

ÅRBOG

1999-2000

Redigeret af Jes Reinholdt



DANSK PÆDIATRISK SELSKAB

Årbogen for Dansk Pædiatrisk Selskab 1999-2000 er opbygget som de tidligere år og indeholder program samt referat fra årets møder. Herudover forefindes formandens beretning og beretninger fra de faglige 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
680. møde, 29. - 30. oktober 1999: HØSTMØDE, BØRNEAFDELINGEN, CENTRALSYGEHUSET NÆSTVED	9
681. møde, 21. januar 2000: NEONATOLOGI	33
682. møde, 3. marts 2000: NEUROPÆDIATRI - TRAUMATISKE HJERNESKADER	48
683. møde, 7. april 2000: SOCIALPÆDIATRI - SAMFUND OG PÆDIATRI	51
684. møde, 8. september 2000: SPECIFIKKE OG USPECIFIKKE EFFEKTER AF RUTINE VACCINATIONER I UDVIKLINGSLANDENE FORSKNINGSRÅDSPROFESSOR (EMERITUS) PETER AABY BANDIM HEALTH PROJECT, GUINEA-BISSAU/ STATENS SERUM INSTITUT	53
ORDINÆR GENERALFORSAMLING	

REFERATER

Side

Generalforsamling i DPS 8. september 2000	82
Nye medlemmer i DPS	85
Professor T. Iversens rejsefond	86
Legatuddelinger professor T. Iversens rejsefond	86
Regnskab for perioden 16.6.99-15.6.00	87
DPS's bestyrelse og udvalg pr. 15. september 2000	88
Kommissorier for udvalg	90
Vedtægter for DPS	96
Vedtægter for professor Torben Iversens rejsefond	99

680. møde, 29.-30. oktober 1999:

**HØSTMØDE, BØRNEAFDELINGEN, CENTRALSYGGEHUSET I
NÆSTVED**

1. session: Photocolposcopy in Pediatrics

Chairman: Overlæge Tony Olesen

Tony Olesen: Introduction to the Theme.

Nancy Kellogg: Photocolposcopy. What is normal?

Nancy Kellogg: Photocolposcopy. What is abnormal?

Tony Olesen: Photocolposcopy in a Danish Setting.

Nancy Kellogg: Child Advocacy Center. San Antonio, USA.

**Nancy Kellogg/
Tony Olesen :**Peer-Review. Demonstration.

Nancy Kellogg: Telemedicine as a peer-review tool.

Tony Olesen: Closing remarks.

2. session To diagnose a Syndrome

Chairman: Overlæge Inge-Merete Nielsen

Michael Baraitser: What is a Syndrome? How to proceed from having the idea.

Michael Baraitser: How to use the London Dysmorphology and Neurogenetics Database

3. session **Organisatorisk udvikling på børneafdelingen**

Chairman: Overlæge Søren Krabbe

Lone Larsen: Kvalitetsudvikling af den akutte modtagefunktion.

Kirsten Thomsen/

Bent Stagegård: Organisering af et akut modtageafsnit.

Tony Olesen: Teenagegraviditet.

SørenKrabbe/

Tony Olesen: Pædiatrisk Gynækologi.

DANSK PÆDIATRISK SELSKABS

HØSTMØDE

Nancy D. Kellogg, M.D.
The University of Texas Health Science Center at San Antonio

Children's Justice Act Grant to Texas

Photocolposcopy. What is normal?

Nancy Kellogg *

Photocolposcopy. What is abnormal?

Nancy Kellogg

Child Advocacy Center. San Antonio, USA

Nancy Kellogg

Peer-Review. Demonstration

Nancy Kellogg/ Tony Olesen

Telemedicine as Peer-Review tool

Nancy Kellogg

**KARREBÆKSMINDE
DEN 29. OG 30. OKTOBER 1999**

ARRANGØR: BØRNEAFDELINGEN, CENTRALSYGEHUSET NÆSTVED

Photocolposcopy: What's Normal?

- I. Background/Introduction
 - A. Based on retrospective studies of adults, 20-40% of females and 10-20% of males have been sexually abused or assaulted prior to their 18th birthday.
 - B. Many victims do not disclose abuse; even when they do disclose, many (as high as 50%) are not believed or supported, so these cases are often not reported.
 - C. Most examinations of sexually abused children and adolescents are normal because:
 1. The type of abuse did not result in observable tissue damage genital-genital contact vs. genital-genital penetration)OR,
 2. The abuse/assault did result in observable tissue but the injury(s) has healed completely.
 - D. The detection of sexual abuse is primarily dependent on the child's disclosure that abuse has occurred.
 - E. In a case series of 157 patients referred to a sexual abuse clinic with only anogenital symptoms or signs (no history of abuse) only 15% had findings suggestive, probable or definitive for sexual abuse.
 - F. The role of photocolposcopy
 1. Documentation
 2. Education
 3. Peer review: building consensus
 - G. Examination positions
 1. Supine frog-leg or lithotomy
 - a. labial separation
 - b. labial traction
 2. Supine knee-chest
 3. Lateral decubitus
 4. Prone knee-chest
- II. Normal Anatomy
 - A. Prepubertal: age 4 and under
 1. Estrogen effects on anatomy
 - B. Prepubertal: over 4
 1. Estrogen-deficient effects on anatomy

