære forskere er begrænset.

Sekretion af pankreasenzymet og tarmmotorik hos smågrise omkring fravæning – betydning for absorption af næringsstoffer

Cand.scient., Ph.D. Mette Skou Hedemann

Fravæning er processen hvor smågrisene fjernes fra soen, og deres foder dermed ændrer sig fra at være somælk evt. suppleret med tørfoder til udelukkende at bestå af tørfoder, som er langt mere komplekst end mælken. I forbindelse med fravæning er det vist, at der sker et fald i aktiviteten af fordøjelsesenzymerne i pankreasvævet, og i forbindelse med dette observeres en lavere fordøjelighed af næringsstofferne umiddelbart efter fravæning end i perioden før fravæning. Specielt fordøjeligheden af fedt ændres dramatisk ved fravæning – ca. 99% af fedtet i somælken fordøjes før fravæning hvorimod kun 65-80% af fedtet i fravæningsfoderet fordøjes. Fordøjelsen af fedt er i høj grad afhængig af enzymer, som secernerer fra pankreas, men gastrisk lipase har sandsynligvis også stor betydning specielt hos de unge dyr. Vore undersøgelser har vist at aktiviteten af pankreas lipase og dens cofaktor colipase stiger i perioden fra fødslen til grisene er fire uger gamle. Når grisene på dette tidspunkt fravænes sker der i løbet af de fem første dage et markant fald i enzymaktiviteten i pankreasvævet og først ca. 3 uger efter fravæning ses igen en stigning i lipaseaktiviteten i pankreasvævet. Aktiviteten af gastrisk lipase, som hos grisene findes i mavens cardia region, stiger før fravæning. Ved fravæning ses en øjeblikkelig stigning i aktiviteten af gastrisk lipase, hvorefter den forbliver på et konstant niveau. Carboxylester hydrolase er et relativt uspecifikt lipolytisk enzym som secernerer fra pankreas. Undersøgelser har vist at dette enzym er identisk med galdealtsstimuleret lipase, som findes i human mælk, hvorvidt dette enzym også findes i somælk er endnu ikke klarlagt. Før fravæning fandt vi den højeste aktivitet af enzymet i pankreasvævet hos 7 dage gamle grise. Aktiviteten faldt en smule frem til 28-dages alderen, men ved fravæning skete et kraftigt fald og aktiviteten forblev lav resten af forsøgsperioden (indtil 56 dage). Som beskrevet her følger udviklingen af de lipolytiske enzymer forskellige mønstre og dette afspejler sandsynligvis deres betydning for fedtfordøjelsen i dieperioden og efter fravæning. Gastrisk lipase og carboxylester hydrolase spiller formodentlig den største rolle i dieperioden, hvorimod pankreas lipase er det vigtigste lipolytiske enzym i det voksne dyr. I perioden umiddelbart efter fravæning betyder den lave aktivitet af pankreas lipase at der sker et midlertidigt fald i fedtfordøjelsen.

Det myoelektriske migrationskompleks (MMC) er den endogene rytme af elektrisk aktivitet i tyndtarmen. MMC består af tre faser, en kontraktionsløs fase I, fase II med irregulære kontraktioner (ISA, peristaltik) og regulære kontraktioner i fase III (RSA, segmentation). I duodenum er motorik og pankreassekretion tæt forbundet, sekretionen er således maksimal i slutningen af fase II og/eller i begyndelsen af fase III. Fodring påvirker MMC i tyndtarmen hos en række enmavede dyr. Hos voksende grise er det vist at ad libitum fodring ikke påvirker MMC, hvorimod fodring i 1-2 måltider pr. dag afbryder MMC-mønsteret i flere timer. Hos smågrise er det vist at MMC-mønsteret er regulært før fravæning og det er uafhængigt af diening. Desuden er koordinationen med pankreassekretionen tilstede. Efter fravæning afbrydes det regulære MMC-mønster af fodring med tørfoder. En kraftig ændring af MMC-mønsteret efter fravæning kan reducere digesta-flow og blandingen af digesta med fordøjelsessekreter og dermed påvirke absorptionen og tillade proliferering af bakterier. Der pågår i øjeblikket studier hvor effekten af organiske syrer på tarmmotorik og pankreassekretion undersøges.

Effekten af probiotika ved diaré og immunrelaterede sygdomme hos småbørn

Forskningsadjunkt, cand. med. Vibeke Rosenfeldt

Forskningsinstitut for Human Ernæring, Den Kgl. Veterinær- og Landbohøjskole, Frederiksberg og Børneafdelingen, H:S Hvidovre Hospital

Probiotika er mikroorganismer, som kan ændre eller stabilisere den gastrointestinale mikroflora, og herved anvendes til forebyggelse eller behandling af visse specifikke patologiske tilstande. Mælkesyrebakterier (lactobaciller) hører til de bedst undersøgte probiotika. I flere studier har man undersøgt effekten på akut diaré i barnealderen. Den hyppigst undersøgte stamme er *Lactobacillus casei* subsp. GG (*L. GG*). Der er med denne påvist gunstig effekt ved let til middelsvår diaré forårsaget af rotavirus. Derimod er det stadig usikkert, om probiotika har effekt ved gastroenteritis af anden ætiologi, eller ved sværere sygdomstilfælde. Behandling med probiotika kan muligvis forebygge infektiøs diaré. Nyere undersøgelser har vist, at mælkesyrebakterier kan anvendes profylaktisk til udvalgte patientgrupper, f. eks. ikke-brysternære småbørn i udviklingslande med høj incidens af diaré. Forskningsinstitut for Human Ernæring og Børneafdelingen, Hvidovre Hospital samarbejder i øjeblikket om en undersøgelse, hvor 2 særligt udvalgte stammer af lactobaciller evalueres for deres effekt ved akut gastroenteritis hos børn i daginstitutioner og hos hospitalsindlagte børn.

Behandling med lactobaciller kan stimulere produktionen af specifik IgA hos børn med akut diaré-sygdom og hos patienter med inflammatorisk tarmsygdom, og kan øge produktionen af TH1 type cytokiner hos atopiske småbørn. Den kliniske betydning af mælkesyrebakteriers evne til påvirkning af immunsystemet, er dog endnu uvis. Herudover antages probiotika, ved deres evne til at stabilisere tarmfloraen, at kunne hæmme translokationen af fremmede proteiner gennem tarmmucosa. Præliminære undersøgelser, bl. a. af effekten af *Lactobacillus casei* GG til komælksallergiske børn med atopisk dermatitis synes lovende. Klinisk kontrollerede forsøg af effekten af lactobaciller ved allergisk/inflammatoriske lidelser er under planlægning.

Knoglemineralisering hos børn. Hvad betyder det, og hvad påvirker det?

Lektor, Ph.D. Christian Mølgaard

*Forskningsinstitut for Human Ernæring, Den Kgl. Veterinær- og
Landbohøjskole, Frederiksberg*

Baggrund

Frakturrisikoen hos ældre afhænger bl.a. af knoglernes mineralindhold, der er bestemt dels af mineralindholdet i det fuldt udviklede skelet (peak bone mass, PBM), dels af demineraliseringen efter, at PBM er opnået. Størrelsen af PBM er derfor vigtig med henblik på forebyggelse af osteoporose senere i livet. Man må derfor tilstræbe, at både raske og syge børn sikres så optimale vilkår som muligt med henblik på opnåelse af den genetisk mulige PBM.

Metoder til måling af knogle mineralindhold

I dag er det stort set kun DXA skannere som anvendes til måling af knoglernes mineralindhold (bone mineral content, BMC) og det anterior-posterior projicerede knogleareal (bone area, BA) som er målet for skeletstørrelsen. Det ofte anvendte mål bone mineral density (BMD = BMC/bone area) er problematisk at anvende på børn, idet det er en sammenblanding af densitet og størrelse. BMC afhænger både af knoglelængde, knoglebredde og volumendensitet. Til vurdering af børns BMC anbefales derfor en 3 trins metode med SD-scores: 1) Højde-for-alder, 2) BA-for-højde og 3) BMC-for-bone area. Det giver mulighed for at vurdere om en reduceret BMC/BMD for alder skyldes 1) "korte knogler", 2) "smalle knogler" eller/og 3) "lette knogler" (reduceret mineralisering).

Determinanter for knoglemasse

I en normal population skyldes 70-80% af variationen i BMC/BMD **genetiske** forhold, mens resten af variationen tilskrives forskellige livsstilsfaktorer som fysisk aktivitet, ernæring, rygning m.m. I en normal ældre population vil et fald i BMD på 1 SD svarende til ca. 10%, være associeret med en fordobling af frakturrisikoen. Den livsstilsbestemte variation i BMC på 10-20% er således væsentlig.

Tidlig vækst og senere knoglemineralisering

Vi har i et longitudinelt studie med børn født til terminen set, at vægtstigningen i de første 9 levemåned var negativt associeret til størrelseskorrigeret BMC i 10 års alderen. Det er således muligt, at hurtig vækst i spædbarnsalderen kan have negative følger for den senere knoglekvalitet. Fundet kan være tilfældigt og skal bekræftes i andre studier.

Livsstilsfaktorer

Fysisk aktivitet: Nogle, men langt fra alle, tværsnitstudier finder en association mellem fysisk aktivitetsniveau og BMC/BMD. Enkelte interventionsstudier har vist, at en moderat øgning af det fysiske aktivitetsniveau kan øge knoglemineraltilvæksten hos præpubertale børn. Eliteidræt som gymnastik og ballet har i en del studier været mistænkt for at påvirke knoglemineraliseringen negativt bl.a. via forsinket pubertet. I et

studie med børn fra den Den Kgl. Ballet fandt vi, at den reducerede BMC for alder skyldtes korte (1) og smalle (2) knogler, mens mineraliseringen var normal. Selvom det er sandsynligt, at øget fysisk aktivitet i barndommen har gavnlige langtidseffekter på PBM forligger der ingen overbevisende studier der entydigt beviser dette.

KOST: Forskningen har primært fokuseret på **kalcium**, men på trods heraf er der ikke international konsensus om, hvor højt kalciumindtaget bør være for at sikre optimal knogleudvikling hos børn. Der synes dog at være enighed om, at et meget lavt kalciumindtag vil kunne have negative følger, hvorfor det normalt anbefales, at børn, der slet ikke indtager mejeriprodukter, får et kalciumtilskud. Vi har i et interventionsstudie med to grupper (A, B) af 12-13 årige piger, som var inddelt efter habituelt kalciumindtag (A: 1000-1300 mg/d; B: < 713 mg/d), set at kun piger med det lave kalciumindtag (B) havde gavn af ekstra kalcium. En anden velkendt kostfaktor er **D vitamin**. Det er usikkert, hvilken betydning D vitamin indtaget har for normale børn, når man kommer ud over de første leveår.

Det syge barn

Knoglemineralindholdet påvirkes bl.a. af sygdomsaktiviteten, nedsat fysisk aktivitet, mangelfuld ernæring, medicina (f.eks. glucocorticoider) og nedsat soleksposition. Udover en optimal behandling af grundsygdommen bør man derfor sikre, at barnet mobiliseres, hvilket også vil være medvirkende til at øge kostindtaget og dermed bedre muligheden for at sikre en alsidig ernæring. Specielt bør man hos syge børn sikre et tilstrækkeligt kalcium- og vitamin D indtag. Til vurdering af D vitamin status bør man bruge 25-hydroxy vitamin D. Børn med egentlige rachitstegn behandles efter sædvanlige retningslinier.

Konklusion

Lavenergi frakturer er sjældent et problem hos børn undtagen i forbindelse med specielle sygdomme. Der er konsensus om, at optimal knoglemineralisering i barndom og ungdom er vigtig med henblik på optimering af peak bone mass. Det er dog usikkert, hvor stor betydning kortere perioder med nedsat knoglemineraliseringshastighed, som følge af fx. sygdom eller mangelfuld ernæring og fysisk aktivitet, har for PBM, idet børn formentligt har et stort indhentningspotentiale (catch-up), også når det gælder knoglemineralisering.

Kalciumomsætning i relation til knoglemetabolisme og mælkefeber

Torben Larsen

Afd. Husdyrsundhed & Velfærd, Forskningscenter Foulum

Mælkefeber er en af kvægets vigtigste primære, metaboliske, produktionsbetingede sygdomme. Sygdommen optræder med stor frekvens hos malkekøer; landsgennemsnittet viser en incidens ved kælvning på ca. 5%.

Mælkefeber (paresis puerperalis bovis) er en afebril lidelse, der især forekommer i tidsrummet ca. 2 døgn før kælvning til ca. 7 døgn efter kælvning hos højtstående køer.

De synlige symptomer er "uro og ængstelse", begyndende muskelsitringer, ædelysten falder og ophører evt. helt, vomfunktionen går i stå, koen virker døsig, reagerer trægt, efterhånden indtræder ataxia, gødningsafgang ophører og rektaltemperaturen falder. Efter de indledende stadier, som kan vare et par timer lægger koen sig eller falder. Det videre forløb er progressive lammelser (paresis), koma og slutteligt død.

Mælkefeber er primært en konsekvens af nedsat kalciumniveau i blodbanen (hypokalcæmi). Kalciumioner har en række vigtige funktioner i organismen, hypokalcæmi vil derfor resultere i forskellige patologiske tilstande: Kalciumioner medvirker i muskelkontraktionsprocesser, relativ mangel vil derfor nedsætte muskelfunktion (nedsat vommotorik, nedsat muskelstyrke); herudover styrer Ca^{++} transmissionen mellem nerve- og muskelceller, nedsat koncentration af Ca^{++} kan derfor forårsage lammelser og ataxi. Døden indtræffer eventuelt pga. 'hjertestop'. Behandling af mælkefeber i udbrud har traditionelt bestået i peroral indgift af kalciumpræparater (kalciumklorid, -propionat etc.) samt i intravenøse infusioner af kalciumpræparater, f.eks. opløsninger af Ca-gluconat etc. ('Ca-borogluconat').

Sygdomssituationerne mælkefeber og hypokalcæmi hidrører fra en manglende evne til at opretholde et funktionelt niveau af kalciumioner i extracellulærvæsken, herunder blod.