- C. Pubertal/Adult
 - 1. Estrogen effects on anatomy and healing of injuries
 - D. Normal findings seen in newborns
 - 1. Hymenal tags, bumps, mounds, and bands
 - 2. Hymenal irregularities
 - a. Notches in upper half of hymen
 - b. Septate hymen
 - 3. Perineal/anal irregularities
 - a. Anal skin tags
 - b. Diastasis ani
 - c. Failure of midline fusion
- III. Nonspecific findings for abuse
- A. "Redness" of the vestibule or anus
 - B. Labial adhesions
 - C. Superficial tears of the posterior fourchette or anus
 - D. Perianal venous congestion
 - E. "Enlarged" hymenal opening: how big is too big?
 - F. Anal dilatation
 - 1. Positional
 - 2. Stool in vault
 - 3. Encopresis
- IV. Conditions and findings confused with sexual abuse
- A. Presenting complaint: vaginal or anal bleeding
 - 1. Accidental trauma: pattern is external, unilateral, anterior
 - 2. Lichen sclerosis
 - 3. Candidiasis
 - 4. Anal fissures/excoriation due to diarrhea
 - 5. Group A beta hemolytic streptococcal infection
 - 6. Shigella vaginitis
 - 7. Dehisced (separated) labial adhesion
 - 8. Vaginal foreign body
 - 9. Urinary tract infection
 - 10. Nonspecific vulvar maceration
 - B. Presenting complaint: Bruising/edema
 - 1. Urethra prolapse
 - 2. Hemangioma
 - 3. Nonspecific inflammation especially of anus
 - C. Vaginal discharge
 - 1. Leukorrhea
 - 2. Bacterial vaginosis
 - 3. Group B streptococcal vaginitis

4. Vaginal candidiasis
 5. "Usual genital flora"
- D. Genital warts/growths
1. Congenital condyloma accuminata
 2. Verruceous planus
 3. Molluscum contagiosum
- E. Scarring of genitals/anus
1. Septal remnants of hymen
 2. Failure of midline fusion of perineal raphe
 3. Anal tags
 4. "White areas"

IV. Conclusions

- A. Few children with physical symptoms or signs ALONE have examination findings of sexual abuse
- B. The most common physical symptoms or signs confused with trauma due to sexual abuse are labial adhesions, genital or anal "redness", and culture negative "vaginitis".
- C. If a child has no history of sexual abuse (after careful, expert questioning) and no behavioral changes but presents with physical symptoms or signs conditions other than sexual abuse should also be considered in the differential diagnosis.

Photocolposcopy: What's Abnormal?

- I. Who needs an exam for sexual abuse? (And who doesn't?)
 - A. Who does: any child who discloses abuse by someone with continuous or frequent contact with the child, regardless of the type of sexual contact or the time lapse from the last episode of abuse.
 - B. Who doesn't: any child with nonspecific sexualized behaviors, or a child with a clear, consistent history of few episodes of sexual abuse that involve only fondling or exposure of genitals.
- II. Acute evidence of sexual abuse or assault
 - A. Factors that increase likelihood of abnormal examination findings:
 1. Examination done within 72 hours (42% vs. 8%)
 2. Child reports genital bleeding (46% vs 8%)
 - B. Forensic materials (sperm, semen, pubic hair, debris)
 1. Recovered within 72 hours of abuse
 2. Only ~ 30% will be "positive"
 - C. Acute findings concerning for abuse
 1. Abrasions, lacerations, or bruising of the labia, vestibule or perineum
 2. Laceration of posterior vestibule, not involving the hymen
 - D. Acute findings definitive for penetrating trauma:
 1. Laceration of hymen
 2. Bruising on the hymen
 3. Deep lacerations of anus
- III. Nonacute evidence of sexual abuse
 - A. More than 75% of exams will be normal
 1. Healing of injuries
 2. The normal hymen and the pregnant girl
 3. Perpetrator confessions and normal exams
 - B. Nonacute findings concerning for abuse
 1. Notch or cleft in the lower half of the hymen (need to confirm that finding is not an artifact of examination technique)
 2. Scar in posterior vestibule, not involving the hymen
 3. Perianal scar

- C. Nonacute findings definitive for penetrating trauma
 - 1. Healed hymenal transection to the base of the hymen
 - 2. Wide areas of no hymen tissue in the posterior half
 - D. Infections concerning for sexual abuse
 - 1. Venereal warts in genital or anal area of a child more than 2 years old
 - 2. Herpes Simplex type 1 anogenital lesions (confirmed with CULTURE)
 - E. Infections indicating probable sexual contact or abuse
 - 1. Chlamydia trachomatis (by culture) from genital or anal area in a child over 2 years old
 - 2. Herpes Simplex Virus type 2 anogenital lesions (confirmed with CULTURE)
 - 3. Trichomonas vaginalis by vaginal swab
 - 4. Venereal warts in genital or anal area of a child more than 2 years old
 - 5. HIV, Hepatitis B, Hepatitis C infection
 - F. Infections indicating definitive sexual abuse or contact
 - 1. Neisseria gonorrhoea of the vagina, urethra, anus, or pharynx (via CULTURE with confirmatory tests)
 - 2. Syphilis acquired after delivery
- IV. Conclusions
- A. Documentation/summary: is the examination NORMAL or ABNORMAL and CONSISTENT or INCONSISTENT with history given?
 - 1. Interpretation of medical findings
 - a. Normal examination
 - Abuse occurred, but was of the type that left no physical evidence
 - Abuse occurred, injury resulted, but has now healed and is imperceptible
 - No abuse occurred
 - b. Abnormal examination
 - Abuse occurred, injury resulted, and is now seen and an acute finding or healed residua on physical examination
 - No abuse occurred and findings are either a normal anatomical variant, an acquired condition not attributable to sexual abuse/assault, or caused by accident.
 - B. What to say and what to do when you suspect child abuse
 - 1. Tell them why you're asking questions
 - 2. Speak at their level

3. BE CONCRETE (What part(s) of abuser's body touched what part(s) of child's body)
4. Begin with less-threatening, more familiar subjects (save "boyfriend" questions for last!)
5. Timing/frequency of events is important but remember children's limitations; need to know when the most recent abuse occurred and approximate chronicity of abuse
6. Look for experiential details
7. Did the abusive acts show a progression?
8. Ask "Did he make you do anything to him?"
9. Ask about pictures/movies
10. Ask about other victims/abusers
11. "What would you like to see happen?"

Pediatric Photocolposcopy in a Danish Setting

Photocolposcopy is a newly developed tool for physical examination of the ano-genital region, using different forms of photoequipment, for diagnostic and documentary purposes when needed for children and adolescents.

Several publications on normal anatomy, anatomical variations and abnormalities already exists.

Based on an model from Children's Hospital, San Diego, focusing on specialized teamwork between the pediatrician and a pediatric nurse, we adapted and implemented such examinations in 1996 at the pediatric department in Næstved.

On october 1999, 170 children had been examined 203 times. 8% related to symptoms, signs and history concerning boys.

The admissions derives from two sources:

1. *Part of a legal process related to a criminal case*
2. *Examination due to actual symptoms*

Legal cases are admitted from the police, and clinical cases from health care institutions and GP's.

For legal cases, evidence materials are collected and documented according to the acute(abuse < 72 hours) or non-acute circumstances.

If nessecary the child will be remitted for ward, used as shelter, providing at same time opportunities for treatment and crisis intervention.

Relevant informations are transferred to law enforcement in three ways:

1. *Brief verbal description*
2. *A primary written notice (fax or letter)*
3. *A final written description* includes a re-newed evaluation of documentation material, results of actual blood-tests and cultures as well as evaluation of consistency between what's known and what is documented.

Examination based on clinical symptoms may relate to infections, congenital abnormalities, behavioural signs and foreign bodies.

Among those, some children need follow-up based on pediatric-gynecological experience. If ano-genital penetration is suspected the case will be reported mandatory to social authorities.

The overall incidence of positive findings was 42%.

Concerning valid signs on penetration this was documented for 28% of 'legal-source' children and for 3% of 'clinical-source' children.

Photocolposcopic examinations should only be carried out on the basis of initial and continuous training combined with repeated peer-review sessions and attendance to national and international conferences.

As part of diagnostic measures and social-psychological support for symptomatic, abused and neglected children, photocolposcopy must be recommended to be implementet in specialized regional pediatric departments, all of which are given the possibility for interactive communication.

Tony Olesen

**Children's Advocacy Centers and
 the Team Approach to Child Abuse**

- I. The Need
 - A. The Community and System at its Worst
 - B. The Community and System at its Best

- II. The Disciplines involved in Child Abuse
 - A. Background: When a report of child sexual abuse is made, several agencies with different goals are involved

<u>Discipline</u>	<u>Purpose</u>
Child Protective Services (CPS)	Investigate, ensure safety of child
Law enforcement	Investigate, ensure evidence collection against criminal
District Attorney	prove guilt, recommend punishment
Medical/Nursing	Collect evidence, ensure medical needs are met
Social Work	Assess social/therapeutic needs of child and family and refer or provide
Therapy	Assess/provide therapeutic needs to child and/or family

- B. Need for collaborative approach
 - 1. Children undergo multiple interviews
 - 2. Investigation can be intrusive and inconvenient
 - 3. Therapy and victim services tend to lag behind investigative procedures
 - 4. Child may become frightened, confused by complex system of agencies involved
 - 5. Child's "best interest" may be lost in the maze of disciplines involved

- C. Goals of collaborative approach
 - 1. Maximize investigative information recovered

2. Minimize psychological and physical trauma to child
- III. Health Professional involvement in child sexual abuse
- A. Most physicians do not examine children for sexual abuse due to:
 1. Inadequate knowledge base
 2. Fear of legal system
 3. Time and emotional burden
 - B. Physicians that evaluate children for sexual abuse are generally:
 1. Specifically trained
 2. Associated with a medical school
 3. Very few in number
- IV. Social Work/Therapy in child sexual abuse
- A. Assess immediate needs
 1. Child and family safety, risk of violence
 2. Belief/support system for child
 3. Depression and suicide risk
 4. Runaway risk
 5. Financial/shelter needs
 - B. Therapeutic plans
 1. Individual vs. family counseling
 2. Psychiatric support
- V. The evolution of the team approach at the Alamo Children's Advocacy Center
- A. Began in 1987 as a counseling project consisting of 3 hospital social workers
 - B. Physician joined project in 1988 and CASIS was established to evaluate nonacute cases of child sexual abuse
 - C. Physician appointment quickly lagged weeks behind social work appointments
 - D. Children that underwent medical assessment after receiving therapy were easier to interview, less anxious about the examination
 - E. Goals of social work assessment
 1. Determine whether child safety issues are adequately addressed; does parent believe child?
 2. Determine appropriateness of referral for medical evaluation
 3. Determine urgency of medical evaluation
 4. Determine whether child needs long-term therapy or psychiatric treatment
 5. Prepare child for medical evaluation
 6. Coordinate case management with other disciplines

- F. Medical evaluation
 1. Background of case provided to physician or nurse by social worker
 2. Social worker prepares child for exam, is present for the interview by the physician, and participates in the debriefing session with the family
 3. Interview precedes examination; parent is not present for the interview by the physician, and participates in the debriefing session with the family
 4. Child may have supportive adult present during the examination
 5. Plans for continued therapy, medical follow-up are made during the debriefing session
- G. Effects on child victim
 1. Child is able to share more information about their abuse
 2. Inappropriate referrals and false allegations are identified, eliminating need for a medical evaluation
 3. Information gathered during medical interview assists social worker in therapeutic plan for the child
 4. Bodily concerns are identified and addressed in the context of therapy (i.e., issues of "damaged goods" and "virginity")
- H. Advantages of medical/social model
 1. Medical evaluations are less traumatic
 2. Better physician rapport with the child
 3. May increase likelihood of family/child returning for therapy
 4. Better communication and interfacing with CPS, law enforcement, legal entities
 5. More comprehensive information gathered and presented during testimony
- I. Disadvantages of medical/social model
 1. Medical evaluations are time-consuming; fewer children can be seen per day
 2. Child is interviewed more than one time, since most CPS and law enforcement agencies also interview the child (? re-traumatizing or rehearsing)
 3. Child's credibility may be questioned if child discloses more when therapy precedes the medical interview
 4. Information from social work assessment may prejudice medical examination findings
- J. The Alamo Children's Advocacy Center: 1999
 1. Bimonthly multidisciplinary case staffings
 2. Partners include: District Attorney's office, Chief of Police, Dean of the Medical School, CEO of the hospital district, and the head of the regional CPS