Under normale omstændigheder, dvs i senere laktation, opretholdes balancen ved hj.a. stadig absorption af kalcium fra tarmsystemet. I kælvningssituationen og specielt ved overgang til laktation er denne mekanisme ikke tilstrækkelig.

Køer er almindeligvis i negativ kalciumbalance de første uger efter kælvning, idet mere kalcium forlader kroppen via mælk samt endogent med fæces og urin end der optages fra foderet. Den akutte forstyrrelse af Ca-balancen i organismen skyldes hovedsageligt mælkeproduktionens store dræn af kalcium ved overgang til laktation. Eksempelvis producerer en ko på kælvningsdagen omkring 10 kg kolostrum, der indeholder i størrelsesordenen 23 g kalcium. Dette alene svarer til cirka 6 gange den mængde de extracellulære depoter indeholder, eksklusiv knoglevæv. Det raske dyr klarer den store udfordring ved absorption fra tarm, reabsorption fra nyrerne samt ved mobilisering af kalcium fra knoglerne. Det er tilsyneladende disse homeostatiske mekanismer der svigter i de dyr, der rammes af sygdommen.

Vitamin A og E hos børn i ulande

Forskningslektor, Ph.D. Henrik Friis

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

Der er kun få data om E vitamin-mangel hos børn i ulande, mens udbredelsen og betydningen af A vitamin-mangel blandt kvinder og børn i ulande er veldokumenteret. En typisk ulands-kost består af korn med en smule grøntsager og frugt, og sjældent ingen animalske produkter. En sådan kost har et ringe indhold af A vitamin - og overvejende som provitamin A carotenoider. Graviditet og amning øger behovet for A vitamin. Kvinder med dårlig A vitamin status føder børn med små depoter, og deres mælk har et lavt indehold af A vitamin. Da overgangskosten ydermere har et lavt A vitamin indhold fyldes depoterne ikke op. Omvendt nedsætter infektioner indtag og absorption, og øger forbrug og udskillelse af A vitamin, og fører dermed til forværring af A vitamin status. Specielt diarre, malaria, intestinal schistosomiasis og HIV bidrager til dårlig vitamin A status.

Dårlig A vitamin status kan medføre xerophthalmi (fra natteblindhed til blindhed), hæmmer muligvis væksten, og hæmmer en række specifikke og u-specifikke immunfunktioner, og fører til øget modtagelighed for - og øget sværhedsgrad af - infektioner. En meta-analyse af A vitamin *community-based trials* har vist, at A vitamin tilskud reducerer mortaliteten med 30%, fortrinsvis pga. en effekt på diarre- og mæslinge-specifik mortalitet. En meta-analyse af *hospital-based trials* viste at A vitamin A reducerede mæslinge-mortalitet med 60%. A vitamin tilskud har vist sig at kunne reducere malaria-morbiditet med 30-40% hos *under-fives*, mens betydningen af A vitamin for orme- og luftvejsinfektioner er uklar. A vitamin og beta-caroten til gravide HIV+ har ikke kunnet mindske mor-til-barn smitten, omend en effekt på den post-natale smitte ikke kan udelukkes. Nye data tyder på, at sub-klinisk mastit fører til høj virus-byrde i modermælk og risiko for post-natal HIV-smitte. Ætiologien til den sub-kliniske mastit er ukendt, men noget tyder på, at anti-oxidant-mangel og oxidativ skade spiller en rolle. Vitamin E kan desuden - som selen - have betydning ved HIV og andre virus-infektioner, dersom mangel - som demonstreret i en musemodel - fører til mutationer i virus-genomet. Vi undersøger i Zimbabwe om et tilskud af anti-oxidanter (selen, vitamin E og C) til ammende kvinder kan mindske virus-byrden i mælk, plasma og cervico-vaginal-sekret, og om det påvirker virus-heterogeniteten.

Biotilgængelighed absorption, biologisk aktivitet og omsætning af vitamin A, carotener og vitamin E

Seniorforsker Søren Krogh Jensen

*Afd. for Husdyrernæring og Fysiologi, Forskningscenter Foulum, 8830 Tjele
E-mail Sorenkrogh.Jensen@agrsci.dk*

Vitamin A (retinol) og E (a-tocopherol) er to fedtopløselige vitaminer som begge har stor betydning for immunforsvaret. Vitamin A medvirker ved celledelinger og har afgørende betydning for slimhindens funktion, mens vitamin E fungerer som en cellulær antioxidant og er lokaliseret i cellemembraner, lipoproteiner og fedtvæv. Carotener fungerer dels som forstadier for vitamin A og dels som antioxidant i lipoproteiner og fedtvæv hos de dyrearter (herunder mennesket), som er i stand til at optage carotener og carotenoider uomdannet.

Spæddyr (herunder spædbørn) fødes med meget små depoter af vitamin A og E i kroppen. De er derfor afhængige af en god og stabil forsyning via modermælken for at imødekomme behovet og opbygge et reservelager.

I forsøg med malkekøer har vi vist, at der er en kvantitativ sammenhæng mellem køernes vitaminstatus (vitamin E og b-caroten) målt i blodplasma og deres sekretion over i mælken. Denne sammenhæng kan beskrives ved Michaelis-Menten ligningen. Mængden af vitamin E og b-caroten, der udskilles i mælken, er således uafhængig af mælkeydelsen, og afhænger alene af koens vitamin E og b-caroten status.

I en anden undersøgelse blev smågrisenes vitamin E status fulgt i dagene omkring fravænnning fra somælk til kornbaseret fravænningsfoder. Med somælken indtager grisene dagligt 3-5 mg vitamin E, og med fravænningsfoderet indtager de ca. 30-40 mg vitamin E pr. dag. På trods heraf falder smågrisenes vitamin E status fra 3.5 mg/ml plasma på fravænningsdagen til 1.1 mg/ml plasma i løbet af de første fem dage efter fravænnning.

Dette fald i grisenes vitamin E status har flere årsager: 1) Det vitamin E, grisene indtager med somælken er uforestret og består overvejende af den naturligt forekommende stereokemiske isomer (RRR-a-tocopherol), som har højere biologisk aktivitet end den syntetiske all-rac-a-tocopherol acetat, som almindeligvis tilsættes foderet – og for den sags skyld vitaminpiller. 2) Den høje andel af fedt i somælken har en gavnlig effekt på absorptionen af de fedtopløselige vitaminer, mens fiberindholdet i fravænningsfoderet hæmmer absorptionen af de fedtopløselige vitaminer. 3) Produktionen af de nødvendige fordøjelsesenzymer fra pancreas er utilstrækkelig i den første periode efter fravænnning.

Det kan konkluderes, at indholdet af vitamin A, E og b-caroten i mælk afhænger af moderdyrets status med hensyn til disse vitaminer. Undersøgelser med grise har vist, at perioden omkring fravænnning kan være særdeles kritisk med hensyn til deres vitaminforsyning, specielt ved et lavt fedt – højt fiber forhold i foderet kombineret med en utilstrækkelig produktion af fordøjelsesenzymer fra pancreas og/eller produktion af galdesalte.

679. møde, 10. september 1999:
DRG - SENSITIVITET OG SPECIFICITET. Overlæge dr med Erik
Andersen, Medicinsk Afdeling, Viborg Sygehus.

ORDINÆR GENERALFORSAMLING



FORMANDSBERETNING 1998-99

Bestyrelsen

Bestyrelsen konstituerede sig efter generalforsamlingen med Ole Andersen som formand, Karen Taudorf som næstformand, Niels Clausen som kasserer, Jes Reinholdt som videnskabelig sekretær, Thorkild Jacobsen som sekretær og Bente Hansen.

Bestyrelsen har holdt 8 møder samt 1 møde med de administrerende overlæger.

Medlemmer og mødeaktivitet

Selskabet havde 488 medlemmer per. 15.06.99; der er tilkommet 45 nye medlemmer det sidste år, 10 har meldt sig ud, og 4 er afdøde ved døden. Det er meget væsentligt, at vi til stadighed kommer i kontakt med yngre læger, der er interesserede i faget, og at selskabet får nye medlemmer, der kan bære faget videre. Vi byder dem alle hjerteligt velkomne.

Selskabet har afholdt 5 møder herunder vores allerførste høstmøde og vårmødet. Bestyrelsen vil gerne takke alle arrangørerne. Vi vil dog særlig takke børneafdelingerne i Skejby og Viborg, der arrangerede henholdsvis høstmødet og vårmødet. Begge møder var fagligt og socialt yderst vellykkede. Bestyrelsen håber, at vi også i fremtiden kan bevare disse 2 årlige længerevarende møder som en fast tradition.

Bestyrelsen konstaterer med tilfredshed, at forrige års tendens til et større fremmøde til selskabets møder er fortsat i det forgangne år. Vi finder uændret, at det især er vigtigt, at yngre pædiatere og andre interesserede yngre læger har mulighed for at deltage i selskabets møder og arrangementer. Vi er derfor glade for, at både vi og enesponsoren af vores høstmøde fandt at samarbejdet var vellykket. Det er derfor besluttet at fortsætte sponsoraftalen også i forbindelse med det kommende høstmøde i Næstved. Derefter skal ordningen på ny evalueres. Selskabet skal opfordre de enkelte afdelinger til at være opmærksomme på behovet for støtte til yngre kollegers mødeaktivitet.

Kommunikation med medlemmerne

Selskabet har fået sin egen hjemmeside via dadlnettet. Vi kan findes på adressen: www.dps.suite.dk. Bestyrelsen vil gerne takke Niels Knabe, der er vores webmaster og har ydet en meget stor indsats. Foreløbigt er det formålet med hjemmesiden, at selskabet løbende kan informere om diverse aktiviteter, betænkninger, adresser mm. På længere sigt er det vores håb, at det vil blive teknisk og økonomisk overkommeligt at etablere en egentlig debat med medlemmerne via internettet. Hvis vi skal have det fulde udbytte af ordningen, fordrer det, at alle selskabets medlemmer har adgang til DADLNET, og at hver enkelt giver tilladelse til at han/hun må kontaktes via e-mail som part af en gruppe.

Videreuddannelse

Der blev atter i år opslået og besat 18 undervisningsstillinger i pædiatri. Det er nu anden gang, hvor stillingerne er besat i henhold til den nye ordning med et landsdækkende vurderingsudvalg og regionære ansættelsesudvalg. Det er bestyrelsens opfattelse, at systemet har virket langt smidigere i år end sidste år. Men der er stadig en del vanskeligheder. Formuleringen af og fortolkningen af de supplerende kriterier, der anvendes ved vurderingen, er endnu ikke ganske fastlagte. Men vi forventer at Sundhedsstyrelsen vil gøre dette inden næste års ansættelsesrunde. Det er meningen med ordningen, at der skal være muligheder for regionale forskelle, men kommende ansøgere bør være meget opmærksomme på, at det kan øge deres muligheder for at få en stilling meget, hvis de søger samtidigt i flere regioner.

Bestyrelsen forventer, at der fremover vil blive opslået 18 stillinger årligt. Da arbejdet i såvel Speciallægekommissionen som i Prognoseudvalget i Sundhedsstyrelsen er en forudsætning for at fastlægge det fremtidige antal af uddannelsesstillinger, har bestyrelsen gjort henholdsvis Speciallægekommissionen og Sundhedsstyrelsen opmærksom på, at vi mener der er behov for en markant forøget uddannelseskapacitet i faget. Men vi har ikke fundet, at tiden var moden til et møde med Sundhedsstyrelsen desangående.

Bestyrelsen vil atter i år påpege de enkelte afdelingers og tutors store ansvar for at vejlede yngre læger, således at den enkeltes uddannelse bliver hensigtsmæssig og opfylder de formelle krav. Det er ligeledes meget væsentligt, at tutorer og uddannelsesansvarlige overlæger er opmærksomme på, hvis en uddannelsessøgende ikke egner sig til et ønsket speciale.

Bestyrelsen er bekymret over, at det planlægges, at uddannelsen af speciallæger i almen medicin i langt højere grad skal finde sted i almen praksis. Langt de fleste kontakter mellem sundhedsvæsenet og børn finder sted i almen praksis. Det er derfor af overordentlig betydning, at de alment praktiserende læger nøje kender det normale barns og unges udvikling og behov. Vi har gjort Sundhedsstyrelsen opmærksom på, at det er vores faste opfattelse, at alle speciallæger i almen medicin bør have modtaget en kvalificeret undervisning i pædiatri, og at dette kun kan foregå ved ansættelse på pædiatriske afdelinger.

Fagets 4 **inspektører** har fortsat deres vurderinger af uddannelsen på de pædiatriske afdelinger. Bestyrelsen takker inspektorerne for det store arbejde, de yder. Det er vigtigt, at der fokuseres specielt på uddannelsen. I det daglige bliver det alt for let hensyn til den daglige drift, der prioriteres i afdelingerne, på bekostning af uddannelsen. Der henvises i øvrigt til inspektorernes referat til generalforsamlingen.

Årets uddannelsessøgende har i et brev i december måned gjort rede for en del kritik af vilkårene for kursister og 1. reservelæger. Der er naturligvis store forskelle fra afdeling til afdeling. Men generelt var der utilfredshed med at uddannelsen ofte ikke var bred nok, og at en del 1. reservelæger ikke fik tillagt tilstrækkelig stor selvstændig kompetence særlig i vagtarbejdet. Bestyrelsen finder, at det er meget vigtigt, at vi i fællesskab finder løsninger på disse problemer. Der blev derfor afholdt et møde i januar med deltagelse af de uddannelsessøgende, de uddannelsesansvarlige overlæger samt repræsentanter for bestyrelsen og uddannelsesudvalget. Der blev nedsat en arbejdsgruppe med det formål at give generalforsamlingen et oplæg. Vi vil gerne takke kursisterne for deres initiativ og understrege, at vi lægger stor vægt på en åben dialog.