3. Agencies housed at ACAC
 - a. Medical: 2 physicians, 2 nurse examiners, 1 R.N.
 - b. Therapy: 4 social workers/therapists
 - c. Child Protective Services: 8 investigative case workers
 - d. Law enforcement: 1 detective
 - e. District Attorney's Office: 1 intake attorney
 - f. Victim's Assistance Coordinators (2)
 - g. Administrative staff: executive director, assistant executive director, 4 secretarial staff
 - K. Program enhancements at ACAC
 1. More efficient and timely services provided to child and family
 2. Inappropriate referrals are identified more quickly
 3. Fewer interviews of child
 4. Better communication among disciplines
- VI. Conclusions
- A. Few health professionals are involved in child abuse due to lack of knowledge or time, fear of the legal system and the emotional burdens of child abuse
 - B. Emotional burdens and time involvement can be alleviated by teaming a social worker with a health professional to evaluate victims of child sexual abuse
 - C. Social workers/therapists may gain valuable information about the child victim by working with a health professional during their evaluation
 - D. Small multidisciplinary teams can be expanded to incorporate other disciplines through case staffings, enhanced communication among agencies, and community recognition and support

Telemedicine

- I. Background
 - A. Definition: Telemedicine refers to situations in which health care professionals use telecommunication channels to communicate with each other or with their patients, with the goal of improving the delivery of health care services.
 - B. History
 1. Early 1980s
 - a. Medical literature: > 50% of CSA exams abnormal
 - b. Specialized clinics for child abuse
 - c. Colposcopes
 2. Late 1980s
 - a. Articles on normal anatomical variants
 - b. Use of specialized abuse clinics and colposcopes expands
 3. Early 1990s
 - a. Medical literature: < 50% of CSA exams abnormal
 - b. Expansion of training programs
 - c. Peer review meetings
 - d. Telemedicine/rural health
 4. Late 1990s
 - a. Medical literature: It's normal to be normal! (<20% of exams are abnormal)
 - b. Child abuse education mandated for residencies
 - c. Telemedicine networks for abuse centers
 - d. Telemedicine legislation
 - C. Peer review advantages
 1. Quality assurance
 2. Professional support
 3. Builds consensus of opinion
 4. Adds credibility and strength to network
 5. Continuing education/updates on research
- II. Telemedicine
 - A. Advantages
 1. Convenient
 2. Cost-effective
 3. Timely consultations

- B. Set-up considerations
 - 1. Cost
 - 2. Technical support
 - 3. User knowledge/experience with computers
- C. Obstacles
 - 1. Time-consuming
 - 2. Non-participants
 - 3. Participants may not document appropriately
- D. Legal considerations
 - 1. Liability of consultant
 - 2. Liability of equipment
 - 3. Billable service?
 - 4. Patient confidentiality

III. The Texas Telemedicine Network

Texas Telemedicine Sites

<u>Location</u>	<u>Type</u>	<u>Affiliation¹</u>	<u>Annual Pt. Volume</u>	<u>Photographic Equipment³</u>	<u>Status</u>	<u>Obstacles⁵</u>
Austin	Hub	CAC	200	Colposcope	Not Active	User
Beaumont	Satellite	Clinic	200	Colposcope	Not Active	Time
Bryan	Satellite	CAC	100	Colposcope	Not Active	Equip, Tech Support
Burnet	Satellite	CAC	50	Camera ³	Active	User
Corpus Christi	Hub	Hospital-M ²	750	Camera	Active	Equip
Ft. Worth	Hub	Hospital	800	Colposcope, Digital ⁴	Active	Equip
Gonzalez	Satellite	Clinic	20	Colposcope	Active	Equip
Galveston	Hub	Hospital-M	350	Colposcope	Active	Time, Equip
Longview	Satellite	Clinic	120	Colposcope	Active	Tech Support, Hub Access
Lybuck	Satellite	Hospital-M	500	Colposcope	Active	Tech Support, User
San Antonio	Hub	CAC-M	1000	Colposcope, Digital	Active	User, Equip
Waco	Satellite	CAC	55	Colposcope	Active	Tech Support
Wichita Falls	Satellite	CAC	70	Colposcope / 35mm	Active	Equip

1. CAC: Children's Advocacy Center

2. M: Medical school affiliate

3. Camera: 35mm Camera

4. Digital: Digital Camera

5. User: inexperience or difficulties using photographic equipment, software, or with image transmission.

Time: lack of available time to capture and/or transmit images.

Equip: lack of appropriate photographic equipment, software or hardware.

Tech Support: lack of technical support from institution and/or product vendors.

System Incomplete: lack of equipment necessary to participate in the network.

Hub Access: lack of hub accessibility when consult requested.

KVALITETSUDVIKLING AF DEN AKUTTE MODTAGEFUNKTION I EN BØRNEAFDELING.

Lone M Larsen, læge, Jette Ammentorp, oversygeplejerske, Dorte Rørmann, specialeansvarlig sygeplejerske, Pædiatrisk afdeling, Kolding sygehus.

Formål : 1. At foretage en problemidentifikation 2. Fastsætte kriterier og standarder for modtagelsen af det akutte barn. 3. Undersøge kvalitetsniveauet i afdelingen set i relation til de vedtagne kriterier. 4. Herudfra gennemføre kvalitetsforbedringer / løbende monitorering.

Baggrund : Oprettelsen af et akut modtageafsnit på Pædiatrisk afdeling, Kolding sygehus, hvor alle akutte børn, der indlægges kl. 8- 22, modtages. Børnene er tilknyttet afsnittet nogle timer, inden stillingtagen til indlæggelse i afdeling eller udskrivelse. Dette har stillet nye krav til tilrettelæggelse af arbejdsgange, til koordination og kommunikation i afdelingen. Her er kvalitetsudvikling et vigtigt redskab for en tilfredsstillende modtagefunktion.

Metode : Med udgangspunkt i princippet om triangulering er der anvendt forskellige metoder til at belyse og udvikle kvaliteten. Problemidentifikationen bygger på et kvalitativt forstudium, der tager udgangspunkt i forældreinterview og fokusgruppeinterview. Til fastlæggelse af kriterier og standarder er der etableret en tværfaglig auditgruppe. Vurderingen af kvalitetsniveauet undersøges via en kvalitativ spørgeundersøgelse, en kvantitativ måling af udvalgte indikatorer og ved en sygeplejefaglig og lægefaglig audit af kerneydelserne. Til årsagsanalyse og iværksættelse af kvalitetsforbedringer benyttes igen auditmetoden.

Materiale :

Til problemidentifikation :

7 patientinterview
3 fokusgruppeinterview
(6-8 personer i hver gruppe.)

Til kvalitetsvurderingen :

Journal og kardexmateriale fra 30 patientforløb, vurderet i auditgruppen.
150 spørgeskemaer besvaret af forældre
150 tidsregistreringer i AMA
150 journaler og sygeplejekardex til registreringer af planer.

Resultater : De forskellige elementer i kvalitetsvurderingen har afdækket kvalitetsbrist, som har ført til iværksættelse af ændringer af procedurer i afdelingen. Eksempler er revidering af personale introduktions-program, plan om fælles elektronisk journal (planlagt implementeret i år 2000), ændret forældre information om AMA, ændret procedure omkring henvendelse efter udskrivelse.

Der er løbende blevet afdækket styrker og svagheder i det daglige kliniske arbejde, hvilket kontinuerligt har medført ændringer i arbejdsgange, og der er opnået tværfaglig konsensus om afdelingens kvalitetskrav til patientforløbene i akut modtageafsnit.

Endelig har personalet i afdelingen fået et bredt kendskab til begreber og metoder inden for kvalitetsudvikling, ligesom der nu er en ny parathed til at arbejde med området.

Akut modtageafsnit på børneafdelingen i Næstved.

Bent Stagegaard, Kirsten Thomsen, oversygeplejerske
Børneafdelingen Næstved Centralsygehus

Baggrund

Akut syge børn og familien mødte i en fællesmodtagelse, hvor der var nærhed til andre alvorligt syge og tilskadekommande mennesker.

Det var kun i begrænset omfang muligt at indrette modtagelsen i særlige børnevenlige omgivelser og have det samme personale omkring det syge barn og familien.

En spørgeskemaundersøgelse i 1993 viste, at der var et behov for en anderledes modtagelse af akut syge børn – undersøgelsen viste, at 22% havde en ventetid i modtagelsen på over ½ time og 27% havde følt sig overladt til sig selv i ventetiden.

Undersøgelsen viste desuden, at børnelægen manglede sufficente observationer af barnet og sygeplejeassistance til undersøgelser i modtagelsen.

Mål med indlæggelse af akut syge børn i akut modtageafsnit i børneafdelingen

- at akut indlagte pædiatriske børn bliver tilset af en børnesygeplejerske senest 10 min efter ankomsten til sygehuset
- den samme børnesygeplejerske følger det akut indlagte barn i hele modtagelsesforløbet, foretager dataindsamling og vurdering mhp videre visitering og videre behandling
- at børn og forældre modtages af børnesygeplejersker i børnevenlige rammer
- at undersøgelse og behandling af det akut syge barn iværksættes hurtigt med størst mulig involvering af forældrene
- at forældrene til det akut syge barn indlagt i akut modtageafsnit i børneafdelingen føler trykthed i varetagelsen af deres barn og velinformeret om alle handlinger omkring deres barn

Mål for udskrivning fra akut modtageafsnit i børneafdelingen

Udskrivelsen af pædiatriske børn foregår i nært samarbejde med forældrene på følgende måder:

- udskrivelse uden behov for opfølgning, forældrene er trygge ved den videre pleje af barnet i eget hjem
- udskrivelse med opringning næste dag, kontaktsygeplejersken ringer familien op næste dags morgen og hører hvordan det går, om udviklingen i forløbet har været som planlagt – der er ved denne form for udskrivning "en åben dør" indenfor 24 timer.
- udskrivning med opfølgning i akut ambulatoriet, der er ropretet et akut ambulatorium 2 X ugentligt til hurtig opfølgning af de akutte indlæggelser. Disse ambulatorier er reserveret til dette formål og går udenom den almindelige venteliste og ambulatoriebooking i øvrigt.
- Er barnet ikke færdigbehandlet indenfor ca et døgn eller det hurtigt står klart at indlæggelsen vil være af længere varighed, flyttes barnet internt til stamafsnit til videre behandling.

Målopfyldelse, resultater af fokusgruppe-interview

Gennemsnitlig 41% af akut indlagte pædiatriske børn kan udskrives direkte fra akut modtageafsnit

Forældrene kom med følgende udsagn i fokus gruppe interview undersøgelsen:

- det er godt at føle sig ventet – man føler sig velkommen
- ventetid er acceptabel så længe årsagen kendes - information fra læge/sygeplejerske er dækkende
- vi føler os medinddraget i plejen – trykthed ved at kunne henvende sig indenfor et døgn

Teenagegraviditet
Tony Olesen

TEEN-AGE GRAVIDITETER

15-20 ÅR

PÆD AF/ØBST. AFD. C.NÆ

TONY OLESEN, THA HØSTMØDE 1999, NÆSTVED, OKT. 29-30

KONTAKT

- + FØR FØDSEL
- + BARN 1 MÅNED
- + BARN 3 MDR.
- + BARN 12 MDR.
- + EXTRA VED BEHOV

TONY OLESEN, THA HØSTMØDE 1999, NÆSTVED, OKT. 29-30

FØRSTE SAMTALE 1

- + FORHOLD VEDR. GRAVIDITET
 - PLANLAGT (HÆFTET)
 - ACCEPT (FARV. BÆDSTYRELSEN)
 - RYGNING
- + SOCIAL BAGGRUND
 - KONTAKT MED MYNDIGHEDER
 - BOLDFORHOLD
 - SKOLEFORHOLD (UDANNELSE)
- + FORÆLDRETS OPVÆKSTFORHOLD
 - SKILSMISSE
 - MISBRUG
 - OVERGEB