Vurdering af behovet for pædiatere frem til år 2025

Sundhedsstyrelsen har påbegyndt en systematisk opstilling af prognoser for antallet af færdiguddannede læger frem til år 2025 generelt og indenfor de enkelte specialer. De første beregninger er blevet offentliggjort og viser, at der er en risiko for at der opstår en større gruppe yngre læger uden speciallægekompentence i de næste 25 år. Forudsætningen herfor er, at indtaget af studerende følger det etablerede mønster, og at uddannelseskapaiciteten i specialerne er uændrede. Der er i øjeblikket ca. 300 erhvervsaktive pædiatere i Danmark, heraf er ca. 200 ansat på børneafdelinger i faste stillinger. Efter en rundspørge til de enkelte afdelinger vurderes det, at der allerede nu med den eksisterende aktivitet mangler ca. 40 faste speciallæger på afdelingerne. Aldersfordelingen er sådan, at der skal uddannes 13-14 pædiatere per år alene for at erstatte pædiatere, der går af pga. alder. Der er stadig en del kommuner, der ikke har ansat læger på børneunge området. Også her er et vigtigt arbejdsfelt for pædiatere. Antallet af børn og unge under 15 år vil stige med 8% frem til år 2005, mens antallet af børn og unge under 18 år forventes at stige med 8% frem til år 2010. Vi har derfor skønnet, at der bør uddannes 24 speciallæger årligt de næste 10 år mod nu 18, hvis de beskrevne behov skal dækkes.

Efteruddannelse

Der er i årets løb besat 1 ny ekspertuddannelsesstilling. Det er et stort problem for specialer som pædiatrien, der ikke er grenspecialiseret, at der ikke er tidsbegrænsede stillinger til rådighed for systematisk videreruddannelse af færdiguddannede speciallæger. Vi har gjort rede for dette problem såvel overfor Speciallægekommisionen som for Sundhedsstyrelsen. Bestyrelsen finder fortsat at der er et behov for en kvalificeret systematisk ekspertuddannelse. Ekspertuddannelsen bør etableres på en sådan måde, at den færdiguddannede ekspert kan forventes at være §14-kvalificeret, således at vedkommende udover ekspertområdet er kvalificeret til at varetage almindelige overlægelige arbejdsopgaver på en funktionsbærende pædiatrisk enhed.

Bestyrelsen prioriterer den generelle efteruddannelse højt. Det er derfor med tilfredshed, at vi kan præsentere generalforsamlingen for et færdigt forslag til, hvordan efteruddannelsen (CME, continous medical education) kan sikres i faget. Bestyrelsen vil gerne takke den nedsatte arbejdsgruppe for det hurtige udvalgsarbejde. I korthed indebærer forslaget, at alle færdiguddannede pædiatere forpligter sig til at efteruddanne sig på kvalificeret måde i gennemsnitligt 50 timer per år. Der stilles krav til at uddannelsen er varieret, og det foreslås at videnskabeligt arbejde kan medregnes for en dels vedkommende. Udvalget foreslår, at studiebesøg på andre afdelinger skal tælle tungt. Bestyrelsen er enig i dette synspunkt og finder, at denne form for efteruddannelse, der formentlig er den, der har størst forandringskraft i forhold til det daglige arbejde, bør prioriteres højt. Udvalget har ikke foreslået at administrativt/organisatorisk arbejde skal kunne medregnes. Bestyrelsen vil bede generalforsamlingen give sin mening til kende på dette principielle punkt. Foreløbig forestiller vi os, at alle pædiatere årligt skal rapportere deres efteruddannelse til et betroet panel af kolleger. Rapporteringen kan på længere sigt foregå elektronisk. Selskabet vil så kunne dokumentere dels de enkeltes pædiateres efteruddannelse dels den samlede mængde efteruddannelse i selskabet. Dette kunne have stor betydning i diskussionen vedrørende finansieringen af denne nødvendige aktivitet. Det er ikke planen at etablere sanktioner eller lignende, såfremt enkelte mod forventning ikke lever op til de kollegialt vedtagne normer. Men vi må formentlig se i øjnene, at samfundet kan forventes at ville stille en eller anden form for krav til efteruddannelsen i fremtiden.

Udvalgsarbejde

Der gøres et stort arbejde i selskabets forskellige udvalg og arbejdsgrupper. Bestyrelsen vil gerne takke alle for deres store arbejdsindsats. Udvalgsarbejdet er og bliver fundamentet i selskabets faglige udmeldinger. Bestyrelsen vil gerne særligt fremhæve det store arbejde, der gøres i udvalgene mht. at etablere referenceprogrammer. Men udvalgene har også trofast stået bestyrelsen bi, ofte med korte varsler, i forbindelse med større redegørelser, som f.eks. prognoseberegningerne og nu til sidst de Diagnose Relaterede Grupper (DRG).

Speciallægekommisionen

Speciallægekommisionen har arbejdet på højtryk det forgangne år. Arbejdet formodes afsluttet indenfor det næste ½ år. Der er nedsat flere forskellige arbejdsgrupper, og flere synes at komme til. De videnskabelige selskaber er i kommissionen repræsenteret ved formanden for Dansk Medicinsk Selskab Jørn Nerup. Der har været holdt flere orienterings og debatmøder i det såkaldte rygdækningsudvalg. Undertegnede sidder i en baggrundsgruppe til en af de faste arbejdsgrupper. Foreløbigt ser det ud som om, man vil anbefale turnusordningen fortsat. Videreuddannelsen skal forankres regionalt, så den enkelte yngre læge får et fastere tilhørsforhold til et sygehus/afdeling end tidligere. Det overvejes, om uddannelsen skal bygges op af dokumenterede færdigheder/ viden og ikke blot på basis af bestemte ansættelsesperioder som nu. Der er en del debat om grenspecialer/ekspertområder mm. Det overvejes, om grenspeciale/ekspertuddannelsen kan være en fast del af §14 kvalifikationen, som uddannelsesregionen ligeledes er ansvarlig for at den enkelte erhverver. Der synes ikke at være stemning for en ændring af de eksisterende specialer. Selskabet har overfor kommissionen redegjort for vores ønske om at faget udvikler sig, så også udvalgte adolescensmedicinske problemer inkorporeres i specialet. Vi har endvidere gjort rede for vores ønske om at bevare ekspertuddannelser i pædiatrien pga. fagets bredde og manglende grenspecialisering. Vi har samtidigt gjort opmærksom på, at kommissionen må tage stilling til de manglende uddannelsesstillinger i denne forbindelse. Vores synspunkter er blevet hørt og støttet bl.a. af Dansk Selskab for Gynækologi og Obstetrik, et fag, der heller ikke er grenspecialiseret.

Bestyrelsen vil nøje følge udviklingen i kommissionens arbejde og fortsat gøre vores synspunkter gældende, hvor det er muligt.

Kontakter med Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen

Diagnose Relaterede Grupper

Selskabet er for nylig gået ind i et samarbejde med Sundhedsministeriet vedrørende Diagnose Relaterede Grupper (DRG). DRG er et storstilet forsøg på at sammenkæde lægelige diagnoser fra ICD10 i grupper, der formodes at udsige noget om ressourceforbruget i forbindelse med diagnose, terapi og pleje af patienterne. Der er i det skitserede system ca. 500 sådanne grupper. For hver gruppe beregnes den gennemsnitlige indlæggelsesvarighed, hvorefter det på baggrund af en gennemsnitlig pris for en dags indlæggelse er muligt at beregne en gennemsnitlig pris for den pågældende gruppe. For voksne patienter er det muligt at tage hensyn til, hvis patienten har komplicerende, fordyrende, lidelser (f.eks. diabetes mellitus hos en patient med pneumoni). Systemet tager i øjeblikket udelukkende sigte på indlagte patienter, men det er planen at også ambulante patienter skal med i fremtiden. Der er ingen tvivl om, at Sundhedsministeriet og

Amtsrådsforeningen mener det alvorligt, og der er allerede nu muligheder for at de enkelte amter kan benytte DRG-grupperinger i forbindelse med budgetterne for de kommende år. Foreløbigt dog kun med 10% i den såkaldte 90/10 model.

For pædiatrien er der flere store problemer:

- Det er ikke muligt at medregne, hvis en patient lider af en komplicerende lidelse (f.eks. cerebral parese). Efter selskabets opfattelse kan lav alder i sig selv være en komplikation .
- Antallet af neonatologiske grupper er u hensigtsmæssigt lille.
- Det er den afdeling, der udskriver patienten til hjemmet, der "hæster" den største gevinst, mens videre overførsel til anden afdeling ikke vejer så meget. Dette vil nærmest være en bombe under et velfungerende og smidigt samarbejde mellem de funktionsbærende enheder og regionære afdelinger på et højt specialiseret niveau.
- Profylaktiske aktiviteter kan ikke indregnes
- Selskabet formoder, at pædiatriske patienter stiller større krav til plejen end voksne. Det kan derfor frygtes at der foretages en systematisk fejl ved at anvende en gennemsnitlig pris for en indlæggelsesdag

Der vil blive stillet endog meget store krav til kvaliteten og rækkefølgen af de diagnoser, der hæftes på den enkelte patient. Kvaliteten heraf må sikres i den enkelte afdeling. Sundhedsstyrelsen har taget et initiativ i denne forbindelse. Arbejdet er blevet integreret i samarbejdet vedrørende DRG som helhed.

Selskabet er gået helhjertet ind i det store arbejde. Planen er, at de enkelte fagudvalg rubricerer "deres" relevante diagnoser fra ICD10 i de foreslåede DRG-grupper. Samtidigt vil vi gøre opmærksom på, hvilke komplicerende lidelser, der bør kunne kodes som bidiagnoser indenfor pædiatrien.

Vi skal komme med vores udkast til Sundhedsministeriet ultimo oktober m.h.p. et møde ultimo november.

Bestyrelsen vil forsøge at inddrage så mange som muligt i arbejdet og holde såvel fagudvalg som de enkelte afdelinger orienterede om forløbet. Vi er derfor glade for, at vi har kunnet tage hul på debatten i forbindelse med denne generalforsamling.

Selskabet deltager fortsat i arbejdet i Sundhedsstyrelsen vedrørende behandlingstilbudene til de såkaldte sjældne handicap. Vi havde forventet en afslutning af arbejdet i den forgangne sæson. Vores holdning er uændret, at det er vigtigt at sikre et velfungerende og gensidigt forpligtende samarbejde mellem eventuelle centre og de lokale børneafdelinger, samt at de lokale børneafdelinger bør deltage løbende i patientkontakten. Alle parter, såvel patienter som de samarbejdende afdelinger, bør have udbytte af et kvalitetsløft.

Patientklagenævnet

Patientklagenævnet har taget kontakt med de videnskabelige selskaber, herunder DPS, med en opfordring til et samarbejde. Specielt ønsker nævnet assistance fra selskaberne i forbindelse med vurdering af ansøgere til hvervet som sagkyndige. Nævnets forslag er, at nævnet slår de pågældende stillinger op. Derefter er selskabets bestyrelse nævnet behjælpelig ved vurderingen af ansøgerne. Det er naturligvis fortsat udelukkende Patientklagenævnet, der er den ansættende myndighed. Selskabet hilser dette samarbejde velkomment. Bestyrelsen finder, at en større åbenhed omkring nævnets

arbejde og en åben dialog kan være med til at imødegå og afhjælpe nogle af de problemer, som er opstået for indklagede kolleger ved klagesager.

Internationale kontakter

Selskabet er medlem af Nordisk Pædiatrisk Forening. Der skal være kongres i Helsingfors næste år. I lighed med tidligere år, vil der derfor ikke blive afholdt vårmøde i år 2000. På baggrund af tilslutningen skal det vurderes om der er basis for at fortsætte disse traditionsrige nordiske kongresser i fremtiden. DPS har som tidligere støttet baltiske kollegers muligheder for at deltage i kongressen og et efterfølgende ophold ved en nordisk pædiatrisk afdeling. Af praktiske årsager er det i år udelukkende finske afdelinger, der indgår i arrangementet.

Ved mødet i Helsingfors, vil styregruppen foreslå en ændring af foreningens vedtægter.

Repræsentantskabet foreslås nedlagt, idet styregruppen finder, at den nødvendige demokratiske kontrol er tilstrækkeligt sikret ved kravet om, at repræsentationen i styregruppen skal bestå af det nationale selskabs formand, et andet bestyrelsesmedlem samt yderligere et medlem valgt på det pågældende nationale selskabs generalforsamling. Bestyrelsen anbefaler vedtægtsændringen. Det har altid været et problem at sikre, at repræsentantskabet i Nordisk Pædiatrisk Forening var beslutningsdygtigt, og den tidligere struktur må opfattes som meget bureaukratisk.

DPS er fortsat aktiv i samarbejdet på europæisk plan mht. uddannelse og efteruddannelse til pædiater i CESP og UEMS.

Efter debatten på sidste års generalforsamling, har vi besluttet at gå aktivt ind i samarbejdet mellem de europæiske videnskabelige pædiatriske selskaber i UNEPSA og i den internationale sammenslutning IPA. De tidligere problemer vedrørende vedtægter og struktur synes nu løste, og vi har genoptaget betalingen af vores medlemskontingenter.

Efter bestyrelsens opfattelse er det et meget væsentligt argument i det internationale samarbejde, at vores rige del af verden er med til at finansiere møder, uddannelse og andre aktiviteter, der kommer fattigere områder og selskaber til gode.

Torben Iversens rejsefond

Bestyrelsen har i år ønsket at opslå legatet om efteråret for at give mulighed for at alle aktiviteter i kalenderåret 1999 kan komme i betragtning.

Ole Andersen
14-08-99

Beretning fra Dansk Pædiatrisk Selskabs Udvalg for Pædiatrisk Allergologi og Pulmonologi 1998-1999

Udvalgsmedlemmer:

Lone Agertoft ^{FAYL} (1995, 1998)
Inger Merete Jørgensen ^{FAYL} (1997)
Kim G Nielsen ^{FAYL} (1998)
Gunver Fuglsang (1998)
Susanne Halken (formand) (1998)

Udvalget har afholdt i alt 3 møder i det sidste år.