TONY OLESEN, THA HØSTMØDE 1999, NÆSTVED, OKT. 29-30

FØRSTE SAMTALE 2

- + FORHOLD OM KRANG PÆDLSLEN
 - PRAKTISK SPÆDBØRN
 - MOR BARN KONTAKT
 - MED VED FØDSEL ?
 - FØRCESTUEBEHOV

TONY OLESEN, THA HØSTMØDE 1999, NÆSTVED, OKT. 29-30

BARN 1 MÅNED

- + SOCIAL STABILITET
 - BOLIG
 - PARFORHOLD
 - ARBEJDE / UDDANNELSE
- + GRAVIDITETS- / FØDSELSPROBLEMER
 - RYGNING
 - AMNING
- + BARNETS TRIVSEL OG UDVIKLING
 - VÆKST
 - SØVN
 - SYGDOM

TONY OLESEN, THA HØSTMØDE 1999, NÆSTVED, OKT. 29-30

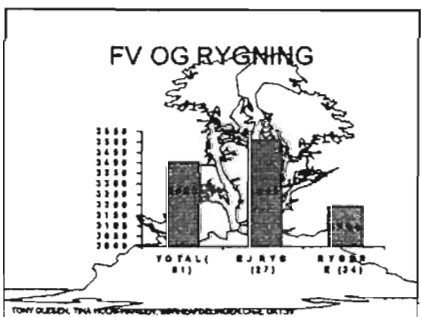
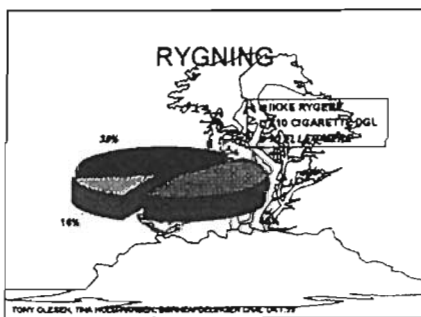
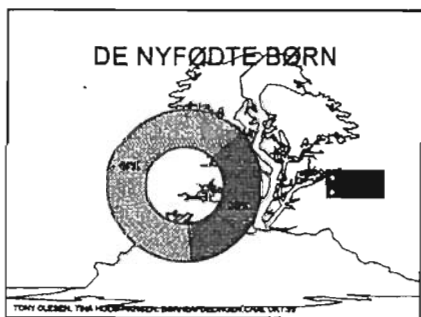
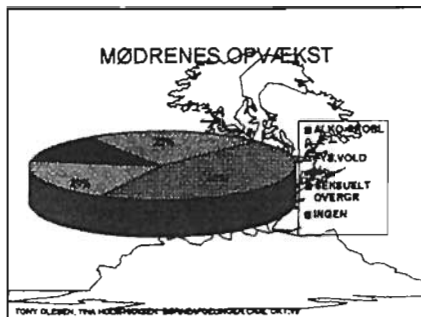
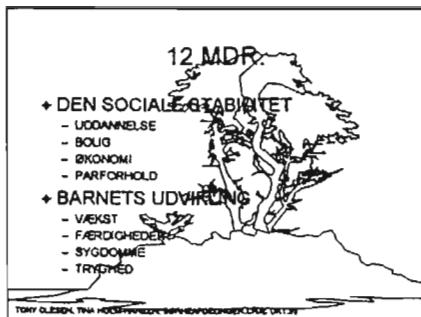
3 MÅNEDER

- + SOCIAL STABILITET
 - BOLIG
 - PARFORHOLD
 - ARBEJDE / UDDANNELSE
 - DAGLIGE / VUGGESTUEN
- + BARNETS TRIVSEL OG UDVIKLING
 - AMNING / KOST
 - SUNDHEDSLEBNE
 - MØDRETRUK
- + FRITID
 - SOCIAL ISOLATION ?

TONY OLESEN, THA HØSTMØDE 1999, NÆSTVED, OKT. 29-30

DANSK PÆDIATRISK SELSKABS **HØSTMØDE**

DEN 29. OG 30. OKTOBER 1999



LØSE FORHOLD ?

- ♦ PARRENE HAR GENNEMSNITSLIG KOMMET SAMMEN I 19% MDR
- ♦ 65% BOR SAMMEN
- ♦ 39% HAR EGEN FÆLLES BØRG
- ♦ 20% HAR IKKE KONTAKT MED FADER
- ♦ 8% HAR KENNET FADER + SMØR

TOMY OLSEN, TNA HØRSFORSKING, BERNEPÆDAGSLOG OG LIT. BY

NOGLE KONKLUSIONER

- ♦ BELASTET BAGGRUND
- ♦ PRÆVENTION FOR BØRNEFÆLSE
- ♦ FOR STORT ANTAL ERYGERE
- ♦ FÅ ALKOHOLPROBLEMER
- ♦ BEHOV FOR SOCIAL STØTTE
- ♦ BEHOV FOR ALFØLE ACCEPT
- ♦ SUNDE STORE BØRN TIL TIDEN

TOMY OLSEN, TNA HØRSFORSKING, BERNEPÆDAGSLOG OG LIT. BY

OVERORDNEDE FORMÅL

- ♦ FACILITERE FOR
FORÆLDRENE
 - STØTTE
 - ACCEPTERE
 - RESPEKTERE
 - STYRKE
 - VEJLEDE
- ♦ FOREBYGGE FOR
BARNET

TOMY OLSEN, TNA HØRSFORSKING, BERNEPÆDAGSLOG OG LIT. BY

Pædiatrisk Gynækologi

Søren Krabbe, Tony Olesen

Børneafdelingen, Centralsygehuset i Næstved.

Gynækologiske problemstillinger hos børn og unge kan ofte placeres i en gråzone mellem specialerne pædiatri og gynækologi-obstetrik. Området kan defineres på forskellige måder men omfatter en række medicinske og kirurgiske tilstande som i særlig grad relaterer sig til vækst og udvikling.

Definitionen af området omfatter således pædiatriske kerneområder som vækst, pædiatrisk endokrinologi, pubertetsforstyrrelser, medfødte malformationer, kromosomsygdomme, fysiske traumer inkl. seksuelle overgreb samt sociologiske og børne-ungdomspsykiatriske tilstande. Internationalt har området udviklet sig til et selvstændigt speciale siden starten først i 1940'erne. Der er regelmæssigt kongresser, fagligt selskaber, tidsskrifter og tekstbøger over emnet.

I Næstved har vi etableret subspecialet i pædiatrisk regi på baggrund af interessen for endokrinologi, pædiatrisk gynækologi samt stigende muligheder for genitalundersøgelser ved hjælp af fotokolposkopi.

Tilrettelæggelsen af pædiatrisk gynækologi hos os er baseret på regelmæssige møder - forpligtigende samarbejde - mellem børneafdelingen og gynækologisk afdeling, hvilket har været gennemført i over 4 år. Der er lagt vægt på, at møderne er tværfaglige med faste sygeplejersker som medlemmer af et team, endvidere åbenhed for alle interesserede og det tilstræbes at konferencerne har uddannelsesmæssig værdi.

Eksempler på emner og kliniske problemstillinger vil blive omtalt

Konklusionen på vores erfaringer er at udvikling af dette subspecial kun kommer i stand som et indsatsområde. Det er nødvendigt med et nært samarbejde mellem specialerne pædiatri og gynækologi, men placeringen bør være i pædiatrisk regi, fordi de gynækologiske problemstillinger er relateret til alder og skal ses i lyset af vækst og udvikling i børne- og ungdomsårene.

Perspektivet er udvikling af et område som ellers har været placeret i en gråzone. Det forudsætter etablering af normalmateriale og viderudvikling af undersøgelsesteknikker og fysiske rammer. På længere sigt ser vi nødvendigheden af etablering af en specialfunktion ideelt centraliseret på amts- eller regionsplan.

681. møde, 21. januar 2000:

NEONATOLOGI

Mødeleder Overlæge Jens Hertel, Børneafdelingen, KAS Glostrup.

Mødet er sponsoreret af ASTRA ZENECA

Pain in neonates:

Prof. dr. phil. Sunny Anand, Dept of Pediatrics, Arkansas Children Hospital, USA.

Surfactant behandling af nyfødte: indikationer.

Henrik Verder, Børneafdelingen, Holbæk og neonataludvalgets surfactantgruppe.

Behandling af nyfødte med risiko for udvikling af neonatal GBS sygdom.

Tina Brinck Henriksen, Børneafdelingen Skejby og neonataludvalgets infektionsgruppe.

MRI- magnetisk resonans billeddannelse af hjernen hos en kohorte for tidligt fødte børn: Vores erfaringer med de praktiske aspekter

Maria Miranda, børneafd., og Peter Born, MR afdelingen Hvidovre Hospital

MRI- magnetisk resonans billeddannelse af hjernen hos en gruppe for tidligt fødte børn: Præliminære resultater og nye spændende perspektiver.

Maria Miranda, Børneafd, og Peter Born, MRI afd. Hvidovre Hospital

Thymus størrelse hos præmature, med særligt henblik på gestationsalder, fødselsvægt og infektioner

D.L. Jeppesen, A.K. Ersbøll, H. Hasselbach og N.H. Valerius, Børneafd., og RTG afd.

Hvidovre Hospital og den Kongelige Veterinære Landbohøjskole

Impact of blood sampling in the very preterm infants.

L.P. Madsen, M.B. Rasmussen, L.L. Bjerregaard, S.B. Nøhr & F. Ebbesen, Børneafd. Ålborg.

Neonatal hypoglycæmi og abstinenssymptomer efter udsættelse for Valproat in utero.

F. Ebbesen, AM Jørgensen, E Hoseth, P-H Kaad, M. Møller, V Holsteen og M Rix, Børneafd.

Ålborg og Hjerring, Obst. afd. Ålborg

Blodglucose koncentrationer hos raske brysternærede mature børn med normal vægt i forhold til gestationsalder.

E. Hoseth, AM Jørgensen, F. Ebbesen og M Møller, Obst afd og Børneafd. Ålborg sygehus.

Infektioner og antibiotica behandling af præmature nyfødte med gestationsalder < 30 uger og/eller fødselsvægt < 1001 gram

J. Ibsen, C. Eschen, H. Verder, Børneafdelingen Holbæk.

Phosphorus intake is of major importance for growth velocity in the premature infants.

J. Færk, S. Petersen, B. Peitersen og K.F. Michaelsen, Børneafdelingerne Rigshospitalet,

Hvidovre og Glostrup.

Vejledning for brug af surfaktant

*endeligt forslag fra DPS's neonataludvalg's arbejdsgruppe
5/11/99 Finn Ebbesen, Ole Pryds, Henrik Verder, Gorm Greisen (fm)*

Virkningen af naturligt surfaktant er hurtigere end af syntetisk pga proteinkomponenten. Til brug hos børn i nCPAP er dette afgørende, men det er også sandsynligt, at naturligt surfaktant er marginalt bedre end syntetisk til brug hos børn i respirator.

Bivirkningerne er fald i den vaskulære modstand og dermed blodtryksfald, og måske lungeblødning. Teoretiske risici er immunologiske og infektiøse. Sundhedstilsynet kræver derfor at batchnummeret indføres i patientjournalen.