Udvalget har udarbejdet udtalelse til DPS's bestyrelse vedrørende Sundhedsstyrelsens udarbejdelse af efterspørgselsprognose efter lægelig arbejdskraft. Udvalget har desuden besvaret forespørgsel vedr. fællesmøde med Dansk Pædiatrisk Selskab og Dansk forening for pædiatrisk Radiologi samt efter forespørgsel fra uddannelsesudvalget udarbejdet forslag til målbeskrivelse for uddannelseskurset i Pædiatrisk Allergologi og Pulmonologi.

Udvalget har rettet forespørgsel til alle landets børneafdelinger vedr. eventuelle erfaringer med astma vandrejournaler samt behovet herfor. Udvalget arbejder videre med udarbejdelse af en astma vandrejournale som et tilbud til landets børneafdelinger for at sikre en bedre kommunikation mellem pædiatere, almen praksis og patienter.

Udvalget har vurderet behovet for revision af "Vejledning i astmabehandling" og "Retningslinier for allergiudredning hos børn". Udvalget har anmodet formændene for de to tidligere arbejdsgrupper om at forestå en revision af disse vejledninger.

I udvalgets regi er der tidligere nedsat en arbejdsgruppe vedr. undersøgelse af omfanget af diagnostik og behandling af astmatisk bronchitis, astma og allergiske sygdomme hos børn på børneafdelinger i Danmark. Arbejdsgruppen har udarbejdet et forslag til diagnoseliste for pædiatriske lunge- og luftvejssygdomme samt allergologiske lidelser.

04. august 1999

Susanne Halken
Susanne Halken



Udvalget for Ernæring og Gastroenterologi Dansk Pædiatrisk Selskab

BERETNING FOR 1998-99

Udvalget har haft følgende medlemmer: Karsten Hjelt (1995), Steffen Husby (1993), Christian Mølgaard (1997), Anders Pærregaard (1995), Flemming Skovby (1993). Udvalget har holdt møde 4.9.98, 13.10.98, 12.1.99, 16.4.99 og 10.9.99. Referat fra møderne er tilsendt bestyrelsen.

Udvalget har besvaret forespørgsel fra bestyrelsen m.h.p. udarbejdelse af efterspørgselprognose efter lægelig arbejdskraft. Udvalget har besvaret forespørgsel vedr. DRG i pædiatrien. Udvalget har haft kontakt til ESPGHAN vedr. subspecialist-uddannelse i pædiatrisk gastroenterologi. Subspecialet er nu officielt anerkendt inden for UEMS og der er udfærdiget forslag til uddannelseskrav.

Udvalgets medlemmer har haft kontakt til en løstere sammenknyttet skandinavisk gruppe af børnegastroenterologer (NAPGAN) i forbindelse med et videnskabeligt møde i Stockholm i oktober, og et tilsvarende møde afholdes evt. i Danmark i år 2001. Medlemmer af udvalget har arrangeret et afskeds Symposium i pædiatrisk gastroenterologi for professor Peter Krasilnikoff i november. Et årligt symposium i pædiatrisk gastroenterologi vil blive arrangeret. Udvalget har taget initiativ til og udformet en anbefaling vedr. prolongeret icterus, der er trykt i Månedsskrift for Praktisk Lægegering. Udvalget har stået bag udsendelse af et spørgeskema vedr. udredning af cøliaki.

Fra udvalget har Steffen Husby sammen med Kim Fleischer Michaelsen, Karin Brostrøm og Susanne Halken deltaget i Sundhedsstyrelsens kontaktgruppe vedr. børneernæring.

Steffen Husby

Udvalg for Hæmatologi og Onkologi: Årsberetning 1998-99

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

Udvalget har holdt møde på Rigshospitalet 4.9.98, i Aalborg 27.11.98, på Rigshospitalet 19.3.99 og i Odense 28.5.99. Alle møder har fundet sted i tilslutning til de møder, som specialeansvarlige læger fra landsdelsafdelingerne afholder.

Udvalget har besvaret henvendelse fra det internationale børneonkologiske selskab SIOP vedrørende børneonkologiens organisation i Danmark.

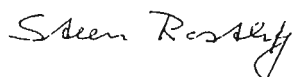
En forespørgsel fra bestyrelsen vedrørende behov for arbejdskraft frem til 2025 er besvaret. Der skønnes at være behov for uddannelse af omkring 20 pædiatere inden for området i de næste 20 år.

Som led i evalueringsreformen er der på bestyrelsens foranledning udarbejdet en ny målbeskrivelse for delkursus i hæmatologi og onkologi.

Udvalget arbejder med planer om at nedsætte en tværdisciplinær arbejdsgruppe, som skal udarbejde retningslinier for udredning og behandling af hæmoglobinopatii.

Udvalget vil fremover forsøge at optage en pædiater fra en amsafdeling som medlem. Dette kan ske ved, at en af landsdelsafdelingerne lader sig repræsentere af FAYL-medlemmet.

Steen Rosthøj
August 1999



Beretning for Dansk Pædiatrisk Selskabs Infektionsudvalg.

Udvalget har i det forløbende år afholdt i alt 4 møder.

Udvalget har afsluttet udarbejdelsen af et hæfte: Vejledende retningslinier vedrørende profylakse og hygiejniske foranstaltninger på børneafdelinger, som sponsoreret af SmithKline Beecham er blevet udsendt til alle selskabets medlemmer og til landets børneafdelinger. Der har været stor interesse for dette hæfte, og vi vil forsøge at få trykt et nyt oplag.

Udvalget har undersøgt i hvilket omfang de tidligere udarbejdede forslag til behandling af purulent meningitis er blevet modtaget. Tilbagemeldingerne har været generelt positive, men der ser ikke ud til at være noget stærkt ønske blandt landets pædiatriske afdelinger om at afbøje individuelle holdninger med det formål at nå frem til fælles retningslinier for den antibiotiske behandling.

Udvalget har endvidere undersøgt problematikken omkring hepatitis B-profylakse af nyfødte. Resultatet er meget problematisk, idet de indsamlede oplysninger tilkendegiver, at screeningen for hepatitis B i graviditeten langt fra fungerer optimalt, ligesom der ikke er nogen sikker opfølgning af, i hvilket omfang vaccinationsprogrammet bliver gennemført.

Udvalget følger løbende situationen omkring HIV-smitte af børn. Her tyder alt på, at de nuværende foranstaltninger med antiretroviral behandling af mor og barn er meget effektivt.

Udvalget har påbegyndt diskussioner om profylaktisk behandling af RS-virusinfektion og vil i løbet af det kommende år prøve at fastlægge indikationer herfor i samarbejde med neonetologi udvalget.

Udvalgets medlemmer har været de sædvanlige: Birgitte Friis, Carsten Heilmann, Bent Windelborg Nielsen, Poul-Erik Kofoed og Niels Henrik Valerius (formand).

30 07 99

Niels Henrik Valerius

Årsberetning fra neonataludvalget 1998-9

Udvalget har bestået af Jens Hertel (formand) (1993), Sten Petersen (1996) Birgitte Djernes (1993) Ole Pryds (1998) og Steen Hertel (YP) (1998). Derudover har en del tidligere medlemmer deltaget i nogle møder. Desuden har overlæge C. Lenstrup deltaget i enkelte møder som observatør for DSOG.

Udvalget har holdt 5 møder, samt deltaget i dels ETFOL efterundersøgelsens møder og Neobasegruppens møder

Følgende emner har været behandlet:

ETFOL

Ved gennemgang af landspatientregisteret fandt man en række børn der manglede i undersøgelsen. Ved nøje gennemgang fandt man ud af det dels drejede sig om fejlregistrerede data i landspatientregisteret, dels børn der var døde på fødestue, men også børn indlagt på neonatalafdelinger og enten døde der eller overlevede. Der arbejdes på at få disse børn inkluderet i ETFOL undersøgelsen. Etisk komite er blevet forespurgt om det kan lade sig gøre etisk. Databearbejdningen af de øvrige børn skrider frem, og der stiles mød skrivesfase i efteråret 1999. 5 års undersøgelsen er startet og vil pågå de næste 2 år.

Neobasen.

Registergodkendelse, hardware og software skulle efterhånden være i orden alle steder, der er fortsat problemer lokalt flere steder, men der arbejdes på at få neobasen gjort landsdækkende allerede fra i år.

Epilepsimedicin til gravide og lakterende mødre:

Neonataludvalget har haft Birgit Peitersen siddende i et udvalg sammen med pædiatere, neurologer og obstetrikere. Udvalget er færdige, rapport udarbejdet og fremsendt til godkendelse i de tre specialselskabers bestyrelser. Nå denne foreligger bliver rapporten publiceret.

Perinatale infektioner.

Udvalget har haft et underudvalg der har set på rekommandationer for antibiotika til nyfødte, specielt med henblik på gruppe B streptokokinfektioner. Arbejdet forventes færdigt efterår 99.

Indikationer for surfactant terapi

Der arbejdes med forslag til dansk standart for surfactantterapi. Forventes afsluttet efterår 1999.

Ekspertuddannelse i neonatologi.

Neonataludvalget har i et svar til bestyrelsen for DPS anslået et behov for ca. 40 ekspertuddannede neonatologer indenfor de næste 20 – 25 år. Der er således en for lille uddannelseskapacitet i øjeblikket, forskellige forslag har været drøftet, men ikke endeligt afgjort endnu.

Videnskabeligt neonatalmøde i DPS.

Neonataludvalget har fået en mødedag i DPS januar 2000, hvor bl a. ovennævnte emner vil blive behandlet.

Andet.

Udvalget har været repræsenteret ved et møde i sundhedsstyrelsen vedrørende nedsættelse af grænsen for dødfødsel fra 28 uger. Sundhedsstyrelsen overvejer fortsat sagen.

Med venlig hilsen

NEUROPÆDIATRIUDVALGET.

Årsberetning 1998-99.

Udvalget består af 5 medlemmer: Bente Beck (1997), Lissi Bank Lassen (1997), Karen Taudorf (1993), Flemming Juul Hansen (YL) (1993) og Søren Anker Pedersen (formand) (1993). Peter Uldall og John Østergaard har deltaget som associerede medlemmer.

Der er siden generalforsamlingen afholdt 3 møder - heraf et som "brain-storming" møde.

Der er færdigbearbejdet oplæg til instruks om Status Epilepticus der vil blive fremsendt til landets børneafdelinger. Instruks om Infantile Spasmer afventer aktuelt udviklingen omkring synsfeltsdefekter ved Vigabatrin behandling.

Udvalget har debateret rekrutteringen og uddannelsen af neuropædiatere, de neuropædiatriske ambulatoriers arbejdsstruktur og belastninger, samt modeller for samarbejde centralt/decentralt om sjældne handicap og enskadede børn. Der arbejdes på at etablere Neurobase og Epilepsi-database.

Der er besvaret forespørgsler fra bestyrelse og udvalg.

3 udvalgsmedlemmer kan ikke genvælges.

Søren Anker Pedersen
10.08.99

Udvalgsberetning 1998/99 fra DPS' Udvalg for Screening og Klinisk Genetik.

Udvalget har holdt et møde.

Udvalget anbefaler rutinemæssig screening af nyfødte for 21-hydroxylasedefekt efter gennemført pilotprojekt, der har sikret gennemførelse af proceduren på PKU-kort på Statens Seruminstitut. Proceduren er uden risiko for betydende falsk negative eller falsk positive resultater. Dansk Pædiatrisk Selskabs bestyrelse støtter etablering af screening, og udvalget arbejder videre med gennemførelse af screeningen.

Udvalget arbejder videre med screeningsundersøgelse ved tandem massespektrometri af blod på PKU-kortet.

Udvalget har diskuteret det stigende behov for klinisk genetisk viden hos pædiatere, og der foreslås ekspertuddannelse af pædiatere med henblik på placering af disse på universitetsafdelingerne.

Den 25.8.99.

Bente Beck

Referat for uddannelsesudvalget

Det har været et relativt stille år i udvalget. Der har været afholdt 4 ordinære møder samt to fællesmøder med bestyrelsen, overlæger og kursister. Endvidere har medlemmer fra udvalget deltaget i arbejdsgrupper vedr. CME og den kliniske uddannelse. De væsentlige punkter, som har været diskuteret, er

- CME
- den kliniske uddannelse
- A-kursernes kvalitet og evaluering
- expertuddannelsen

Ad CME

I samarbejde med DPS's bestyrelse blev nedsat et udvalg som belyste dette emne. Der henvises til formandsberetningen. Uddannelsesudvalget har diskuteret emnet og specielt hvorledes det fremtidige CME arbejde skal struktureres. Udvalget finder at kommissoriet for uddannelsesudvalget dækker CME. Da udvalgets arbejdsbyrde er ændret markant efter strukturændringerne ved procedureerne for besættelse af uddannelsesstillinger vil uddannelsesudvalget foreslå at CME sekretariatsfunktionen underlægges uddannelsesudvalget. Da der utvivlsomt bliver et betydeligt administrativt arbejde forventes det at professionel hjælp er nødvendig ligesom tæt kontakt til bestyrelsen er ønskværdig.

Ad Den kliniske uddannelse

Foranlediget af en skriftlig henvendelse fra et kursisthold dokumenterende kritisable forhold vedr. den kliniske uddannelse blev emnet grundigt diskuteret og der blev afholdt møde m. kursister, uddannelsesansvarlige overlæger samt repr. fra DPS' bestyrelse. Herefter blev nedsat et udvalg som har beskrevet uddannelsesmulighederne og fremsat løsningsforslag til aktuelle problemer. Det blev klarlagt at der generelt er meget lidt supervision og at uddannelsen på enkelte afd. er for domineret af neonatologi. Generelt må konkluderes at for de fleste afdelinger kan en målrettet indsats bedre uddannelseskvaliteten, men mange steder er normeringerne utilstrækkelige til at sikre en passende mængde dagtid for de uddannelsessøgende. Udvalget fremsatte som idekatalog en række konkrete forslag til kvalitetsfremmende tiltag, inklusive overvejelser om omstrukturering af forløbet så fase tre uddannelsen flyttes til centralsygehuse. Dette er allerede planlagt i uddannelsesregion syd. Rapporten fra udvalget er fremsendt til DPS' bestyrelse til videre bearbejdning og mangfoldiggørelse.

Ad A-kurser

Sundhedsstyrelsens publikation 'Vejledning og evaluering i den lægelige videreuddannelse' påbyder at uddannelsen skal evalueres af såvel giver som modtager. Dels den kliniske uddannelse ved evalueringssamtaler og dels den teoretiske uddannelse, hvor kursernes kvalitet evalueres dels direkte af kursisterne og dels indirekte ud fra kursisternes udbytte som vurderes ved anonyme besvarelser af teoretiske spørgsmål. Implementeringen af dette er påbegyndt og medfører et stort arbejde for såvel hovedkursuslederen som delkursuslederne idet kursernes målbeskrivelser skal gennemgås og der skal kreeres teoretiske multiple choice opgaver til hvert kursus. Ved gennemgangen af målbeskrivelserne er det planen samtidig at minimere emneoverlappning kurserne imellem samt sikre at alle relevante emner dækkes af kurserne.

Ad expertuddannelse

Dette er fortsat et uløst problem. Sundhedsstyrelsen har ikke anerkendt nødvendigheden af expertuddannelse, og FAYL har blokeret for uddannelsen ved at kræve et betydeligt extratillæg i lønnen til ansatte i tidsbegrænsede afdelingslægestillinger. I sensommeren er der dog sket det at FAYL tilsyneladende er indstillet på at acceptere tidsbegrænsede expertuddannelsesstillinger uden tillæg såfremt Sundhedsstyrelsen anerkender behovet. Man kan således gøre sig forhåbninger om en snarlig løsning på problemerne.

I øvrigt

har udvalget behandlet en række mindre sager, hvoraf en enkelt skal nævnes. Flere kursister har udtrykt utilfredshed med Sundhedsstyrelsens tværfaglige kurser. Det skal derfor pointeres at disse kurser er valgfri på linie med de af DPS arrangerede kurser.

Vedrørende undervisningsstillingsbesættelse er dette store arbejde ikke længere i udvalgets regi og på sigt vil dette frigøre arbejdskraft til andre relevante opgaver. Dette har også medført en ændring af udvalgets kommissorium og konstitution således at udvalget efter generalforsamlingen vil bestå af i alt syv medlemmer inkl. hovedkursuslederen. Valgperioden er samtidig ændret til tre år.

Beretning fra Ungdomsmedicinsk Udvalg.

Udvalget har følgende 6 medlemmer:

Ole Andersen, Inger Leer Pedersen, Jørn Mølgaard Henriksen, Bente Hansen (repræsenterer kommunallægerne), Thomas Hertel (repræsenterer YP) og Birgitte Marner, formand.

Møder afholdt den 26. februar, 15. maj og 23. august 1999.

Udvalget har holdt sig orienteret om de tiltag, der er om samarbejdet mellem Pædiatriske afdelinger og de internt medicinske afdelinger omkring de unge.

Udvalget ser gerne, at der kommer et større samarbejde mellem andre specialer, specielt de gynækologiske og kirurgiske.

Et af de emner, der specielt har været drøftet er, hvordan går det kroniske patienter, som f.eks. astma- eller Turner-patienter, når de afsluttes i pædiatrisk regi.

Desuden har udvalget drøftet, hvilken viden "ungdoms"pædiaterne skal have for at være egnede til at behandle unge - og hvorledes vi kan dokumentere denne egnethed overfor andre specialer.

9.8.99

Birgitte Marner

Formand for Ungdomsmedicinsk Udvalg.

Årsberetning for Dansk Pædiatrisk Nefro-/urologiudvalg

Udvalget har holdt 4 møder siden sidste generalforsamling. Udvalget har færdiggjort referenceprogrammet vedrørende urinvejsinfektioner hos børn og medtaget de ændringer, som høringen gav anledning til. Det er planen at søge referenceprogrammet offentligt i Ugeskrift for Læger, idet også de praktiserende kolleger må formodes at kunne have glæde af det. Hvis det ikke lykkes eller trækker længe ud, vil vi bede bestyrelsen rundsende det endelige referenceprogram til medlemmerne.

Herudover er vi i gang med en revision af ekspertuddannelsen blandt andet med henblik på at nedsætte uddannelsestiden til samme længde som de øvrige ekspertuddannelser i selskabet.

Udvalget er ved at forberede udarbejdelse af et referenceprogram vedrørende nefrotisk syndrom og vil som indledning hertil indhente instrukser og vejledninger fra børneafdelinger og nefrologiske afdelingen.

Udvalget har i øvrigt besvaret diverse forespørgsler fra bestyrelsen. Der planlægges et fællesmøde med radiologerne om børneurologi.

E. Nathan
Formand

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

Karsten Hjelt

Niels Clausen

Sten Petersen

Søren Krabbe

Hermed min rapport fra diagnoseudvalget:

Udvalget har arbejdet med etablering af en pædiatrisk diagnoseliste. Niels Knabe har stillet sin EDB ekspertise til rådighed og fremstillet et program, således at diagnoselisten er blevet digital. Den skulle efter planen være rundsendt til alle afd. i august 99. Der er tale om en liste, der fremover skal udbygges på baggrund af forslag fra brugerne på afdelingerne og DPS faglige råd. Diagnosenlisten indgår også i DRG listerne. I programmet er der således afsat plads til DRG vurdering.

Karsten Hjelt (formand), Niels Knabe, Thomas Thelle

Beretning fra Socialpædiatrisk Udvalg.

Udvalget har bestået af overlæge Bente Hansen, overlæge Tonny Olesen, afdelingslæge Bodil Moltesen (repræsenterer Yngre Pædiatere), formand for udvalget siden marts 99, kommunallæge Poul Bro, fratrådt udvalget feb. 99, overlæge Birgitte Marner, formand for udvalget indtil marts 99.

Udvalget har afholdt møder den 1. oktober, 3. februar, 3. marts, 7. april, 10. juni samt 5. august.

Udvalget har navnlig arbejdet med tilrettelæggelse af et efteruddannelsesmøde, planlagt til efteråret 99 med titel "Børnelægen - barnet i samfundet" (desværre udsat til medio januar).

Desuden er udvalget påbegyndt planlægning af et seminar/kursus i år 2000.

9.8.99

Birgitte Marner

ledende overlæge.

Årsberetning for § 14 udvalg 1998 – 9.

Der har fra primo juli 1998 til 12. 7. 1999 været behandlet 9 ansøgninger om overlægestillinger i pædiatri. 1 ansøgning gav anledning til lidt skrivi, men blev godkendt, øvrige ansøgninger gav ikke problemer

m.v.h.

Jens Hertel
Overlæge
§ 14 tilforordnet for pædiatri.

DPS' Børnekardiologiske Udvalg
Rapport for 1998-99.

Udvalget har afholdt 2 møder.

Der er udarbejdet en målbeskrivelse for A-kursus i børnekardiologi.

Udvalget har drøftet en ide om at uddanne udvalgte læger på almenpædiatriske afdelinger i ekkokardiografi, mhp at dække et behov, som angiveligt ikke løses ved henvisning eller overflytning til de subspecialiserede centre. Der er i udvalget betydelig skepsis mht det fornuftige i at etablere sådanne begrænsede funktionsområder på afdelinger, hvor det vil være vanskeligt at opretholde endsige udvikle den nødvendige ekspertise efter afslutningen af uddannelsen. Der påtænkes imidlertid startet en sådan forsøgsuddannelse på RH i i nær fremtid.

Et fra nogle sider fremført ønske om alternativt at få etableret udadrettede konsulenttjenester kan indtil videre ikke honoreres pga manglende kapacitet. Udvalget finder i øvrigt, at afstandene i landet gennemgående er så små, at børnekardiologisk virksomhed uden væsentlige ulemper for patienterne fortsat kan være centraliseret.

De europæiske uddannelsesretningslinier er revideret. De danske anbefalinger vil snarest blive a jourført i overensstemmelse hermed. Man vil arbejde for, at vi her i landet får etableret et egentligt officielt subspecial, i lighed med et stort antal andre lande. Det er specielt blevet nødvendigt for at kunne etablere adækvat uddannelse på området.

Udvalget har endelig arbejdet med at DRG klassificere de børnekardiologiske diagnoser.

Udvalget består af :
Ove Ramsgaard Hansen
Karsten Hjelt
Joes Ramsee Jacobsen (formand)
Gunner Nielsen
Gerd Stafanger

J.Ramsee Jacobsen

Beretning fra Endokrinologiudvalget

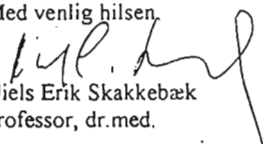
Endokrinologiudvalgets arbejde har i det forløbne år været præget af problemer med hensyn til at få implementeret planen om en uddannelsesstilling i pædiatrisk endokrinologi baseret på delansættelser på Rigshospitalets Afd. for Vækst og Reproduktion og børneafdelingen Glostrup.

Problemet har været, at Foreningen af Yngre Læger har ønsket en ansættelse i uddannelsesstilling skulle ske som en fast afdelingslægestilling. Dette krav har indtil videre blokeret for indførelse af ordningen. En kvalificeret specialist i pædiatri er midlertidigt ansat som vikar på Afd. for Vækst og Reproduktion, indtil der findes en løsning.

Udvalget forventer at behandle problemet ved sit udvalgs møde i august 1999.

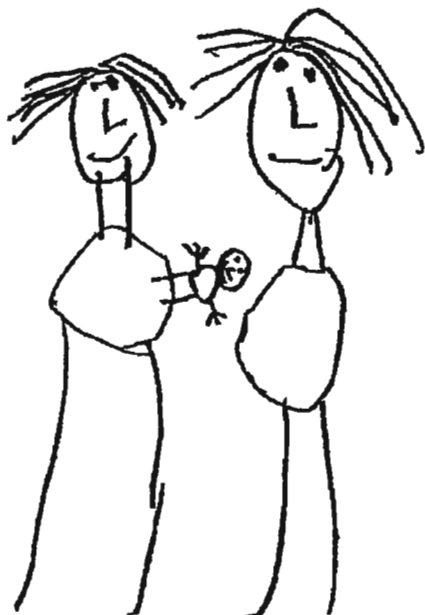
Formanden for Endokrinologiudvalget vil opdatere selskabets medlemmer ved generalforsamlingen i september.

Med venlig hilsen,



Niels Erik Skakkebæk
professor, dr.med.

***Vejledning vedrørende behandling af gravide
med epilepsi og deres børn.***



November 1999

Denne vejledning er udarbejdet ned på initiativ af Dansk Pædiatrisk Selskab og i et samarbejde med Dansk Epilepsi Selskab og Dansk Selskab for obstetrik og gynækologi.

Arbejdsgruppens medlemmer

Overlæge, dr. med. Mogens Laue Friis, Neurologisk afd. Odense Universitetshospital.

Overlæge Søren Anker Pedersen, Børneafdelingen, Hvidovre Hospital.

Ledende overlæge Birgit Peitersen, Børneafdelingen, Hvidovre Hospital.

Overlæge Anne Sabers, Epilepsihospitalet i Dianalund.

Overlæge Peter Uldall, Neuropæd. Klinik, Rigshospitalet.

Professor overlæge, dr. med. Jes Westergaard, Gyn./obstr. afd. Odense Universitetshospital.

Baggrund:

Oktober 1997 nedsatte Dansk Pædiatrisk Selskab en arbejdsgruppe med ovennævnte deltagere. Arbejdsgruppens kommissorium var at udarbejde vejledning til behandling af gravide med epilepsi før, under og efter graviditeten samt observation og behandling af børnene.

Neurologiske aspekter:

Vejledning før graviditet.

Enhver kvinde i fertil alder med epilepsi bør betragtes som potentielt gravid, og bør derfor løbende informeres om de specielle forhold der vil gøre sig gældende, såfremt hun ønsker at blive gravid. Kvinder med epilepsi har en større risiko for komplikationer under graviditet end baggrundsbefolkningen. Kvinder med epilepsi bør derfor opfattes som risikogruppe og tilbydes tæt obstetrisk og neurologisk kontrol under graviditet.

Det bør pointeres, at justering af den antiepileptiske behandling og tilskud af vitaminer og folinsyre bør iværksættes allerede inden graviditeten.

Både mænd og kvinder med epilepsi kan have nedsat fertilitet som følge af epilepsien eller den antiepileptiske behandling. Antiepileptica kan inducere endokrine forstyrrelser som kan medføre nedsat fertilitet.

Behandling med enzyminducerende antiepileptica (barbiturater, fenytoin, carbamazepin, oxcarbazepin og topiramet) kan medføre risiko for p-pillesvigt og dermed uønsket graviditet. Kvinderne bør informeres om alternativ antikonceptionsform eller vurderes af gynækolog med henblik på p-piller med højt østrogenindhold.

Medfødte misdannelser, mindre udviklingsanomalier og forsinket udvikling er beskrevet hyppigere forekommende hos børn af mødre med epilepsi end i baggrundsbefolkningen. Gravide kvinder med epilepsi skal informeres om denne risiko og tilbydes prænatal diagnostik, dvs. ultralyd og kun i udvalgte tilfælde amniocentese.

Den ambulante kontrol under graviditet bør foregå på et sygehus, hvor der kan etableres et neurologisk/obstetrisk samarbejde.

Fødslen bør foregå på et sygehus, hvor der er obstetrisk, neurologisk og pædiatrisk afdeling med neonatologisk døgnservice.

Genetisk vejledning.

Genetisk vejledning af en familie, hvor én eller begge forældre har epilepsi er afhængig af viden om ætiologien til epilepsisygdommen, herunder evt. familær disposition til epilepsi og empiriske risikotal for et barn for at få én af de almindelige epilepsityper/sygdomme.

Ætiologien til epilepsi er heterogen og inkluderer følgende kategorier, hvor den polygene/multifaktorielle gruppe er langt den største:

- kromosomsygdomme
- monogene sygdomme forårsaget af en defekt i ét genlocus.
- polygene sygdomme forårsaget af interaktion af 2 eller flere genloci.
- multifaktorielle sygdomme, som skyldes interaktion mellem genetiske faktorer og miljøfaktorer.
- mitochondriesygdomme forårsaget af en mutation i mitochondrie-DNA (mt-DNA).

En praktisk måde at angribe vejledningen på, er primært at udelukke kromosomale og monogene epilepsisygdomme, hvorefter man står tilbage med langt den største gruppe der har en polygen/multifaktoriel problematik.

De fleste kromosomale sygdomme, som giver epilepsi (e.g. partiel eller total trisomi eller monosomi for et bestemt kromosom) er associeret med mental retardering med eller uden alvorlige misdannelser. Hvis den epilepsilidende er retarderet eller frembyder alvorligere medfødte misdannelser, er kromosomundersøgelse af patienten /fostret indiceret. Normal intelligens og udvikling samt fravær af medfødte misdannelser hos epilepsipatienten udelukker i praksis kromosomdefekter som ætiologi til epilepsisygdommen.

Afsløring af monogene sygdomme hos forældre med epilepsi, e.g. tuberøs sklerose og neurofibromatosis type I, kræver undertiden grundig undersøgelse af patienterne, som kan have meget diskrete sygdomsmanifestationer. Epilepsi hos fertile voksne kan i sjældne tilfælde skyldes en sen manifestation af et af de sjældne benigne epilepsi sygdomme (BFNC: benigne familiære neonatale convulsioner, BFC: benigne familiære infantile convulsioner). Flere autosomale recessive sygdomme med epilepsi

har kendt genlocus, f.eks. nogle progressive myoklone epilepsier med mental retardering og lipofuscinoserne.

Når en række af disse sjældne monogene og kromosomale sygdomme er udelukket, står man med en stor gruppe epilepsipatienter, hvor der ikke er noget klart arvemønster. Disse sygdomme forklares bedst ved multifaktoriel og/eller polygen ætiologi. I denne situation afhænger risikoen for barnet af epilepsipatientens sygdomssværhedsgrad, patientens køn, antallet af afficerede familiemedlemmer og disses slægtsrelationer til barnet. På baggrund af empiriske retrospektive data er risikoen for et barn af en kvinde med idiopatisk generaliseret epilepsi 4-8% for også at udvikle samme epilepsitype. Tvillingeundersøgelser har vist, at idiopatisk generaliseret epilepsi ikke blot er langt hyppigere hos den monozygote medtvilling end hos dizogote tvillinger, men der er også hos monozygote tvillinger sammenfald mellem de enkelte subtyper for idiopatisk generaliseret epilepsisyndrom (e.g. juvenil myoklon epilepsi, børneabsenceepilepsi etc.) Hvis mere end én slægtning eller begge forældre er afficerede er risikoen for barnet over 10% for at udvikle epilepsi. Der mangler præcise data, da prospektive populationsbaserede studier er få, men en risiko på 30-50% er realistisk, hvis begge forældre lider af idiopatisk generaliseret epilepsi. Risikoen for at barnet udvikler epilepsi hvis begge forældrene har partiel epilepsi er derimod lav, formentlig 1-2%.

Myoklon epilepsi med ragged red fibers (MERFF) og mitochondrie myopati med lactacidrose og stroke (MELAS) forårsages af mutationer i mt-DNA. Dette DNA transfere-res til fostret via oocytten (ikke via spermatozoen), hvorfor risikoen ved paternel sygdom er 0% for barnet, mens den ved maternal sygdom er op til 100% for barnet for at få den samme type mitochondriesygdom som moderen.

Konklusion:

Genetisk rådgivning bør tilbydes alle par, hvor den ene eller begge har epilepsi. Denne rådgivning er en specialisopgave, der formentligt gives bedst i samarbejde mellem epileptologen og en klinisk genetiker.

Behandling:

Behandling med antiepileptica under graviditet:

Ca. 25% af patienter med epilepsi får øget anfaldshyppighed under graviditet. Efterhånden som graviditeten skrider frem, vil serum-koncentrationen af de fleste antiepileptica falde som følge af øget metabolisering og øget fordelingsvolumen. Pga. en fysiologisk ændring i proteinbindingskapaciteten under graviditet, kan der forekomme forskydninger i forholdet mellem den protein bundne og den frie fraktion (den farmakologisk aktive) af medikamenterne, som kan gøre det vanskeligt at vurdere betydningen af det totale fald i serum-koncentrationen.

Medicinsvigt pga. f.eks. hyperemesis gravidarum, dårlig compliance samt stress og dårlig nattesøvn, er andre mulige årsager til øget anfaldshyppighed.

Risiko for anfald under fødslen er relativ lille, ca. 1-4% med flest anfald hos de patienter der i graviditeten har haft mange anfald. Anfaldsrisiko er noget større i puerperiet, ca. 10%. Der bør foretages bestemmelse af serum-koncentrationen af antiepileptica i de seneste uger inden termin, for at sikre at behandlingen er optimal op til fødslen.

Patienterne bør derfor følges tæt under graviditet med ambulant kontrol - hver eller hver 2. måned - til bestemmelse af serum-koncentration af antiepileptica, vægtkontrol og eventuel dosisjustering.

Efter fødslen vil serum-koncentrationen af de fleste antiepileptica stige og dosis bør derfor reduceres gradvist. Da de fleste kvinder ikke opnår vægtreduktion umiddelbart efter fødslen, svarende til vægten før graviditeten, er den tidligere dagsdosis ikke i sig selv vejledende.

Supplering med folinsyre og andre medikamenter:

Alle kvinder i fertil alder bør være opmærksomme på at få en varieret kost med sufficient indhold af folinsyre. Det er vist, at tilskud af 0,4 mg folinsyre dagligt nedsætter risikoen for neuralrørsdefekter med 70% hos børn af raske kvinder. Hos kvinder der tidligere har født børn med neuralrørsdefekt, er det vist at tilskud af 4 mg folinsyre kan nedsætte risikoen for neuralrørsdefekt med 70% ved efterfølgende graviditeter.

Hvorvidt kvinder med epilepsi bør behandles med tilskud af den høje receptpligtige dosis på 5 mg folinsyre er ikke afklaret, og der foreligger ikke konsensus herom. Det

tilrådes at kvinder der tidligere har født børn med neuralrørsdefekt tilbydes behandling med folinsyre 5 mg dagligt forud for graviditeten og i 1. trimester

Visse enzyminducerende antiepileptica kan medføre risiko for reduktion af K-vitaminafhængige koagulationsfaktorer og dermed at den nyfødte fødes med en reversibel koagulationsdefekt. Det anbefales derfor at alle kvinder, der behandles med disse enzyminducerende antiepileptica (barbiturater, fenytoin og carbamazepin) behandles med tabl. Menadion 20 mg de sidste 4 uger inden forventet fødsel.

Det anbefales derfor, at alle kvinder med epilepsi tilbydes tilskud af folinsyre på 0,4 mg eller 5 mg startende allerede før conceptionen ved planlagt ønske om graviditet, eller så snart graviditet er konstateret, og at der gives tilskud af tabl. Menadion 20 mg til kvinder i behandling med enzyminducerende antiepileptica samt at alle børn af mødre med epilepsi får en injektion af Fytomenadion 1 mg i.m. umiddelbart efter fødslen efterfulgt af den sædvanlige K-vitaminbehandling de første 3 levemåneder.

Teratogen virkning af antiepileptica:

Føtale malformationer optræder 2-3 gange hyppigere blandt mødre med epilepsi end i baggrundsbefolkningen. Årsagen hertil er multifaktoriel, men formodentlig hovedsagelig begrundet i genetiske forhold, langvarige generaliserede krampeanfald og/eller teratogen effekt af antiepileptica. Risiko for føtale misdannelser er størst ved polyterapi og ved høje serum koncentrationer af medikamentene. Specielt bør kombination af valproat, carbamazepin og fenemal undgås.

Ingen antiepileptica vides at medføre en mindre risiko for føtale misdannelser end andre. Hvis patienten er velbehandlet, er det derfor bedst at fortsætte behandlingen uændret - dog med så få medikamenter som muligt og i lavest mulig dosering. Neuralrørsdefekt optræder hyppigere under behandling med valproat (ca. 1,5%) og carbamazepin (ca. 1%) end ved de øvrige medikamenter. Læbe-ganespalte og hjertemisdannelser ses hyppigst ved behandling med fenytoin og barbiturater. Risikoen for medfødte misdannelser ved behandling med nyere antiepileptica er ikke kendt. I eksperimentelle prækliniske dyremodeller har man ikke fundet teratogen effekt af oxcarbazepin, vigabatrin, lamotrigin, gabapentin, tiagabin i subtoksiske doser, mens topiramet som andre karboanhydrasehæmmere har vist sig teratogent i dyreforsøg.

Da anvendelsen af disse nye medikamenter efterhånden er vidt udbredt, vil mange patienter blive gravide under behandling med disse medikamenter. Det er vist, at vigabatrin kan forårsage at patienten udvikler koncentriske synsfeltdefekter. Der er på nuværende tidspunkt ingen viden om, hvorvidt dette har betydning for fostrets udvikling, f.eks. af retina. Indtil nærmere afklaring foreligger, skal det derfor anbefales, at vigabatrin så vidt muligt undgås til behandling under graviditet.

Det er vigtigt at forløbet af disse graviditeter nøje registreres og data indsamles til videnskabeligt brug og at misdannelser rapporteres til de aktuelle medicinalfirmaer.

Behandling med antiepileptica bør justeres til færrest mulige medikamenter - helst monoterapi - i lavest mulige dosering og dosis delt i mindst 2 daglige doser - helst før graviditeten og i 1. trimester, men dog således at der tilstræbes anfaldsfrihed.

Obstetriske aspekter:

Den gravide med epilepsi bør, fra et obstetrisk synspunkt, betragtes som en risikopatient. Udover de risici der er for føtale misdannelser, er der ofte andre risikoelementer der kræver specialistkompetent overvågning. Det er derfor rimeligt, at patienten kontrolleres i en obstetrisk specialafdeling gennem graviditeten, specielt m.h.p. tegn på præeklamsi og intrauterin vækstretardation.

Den gravide bør følges på en obstetrisk afdeling der har etableret et tæt samarbejde med neurologisk og neonatologisk afdeling. Fødsel bør foregå på samme afdeling.

Ved indtrådt graviditet:

1. Bør patienten henvises til obstetrisk afdeling med centerfunktion så tidligt som muligt m.h.p. sikker fastlæggelse af gestationslængde og planlægning af videre kontroller.
2. Der bør tilbydes ultralydsscanning i 12.-13. gestationsuge m.h.p. tidlig malformationsdiagnostik. Beherskes denne teknik ikke ved lokalt center bør der henvises til center der kan tilbyde denne undersøgelse.
3. Skanning for føtale misdannelser i 18.-20. gestationsuge. Gennemføres de beskrevne undersøgelser ved centre der behersker diagnostikken, skønnes amniocentese unødvendig.

4. Forsterhjertescanning i 20.-24. uge.
5. Fra 28. uge: Kontrol af fostervækst med ultralyd-vægtestimering hver 4. uge.
6. Fra 4 uger før termin tilskud af tabl. Menandion 20 mg dagligt, til de kvinder som er i behandling med enzyminducerende antiepileptica (carbamazepin, fenytoin og barbiturater).

Fødsel:

Der planlægges vaginal fødsel. Epilepsi er ikke i sig selv en sectioindikation.

Epiduralanalgesi anbefales for at undgå udtrætning.

Inj. Fytomenandion 1 mg i.m. til barnet umiddelbart efter fødsel.

Puerperiet:

10% får anfald i puerperiet, formentlig pga. manglende søvn, derfor hjælp til hvile.

Se-konc. af antiepileptisk medicin kan stige de første 4 uger post partum. Derfor neurologisk kontrol de første 2-4 uger efter fødslen m.h.p. evt. dosisreduktion afhængig af se-koncentration og maternal vægt.

Det nyfødte barn:

Observation af det nyfødte barn.

Har moderen været behandlet med barbiturater og benzodiazepiner samt i mindre grad med carbamazepin eller valproat i slutningen af graviditeten, er der risiko for at det nyfødte barn udvikler abstinenssymptomer.

Det nyfødte barn vil frembyde forskellige problemstillinger.

1. Øget antal medfødte misdannelser, afhængig af anvendte antiepileptica. Misdannelser vil hyppigst være CNS-misdannelser, hjertemisdannelser, ekstremitetsmisdannelser, genitalmisdannelser og læbe-ganespalte. Hyppighed 2-3 gange større end i en normal baggrundsbefolkning. Barnet screenes ved fødslen for congenitte misdannelser ved grundig objektiv undersøgelse ved pædiater og evt. ultralydsscanning og ekkokardiografi afhængigt af kliniske fund .
2. Prænatale og perinatale komplikationer: Der er ikke sikkert øget risiko for perinatal asfyksi, men pga. moderens antiepileptiske behandling er der hyppigere perinatale

symptomer i form af respiratoriske og cirkulatoriske problemer samt abstinenssymptomer, hvilket kan indicere overflytning til overvågning på en neonatalafdeling. Som led i abstinenssymptomer kan ses spiseproblemer og trivselsproblemer i de første levedage til uger. Hyppige anfald sidst i graviditeten kan medføre risiko for CNS asfyksi og derved CNS symptomer ved fødslen eller senere.

3. Enkelte antiepileptica (enzyminducerende) kan medføre nedsat koncentration af K-vitamin afhængige koagulationsfaktorer og deraf betinget øget blødningstendens hos det nyfødte barn. Det anbefales derfor at give alle nyfødte børn af mødre i antiepileptiske behandling inj. Fytomenadion 1 mg i.m. straks efter fødslen, derefter fortsættes med sædvanlig peroral K-vitaminbehandling efter sædvanlige retningslinier. Kontrol af faktor 2,7,10 samt evt. koagulationsstatus hos barnet tilrådes desuden i kliniske suspekke tilfælde. Barnet behandles afhængig af resultater.

Amning.

Moderermælk er det vigtigste næringsmiddel for det nyfødte barn, desuden er amning vigtig for udvikling af et sundt mor/barn forhold. Som hovedregel vil man derfor anbefale, at kvinder med epilepsi ammer deres barn.

Alle antiepileptica udskilles i moderermælk med en noget varierende koncentration mellem 10% og 80% af moderens se-koncentration, lavest for valproat, og fenytoin og højest for carbamazepin, barbiturater og benzodiazepiner. Hos raske mature børn kan amning gennemføres uden kliniske symptomer hos barnet. Hos præmature børn med umoden leverfunktion vil eliminationen af antiepileptica være langsommere og ofte utilstrækkelig medførende sløvhed, irritabilitet og/eller dårlig trivsel. Det er derfor nødvendigt hos børn < 34 gestationsuger af mødre i antiepileptisk behandling, at observere børnene nøje når moderermælksernæringen etableres. Hvis barnets tilstand er ustabil, kan man starte ernæring med ammernælk eller moderermælksersättning indtil barnets tilstand er tilfredsstillende og stabil.

Der mangler i dag viden om hvilke eventuelle bivirkninger de nyere antiepileptica medfører hos det nyfødte barn, herunder om disse midlers udskillelse i moderermælk og deraf betinget eventuel virkning på det ammede barn.

Ambulant kontrol.

Hvis der ikke er fundet misdannelser, og det neonatale forløb er helt ukompliceret, er der ingen behov for ambulant opfølgning i pædiatrisk regi.

Anmeldelse.

Alle misdannelser hos børn af mødre i antiepileptisk behandling skal anmeldes til Sundhedsstyrelsen Bivirkningsnævn (svarende til alle andre medikamenter). Det er også hensigtsmæssigt at orientere det pågældende medicinalfirma.

Referencer:

1. Delgado-Escueta AV, Janz D. Consensus guidelines: Preconception counselling, management, and care of the pregnant woman with epilepsy. *Neurology* 1992; 42 (suppl.5): 149-160.
2. Dravet C., Julian C., Legras C. et al. Epilepsy, antiepileptic drugs, and malformations in children of women with epilepsy: A French prospective cohort study. *Neurology*, 42 (suppl 5), 75-82, 1992.
3. Lindhout D., Meinardi H., Meijer JWA, Nau H. Antiepileptic drugs and teratogenesis in two consecutive cohorts: changes in prescription policy paralleled by changes in pattern of malformations. *Neurology*, 42 (suppl.5), 94-110, 1992.
4. MRC Vitamin study research. Prevention of neural tube defects: Results of the Medical Research Council Vitamin Study. *Lancet*, 338, 131-137, 1991.
5. Omtzigt JGC, Los Fj., Grobbee De, et al. The risk of spina bifida aperta after first trimester valproate exposure in a prenatal cohort. *Neurology*, 42 (suppl. 5): 119-25, 1992.
6. Rosa FW. Spina bifida in infants of women treated with carbamazepine during pregnancy. *N. Engl J Med*, 324: 674-7, 1991.
7. Sabers, A., Rogvi-Hansen, B et al. Pregnancy and epilepsy a retrospective study of 151 pregnancies. *Acta Neurol. Scand.* 1998: 97: 164-70.
8. Samrén EB, van Duijn CM, Koch S. et al. Maternal use of antiepileptic drugs and the risk of major congenital malformations: A joint European prospective study of human teratogenesis associated with maternal epilepsy. *Epilepsia*, 38(9), 981-990, 1997.
9. Steegers-Theunissen, R.P.M., Reiner, O.W., Borm, G.F., Thomas, C.M.G., Merkus, H.M.W.M., Op de Coul, D.A.W., De Jong, P.A., van Geijn, H.P., Wouters, M. and Eskes, T.K.A.B. (1994) Factors influencing the risk of abnormal pregnancy outcome.

- me in epileptic women: A multicenter prospective study.
Epilepsy Res, 18, 261-269.
10. Tanganelli, P. and Regesta, G. (1992). Epilepsy, pregnancy and major birth anomalies: A Italian prospective, controlled study.
Neurology, 42(5), 89-93.
11. Teramo, K., Hiilesmaa, V., Bardy, A. and Saarikoski, S. (1979). Fetal heart rate during a maternal grand mal epileptic seizure.
J Perinat Med, 7, 3-6.
12. Wisby. Guideline for the management and care of pregnant women with epilepsy from Scandinavian Symposium on epilepsy pregnancy and genetics aspects.
Sverige 25-28 April 1996.
13. Thisted E., Ebbesen F. Malformation, Withdrawal Manifestations, and Hypoglycaemia after Exposure to Valproate in Utero.
Arch. Dis. Child. 1993; 69: 288-291.
14. Koch S., Jäger-Roman E., Lösche G., Nau H., Ratin D., Helge H. Antiepileptic Drug Treatment in Pregnant Epileptic Women: Pharmacokinetics and Drug Side Effects in the Neonate and Neurological Outcome at Age 6.
Acta Pædiatr. 1996; 84, 739-46.
15. Elmslie F.
European Journal of Paediatric Neurology 1998; 2: 163-1.

Referat af generalforsamling, fredag d. 10/9 1999

1. Valg af dirigent

Henrik Hertz valgt

2. Formandens beretning

Der henvises til den udsendte skriftlige beretning, der blev suppleret med følgende:

- Der blev som sidste år besat 18 undervisningsstillinger. Der var 38 ansøgere. Pointkravene var højere i region øst end i region syd og nord. Ansøgere opfordres til at søge bredt.
- Et kursisthold har rettet henvendelse til Sundhedsstyrelsen samt DPS med klage over uddannelsesforhold. Selskabet er glad for initiativet til dialog. Der har været nedsat en arbejdsgruppe, bestående af hovedkursuslederen, medlemmer af uddannelsesudvalget og repræsentanter for de berørte kursistårge. Referat herfra er fremlagt. Der vil blive dannet et kontaktorgan mellem de enkelte kursistårge, bestyrelsen og uddannelsesudvalget.
- Selskabet har fået en hjemmeside: der opfordres til flittig brug.
- Program for høstmødet foreligger nu. Det er fremlagt, og vil snarest blive udsendt.
- Vedr. lægeprognosen har selskabet foreslået uddannelseskapaciteten (antallet af undervisningsstillinger) øget til 24 pr. år.
- Diagnoserelaterede grupper vil blive indført, uanset problemer hermed. Vi har mulighed for at få indflydelse ved at være aktive nu.
- Der afholdes ikke vårmøde i år 2000, da der er kongres i Nordisk Pædiatrisk Forening.
- Arbejdsgruppen vedr. CME (continuous medical education) har udsendt rapport. Bestyrelsen ønsker diskussion af denne, specielt om efteruddannelse i administration/ledelse skal kunne medregnes. Uddannelsesudvalget foreslår, at aktiviteter vedr. CME varetages af dette udvalg (det har tidligere været overvejet, at der oprettes et særligt CME-udvalg).
- Endelig takkede formanden for 6 spændende år i bestyrelsen, og gjorde opmærksom på, at de videnskabelige selskaber de senere år har fået en større arbejdsbyrde, men samtidig også betydeligt øgede muligheder for indflydelse.

Beretningen blev herefter drøftet. Fra debatten fremhæves:

- Meningerne om, hvorvidt administrativ/ledelsesmæssig efteruddannelse kan medregnes i CME var delte. Flere påpegede vigtigheden af, at børneafdelinger også fremover ledes på kvalificeret vis. Et specielt problem er, at sådan efteruddannelse ofte består af en intensiv periode på få år. Den generelle stemning var dog, at der var tale om medicinsk efteruddannelse, og at kravet om i gennemsnit 50 timer pr. år burde kunne overkommes af enhver.
- Der var udbredt skepsis overfor DRG. Bestyrelsen pålægges at tage afstand fra dette i brevform. Samtidig accepteres, at man fortsat deltager i arbejdet med implementeringen. Det blev bemærket, at en positiv effekt af DRG kan blive bedre diagnosekodning.
- Der var betydelig, men ikke udelt, opbakning til bestyrelsens beslutning om, at stillinger med henblik på ekspertuddannelse normalt skal oplås, så ansøger efter specialistuddannelse samt denne stilling opfylder krav til §14-vurdering (bredde i uddannelsen, herunder vagtfunction). Mange var dog af den opfattelse, at det vigtigste var at få sat yderligere gang i denne videreuddannelsesaktivitet, vagtfrie stillinger eller ej.
- Foranlediget af udgivelsen af referenceprogram for udredning af børn med urinvejsinfektioner blev behovet for sådanne, og mulige ulemper, drøftet. Der var opbakning til referenceprogrammer som sådan. Ansvar for udarbejdelse bør ligge hos relevante fagudvalg under DPS. De bør udsendes til høring, og slutgodkendes af bestyrelsen. Medlemmerne opfordres til at deltage aktivt i høringsfasen, hvor der vil være mulighed for reel indflydelse på referenceprogrammets indhold.
- Socialpædiatrisk udvalg har måttet flytte et aftalt møde p.g.a. sammenfald med andet arrangement. Udvalget modtog en uforbeholden undskyldning herfor.

Formandens beretning kunne herefter godkendes.

3. Beretning fra udvalg.

Der henvises til de udsendte udvalgsberetninger. Alle beretninger blev godkendt.

4. Beretning fra inspektorerne

Generalforsamlingen indvilligede i at behandle dette punkt udover den vedtægtsbestemte dagsorden.

Niels Christian Christensen aflagde beretning. Problemerne genkendelige fra afdeling til afdeling. Det bemærkes, at inspektorrapporterne er taget meget alvorligt i visse sygehusadministrationer, og har kunnet tjene som dokumentation af struktur-/ressourceproblemer.

5. Aflæggelse af det reviderede regnskab

Regnskabet er i balance, der har været mulighed for igen at overføre et beløb til Professor Torben Iversen's rejsefond for Yngre Børnelæger. Det bemærkes, at udgifterne til afholdelse af udvalgs møder er steget væsentligt.

På forespørgsel om behovet for formue blev oplyst, at formuen ved regnskabsafslutning var 300.000 kr., men den likvide formue årligt når et lavpunkt omkring 100.000. Formuen bør derfor ikke være væsentligt lavere.

Regnskabet blev godkendt.

6. Fastsættelse af kontingent

Kontingentet fastholdes på 600 kr.

7. Indkomne forslag fra bestyrelse og medlemmer

Der var indkommet forslag om at selskabets medlemmer fremover skal modtage Acta Paediatrica. I forslaget angives udgiften hertil som ca. 350 kr. Svenska Barnläkara Sällskapet har dog fået en lignende aftale for 130 SKR pr. medlem. Forslagsstilleren ændrede sit forslag til, at bestyrelsen bemyndiges til at forhandle med henblik på aftale. Flere andre ændringsforslag blev trukket tilbage. Det ændrede forslag blev tiltrådt. Der var betydelig interesse for muligheden. Der blev dog stillet spørgsmål ved om Acta Paediatrica var det rigtige tidsskrift. Bestyrelsen opfordres til at overveje at undersøge muligheden for lignende aftaler med andre tidsskrifter. Flere var stærkt imod obligatorisk tidsskriftabonnement som led i medlemskabet.

Karen Taudorf takkede på selskabets vegne Ole Andersen for 6 års dynamisk, engageret og kvalificeret arbejde i bestyrelsen, heraf 3 år som formand, og overrakte en boggive.

8. Valg af bestyrelse blandt de ordinære medlemmer

Ole Andersen har siddet 6 år i bestyrelsen, og afgår dermed. Arne Høst blev valgt i stedet. Den øvrige bestyrelse blev genvalgt.

9. Valg af 2 revisorer

Finn Ursin Knudsen og Sten Petersen blev genvalgt.

10. Valg af udvalgsmedlemmer og repræsentanter for selskabet

Alle valg blev afviklet uden afstemning. Se vedlagte liste.

11. Eventuelt

Neuropædiatriudvalget opfordres til at udarbejde referenceprogram for behandling af børn med epilepsi samt behandling med botulinustoxin.

Referat af ekstraordinær generalforsamling d. 19/3 1999 i København

1. Valg af dirigent.

Flemming Skovby valgtes med akklamation. Han konstaterede, at generalforsamlingen var indkaldt 3 dage efter fristen. Generalforsamlingen besluttede at gennemføre dagsordenen trods dette.

2. Vedtægtsændring

Ole Andersen beklagede, at forslaget til nye vedtægter ikke var udsendt med generalforsamlingsindkaldelsen, men fremgår af referatet af sidste ordinære generalforsamling. Ændringen blev vedtaget uden afstemning.

3. Nyt kommissorium for uddannelsesudvalget

Forslaget til nyt kommissorium blev vedtaget.

4. Eventuelt

Intet.

Flemming Skovby
Dirigent

Ole Andersen
Formand

Thorkild Jacobsen
Referent

DANSK PÆDIATRISK SELSKAB
Regnskabet for perioden 16.06.98 - 15.06.99

Indtægter

Kontingenter	kr	245.400,00	
Renter og aktieudbytte	kr	12.101,96	
Sponsor for årbog	kr	10.000,00	
Ialt			kr 267.501,96

Udgifter

Administration	kr	-55.907,28	
Ordinære møder	kr	-35.258,75	
Bestyrelsesmøder	kr	-24.962,55	
Udvalgs møder	kr	-71.353,00	
Nordiske møder	kr	-18.793,44	
Andre møder	kr	-9.339,95	
Foreninger	kr	-10.932,27	
Årbog	kr	-8.002,25	
Gaver	kr	-207,25	
Torben Iversens Fond	kr	-25.006,00	
	kr	-	
Ialt			kr -259.762,74

Efteruddannelseskursus	kr	-	
Ialt			kr -
Resultat			kr 7.739,22

FORMUEBEVÆGELSE

Formue 16.06.98	kr	298.390,28	
Resultat 98/99	kr	7.739,22	
Ændring i kursværdi af aktier	kr	-1.425,00	
Formue 16.06.99			kr 304.704,50

FORMUEPLACERING

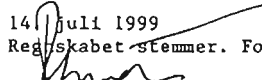
GiroBank 540-3308	kr	14.394,10	r
Den Danske Bank 3428019571	kr	268.642,63	✓
Den Danske Bank 3635468378	kr	242,77	✓
Aktier (kursværdi 31.12.98)	kr	21.425,00	
Formue 16.06.99			kr 304.704,50


Århus, den 8. Juli 1999


Niels Clausen
Kasserer

14. juli 1999

Regnskabet stemmer. Formuen til stede


Finn Ursin Knudsen
overlæge, dr. med
Børneafdeling L
Glostrup


Steen Petersen
Klinikchef, neonatalafdelin
GN 5023
Rigshospitalet

PROFESSOR TORBEN IVERSENS REJSEFOND
--

Egenkapital pr. 31.12.97 kr 298.951,24

Indskud fra DPS	kr	25.000,00
Renteindtægter 1998	kr	13.247,09
Administrationsudgifter 1998	kr	-1.421,69
Uddelinger 1998	kr	-12.000,00
Ændring i kursværdi af værdipapirer	kr	8.626,15

Egenkapital pr. 31.12.98 kr 332.402,79

Uddelt 4 portioner à 3000 kr 1998 kr 12.000,00

Legater 1998

Jesper Andersen	kr	3.000,00
Kirsten Holm	kr	3.000,00
Birgitte Lausen	kr	3.000,00
Allan Meldgaard Lund	kr	3.000,00

Århus, den 8. Juli 1999.



Niels Clausen
Kasserer

Dansk Pædiatrisk Selskab

Nye medlemmer 1998-99

Bodil Aggernæs	Birgitte Kirk
Inge Lange Auk	Ulla Knorr
Annette Bache	Ines A. Kristensen
Klara Balling	Jan B. Kristensen
Birgitte Bang	Søren Krue
Kirsten Arntz Boisen	Anne Dorthe Kvarning
Morten Breindahl	Bettina Larsen
Anette Hygum Christensen	Lene Lindenskov
Anne Mette Christensen	Elisabeth Lund
Thomas Lee Dahm	Peder Skov Madsen
Birgitte S Dolmer	Jens Erik Klint Nielsen
Annie Ellermann	Preben Berg Nielsen
Carsten Gregaard	Kern Olofsson
Dorte Hansen	Astrid Permin
Bo Mølholm Hansen	Gija Rackauskaite
Lars Folmer Hansen	Rosa Reveles
Mette N Hermansen	Søren Rittig
Carsten Heuck	Søren Schultz-Pedersen
Hanne Hove	Torsten Schumann
Jette Deichmann Ibsen	Birgitte Smith
Dorthe Fogh Iversen	Signe Sønderkær
Marianne S Jacobsen	Grete Teilmann
Pekka Olavi Juvonen	

Udmeldte 1998-99

Klara Balling	Jogvan Jensen
Finn Becker-Christensen	Grethe N. Kjøller
Susanne Bülow	Peter T Nielsen
Birgit Leth Jensen	Malgorzata Pulczynska
Inge Jensen	Ileri Sahin

Afgået ved døden 1998-99

Claus Dueholm	Erik Terslev
Anita Begtrup Hansen	Annie Schondel

Bestyrelse, stående udvalg og repræsentanter pr. 15/10 1999

Bestyrelse

Karen Taudorf (formand)
Arne Høst (1999) (næstformand)
Niels Clausen (kasserer)
Bente Hansen (1998)
Jes Reinholdt (videnskabelig sekretær)
Thorkild Jacobsen (1998) (faglig sekretær)

Anders Pærregård (1995)

Hæmatologi- og onkologiudvalget

Niels Carlsen (1995)
Henrik Hasle (1995)
Kjeld Schmiegelow (1994)
Malgorzata P. Wason (1999)
Erik Østergaard (1999)

Revisorer

Sten Petersen (1997)
Finn Ursin Knudsen (1990)

Infektionsmedicinsk udvalg

Birgitte Friis (1994/5)
Carsten Heilmann (1994/5)
Poul Erik Kofoed (1997)
Bent Windelsborg Nielsen (1995)
Niels Henrik Valerius (1994/5)

Uddannelsesudvalget

Mia Bjerager (1999)
Klaus Børch (1999)
Peder Daugbjerg (1999)
Gorm Greisen (1999)
Arne Høst (1999)
Ida Marie Schmidt (1999)

Kardiologiudvalget

Ove Ramsgaard Hansen (1994)
Karsten Hjelt (1994)
Joel Ramsøe Jacobsen (1994)
Gunner Nielsen (1994)
Gerd Stafanger (1994)

Allergologi- og pulmonologiudvalget

Lone Ageroft (1995)
Gunver Fuglsang (1998)
Susanne Halken (1998)
Inger Merete Jørgensen (1997)
Kim G. Nielsen (1998)

Nefro- og urologiudvalget

Karen Vitting Andersen (1997)
Dina Cortes (1998)
Anita Hansen (1994)
Erling Nathan (1994)
Ole Henrik Nielsen (1994)

Diagnoseudvalget

Erik Arthur Andersen (1999)
Niels Knabe (1998)
Thomas Thelle (1998)

Neonatologiudvalget

Steen Hertel (1998)
Kjeld Johansen (1999)
Jens Peter Nielsen (1999)
Sten Petersen (1996)
Ole Pryds (1998)

Endokrinologiudvalget

Bendt Brock Jacobsen (1994)
Anders Juul (1998)
Søren Krabbe (1998)
Niels E. Skakkebæk (1994)
Marianne Rix (1994)
OBS FAYL?

Neurologiudvalget

Bente Beck (1997)
Lissi Bank Lassen (1997)
Stense Farholt (1999)
Peter Uldall (1999)
John Østergaard (1999)

Gastroenterologi- og ernæringsudvalget

Karsten Hjelt (1995)
Aksel Lange (1999)
Birgitte Lauesen (1999)
Christian Mølgaard (1997)

Bestyrelse, stående udvalg og repræsentanter pr. 15/10 1999

Screening- og genetikudvalget

Bente Beck (1998)

Inga Hjuler (1995)

Jørn Müller (1996)

Henrik Simonsen (1998)

Liselotte Skov (1999)

Socialpædiatrisk udvalg

Bente Hansen (1997)

Birgitte Marnér (1997)

Bodil Moltesen (1997)

Hanne Nødgaard (1999)

Tony Olesen (1997)

Ungdomsmedicinsk udvalg

Jørn Henriksen (1998)

Thomas Hertel (1998)

Inger Leer (1995)

Birgitte Marnér (1995)

Susanne Munck (1999)

Specialistnævnets tilfornordede i pædiatri

Mogens Pedersen (1999)

Søren Krabbe (1994)

Bendt Brock Jacobsen (suppl., 1999)

Birgitte Weile (suppl., 1999)

Sundhedsstyrelsens kontaktpersoner ved ansættelse af overlæger i pædiatri

Jens Hertel (1997)

Henrik Sardeman (suppl., 1998)

Mogens Fjord Christensen (suppl., 1999)

Nordisk Pædiatrisk Forenings repræsentantskab

Finn Ebbesen (1993)

Birgitte Friis (1993)

Karsten Kaas Ibsen (1993)

Birgitte Marnér (1993)

Nordisk Pædiatrisk Forenings styrelse

Ole Andersen (1999)

Dansk Medicinsk Selskabs repræsentantskab

Karsten Kaas Ibsen (1994)

Gorm Greisen (1997)

Birgitte Marnér (1999)

Lene Lavard (1998)

CESP/UEMS

Arne Høst (1998)

Sundhedsstyrelsens vaccinationsudvalg

Carsten Heilmann (1995)

Freddy Karup Pedersen (1980)

Foreningen Sex og Samfund

Birgitte Marnér

Ammekomiteen

Finn Jonsbo (1994)

Kommissorium for de stående udvalg under Dansk Pædiatrisk Selskab

ASTMA og ALLERGOLOGIudvalg

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

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

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

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

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

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

CARDIOLOGIudvalg

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

Udvalget skal inden for børnecardiologi

- følge udviklingen i organisering, behandlingsprincipper og behandlingsresultater nationalt og internationalt.
- tage initiativer, der kan fremme udviklingen og uddannelsen inden for området.
- vejlede bestyrelsen ved besvarelser af forespørgsler.
- vejlede bestyrelsen og uddannelsesudvalget vedrørende uddannelsesmæssige spørgsmål.

Udvalget har 5 medlemmer.

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

DIAGNOSEudvalg

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

Udvalget skal

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

Udvalget aflægger skriftlig beretning til generalforsamlingen.

ENDOKRINOLOGIudvalg

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

Udvalget

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

Udvalget har 5 medlemmer.

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

Udvalg for ERNÆRING og GASTROENTEROLOGI

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

Udvalget skal inden for pædiatrisk gastroenterologi og ernæring

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

Udvalget har 5 medlemmer.

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

HÆMATOLOGI og ONKOLOGIudvalg

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

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

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

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

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

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

INFEKTIONSudvalg

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

Udvalget skal inden for infektionssygdomme

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

Udvalget har 5 medlemmer. Udvalget holder mindst 1 årligt møde og aflægger skriftlig beretning til generalforsamlingen.

NEFRO- og UROLOGIudvalg

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

Udvalget

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

Udvalget har 5 medlemmer.

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

NEONATOLOGIudvalg

Udvalget er et stående udvalg under DPS, jævnfør vedtægternes 38.
Udvalget skal inden for neonatologi og perinatologi

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

Udvalget har 5 medlemmer.

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

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

NEUROPÆDIATRIudvalg

Udvalget er et stående udvalg under DPS, jævnfør vedtægternes 38.
Udvalget skal inden for børneurologi

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

Udvalget har 5 medlemmer.

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

Udvalg for SCREENING og KLINISK GENETIK

Udvalget er et stående udvalg under DPS, jævnfør vedtægternes 38.
Udvalget skal

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

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

Til udvalget kan benyttes særligt sagkyndige som associerede medlemmer.

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

UDDANNELSEsudvalg

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

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

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

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

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

Udvalg for UNGDOMSMEDICIN

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

Udvalget skal inden for ungdomsmedicin

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

Udvalget har 5 medlemmer.

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

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

(lovændring af 09.03.1960, 12.11.1970, 14.10.1970, 07.09.1984, 06.09.1991, 04.09.1992, 03.09.1993, 02.09.94, 01.09.95, 05.09.97 og 19.03.99)

§ 1

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

§ 2

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

§ 3

Generalforsamlingen er selskabets øverste myndighed. Generalforsamlingen indkaldes af bestyrelsen med mindst 14 dages varsel ledsaget af eventuelle forslag fra bestyrelsen og medlemmerne. Beslutninger træffes ved almindeligt flertal. Stemmeret har kun ordinære medlemmer. Afstemning kan på forlangende være skriftlig. Ordinær generalforsamling finder sted ved første møde i efteråret og har følgende dagsorden:

1. Valg af dirigent.
2. Formandens beretning, herunder meddelelse om optagelse af nye medlemmer.
3. Beretning fra udvalg.
4. Aflæggelse af det reviderede regnskab.
5. Fastlæggelse af kontingent.
6. Forslag fra bestyrelsen og medlemmerne.
7. Valg af bestyrelse blandt de ordinære medlemmer.
8. Valg af 2 revisorer.
9. Valg af udvalgsmedlemmer og repræsentanter for selskabet.
10. Eventuelt.

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

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

Bestyrelsen konstituerer sig med en formand og en næstformand, som skal være speciallæger i pædiatri, samt en faglig og en videnskabelig sekretær og en kasserer. I tilfælde af stemmelighed er formandens stemme afgørende. Formandsposten kan kun beklædes af samme person i 3 år i træk. Kassereren tegner selskabet i økonomiske anliggender.

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

Generalforsamlingen vælger:

1. Repræsentanter til Dansk Medicinsk Selskabs repræsentantskab. Repræsentanterne, der skal være læger, har en funktionstid på 3 år. Umiddelbart genvalg kan finde sted een gang.
2. Den særlige kontaktperson samt 2 suppleanter for denne, som af Sundhedsstyrelsen vil få forelagt de respektive ansættelsesmyndigheders indstilling til overlæger i pædiatri. Kontaktpersonen og suppleanterne skal have speciallægeanerkendelse i pædiatri og være pædiatriske overlæger. Kontaktpersonens og suppleanternes funktionstid er 4 år og umiddelbart genvalg kan finde sted een gang.
3. De i lov om udøvelse af lægegerning i §4, stk. 2 omhandlende 2 speciallæger i pædiatri tillige med 2 suppleanter, som indstilles til Sundhedsstyrelsen som Specialistnævnets tilfornordnede i pædiatri. De tilfornordnede indstilles for 4 år. Umiddelbart genvalg kan finde sted een gang.
- 4.a En hovedkursusleder, der er medlem af og i samarbejde med uddannelsesudvalget planlægger specialistuddannelsen i pædiatri. Hovedkursuslederen koordinerer og leder i samarbejde med delkursuslederne de af DPS arrangerede kurser, der indgår i speciallægeuddannelsen i pædiatri. Hovedkursuslederen vælges på generalforsamlingen for tre år med mulighed for forlængelse op til seks år. Ved vakance varetages hovedkursuslederens funktion af et medlem af uddannelsesudvalget indtil førstkommende generalforsamling.
- 4.b Ud over hovedkursuslederen yderligere seks medlemmer til et uddannelsesudvalg, som leder uddannelsen i pædiatri i henhold til det af generalforsamlingen vedtagne kommissorium. Mindst 2 og højst 4 medlemmer må ved valget være ansatte i en tidsbegrænset stilling. Det tilstræbes at udvalgets medlemmer repræsenterer faget bredt i overensstemmelse med kommissoriet. En sammenhængende funktionsperiode må ikke overstige seks år. Ved vacance supplerer uddannelsesudvalget sig selv indtil næste generalforsamling.
- 5a. En person uden for DPS's bestyrelse til Nordisk Pædiatrisk Føderations styrelse. Styrelsesmedlemmet funktionstid er 3 år og genvalg kan finde sted 2 gange.
- 5b. En repræsentant for hver påbegyndt 100 medlemmer i DPS til Nordisk Pædiatrisk Føderations repræsentantskab. Funktionstiden er 3 år med ret til genvalg 2 gange.

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

» 6

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

» 7

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

» 8

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

» 9

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

Bestyrelsens kommentar til paragraf 9.

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

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

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

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

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

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

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