A. Profylakse mod RDS

Fordelen ved profylaktisk brug af surfaktant til børn med gestationsalder (GA) under 30 uger, der intuberes på fødestuen er dokumenteret, men ikke under forhold som de danske, hvor vi bruger tidlig nCPAP. Hvis surfaktant bruges profylaktisk i Danmark må det være: Børn med særlig høj risiko for RDS, en trænet læge, der intuberer og under prospektiv registrering mhp. kvalitetssikring.

B. Behandling af RDS

Surfaktant nedsætter dødeligheden ved moderat-til-svær RDS med 30-50% uden at ændre risikoen for alvorlige senfølger, herunder 'late respiratory insufficiency of prematurity'. Det er sandsynligt, at det er bedst at behandle tidligt i forløbet, men også at tidlig behandling medfører, at man må behandle flere børn. RDS diagnosen er klinisk, evt understøttet radiologisk.

1. Børn i nCPAP: Arterio/alveolær pO₂ ratio (a/A ratio) skal være faldende i 30 min. Hvis a/A ratio er hurtigt faldende, skal man være opmærksom på, at behandling hurtigt kan blive nødvendig. For børn med GA < 30 uger er grænseværdien a/A ratio < 0.36, og for børn på 30 uger eller mere a/A ratio < 0.22. Pneumothorax og hypovolæmi skal behandles først, men dette må ikke udsætte surfaktantbehandlingen væsentligt. Dosis er 200 mg/kg. Intubation af en trænet læge. Ved et godt respons på iltning ekstuberer barnet. Ved fortsat iltbehov er det næppe berettiget at gentage proceduren, men hvis der bliver indikation for respirator, kan der gives yderligere surfaktant.
2. Børn i respirator: Iltbehov over 40%. Initial dosis er 100 mg/kg. Kan gentages hver 6-12 time, hvis der fortsat er iltbehov, indtil barnet har fået ialt 300 mg/kg.

C. Mekonium aspiration

Surfaktant ved indledning af respiratorbehandling (200 mg/kg) efterfulgt af 3 yderligere doser (100 mg/kg) med 6 timers interval kan gives, da det nedsætter behov for ECMO. Lavage med tynd surfaktantopløsning har vist sig effektiv i dyreforsøg og i et klinisk pilotforsøg. Brug hos børn må ske i en videnskabelig protokol.

D. Pneumoni og anden respiratorisk distress

Surfaktantbehandling må betegnes som 'compassionate use'. Hvis det bruges, må det kræves at det kliniske forløb registreres prospektivt mhp. kvalitetssikring

Referencer

profylaktisk surfaktant:

<http://www.nichd.nih.gov/cochrane/neo/SOLL3/SOLL3.HTM>

a/A 0.22:

Verder H, Robertson B, Greisen G, Ebbesen F, Albertsen P, Lundstrom K, Jacobsen T. Surfactant therapy and nasal continuous positive airway pressure for newborns with respiratory distress syndrome. Danish-Swedish Multicenter Study Group. N Engl J Med 1994;331:1051-5

a/A: 0.36:

Verder H, Albertsen P, Ebbesen F, Greisen G, Robertson B, Bertelsen A, Agertoft L, Djernes B, Nathan E, Reinholdt J. Nasal continuous positive airway pressure and early surfactant therapy for respiratory distress syndrome in newborns of less than 30 weeks' gestation. Pediatrics 1999;103:E24

maksimalt 300 mg ved RDS:

Halliday HL, Tarnow-Mordi WO, Corcoran JD, Patterson CC. Multicentre randomised trial comparing high and low dose surfactant regimens for the treatment of respiratory distress syndrome (the Curosurf 4 trial). Arch Dis Child 1993;69:276-80

40% ilt i respirator:

Bevilacqua G, Halliday H, Parmigiani S, Robertson B. Randomized multicentre trial of treatment with porcine natural surfactant for moderately severe neonatal respiratory distress syndrome. The collaborative European Multicentre Study Group. J Perinat Med 1993;21:329-40

Meconium:

Lotze A, Mitchell BR, Bulas DI, Zola EM, Shalwitz RA, Gunzel JH Multicenter study of surfactant (beractant) use in the treatment of term infants with severe respiratory failure. Survanta in Term Infants Study Group. J Pediatr 1998;132(1):40-7

Surfaktantskyllning ved mekonium:

Lam BCC, Yeung CY. Surfactant lavage for meconium aspiration syndrome: a pilot study. Pediatrics, 1999;103:1014-1018

**HÅNTERING AF BØRN I RISIKO FOR UDVIKLING AF NEONATAL GBS SYGDOM
v/ Neonataludvalgets infektionsgruppe:
Tine Brink Henriksen, Ole Pryds, Mette Arrøe, Jens Hertel, Brita Bruun**

BAGGRUND

Mere end 90% af early onset neonatal GBS sygdom, og næsten 100% af de fatale tilfælde optræder <24 timer efter fødsel (median: 1 time).

Langt over halvdelen af early onset sygdom debuterer med respiratoriske problemer og herefter klinisk sepsis, ca 10% med meningitis.

Veletablerede kliniske risikogrupper omfatter børn af kvinder med:

- 1) tidligere barn med invasiv GBS sygdom**
- 2) GBS bakteriuri i aktuelle graviditet**
- 3) præterm fødsel (<37 fulde uger)**
- 4) febrillia ($\geq 38^{\circ}$) intra partum**
- 5) vandafgang >24 timer**

Ved GA<35 uger er risikoen for GBS sygdom i forhold til børn med højere GA 10-15 gange forhøjet.

Der er klar evidens for at håndteringen af barn født af kvinde i klinisk risikogruppe bør afhænge af, hvor mange doser penicillin kvinden har modtaget under fødslen.

HÅNTERING

Princip: Barn født af mor, som har fået påvist GBS anogenitalt under graviditeten eller som er i klinisk risikogruppe må aldrig hjemsendes før 48 timer. Det vil sige fødslen må ikke foregå ambulantly.

Øvrige strategier

I: + klinisk infektion hos barn:

- **diagnostik:** bloddyrkning, CRP, L+D, thrombocytter, Hgb, PP (INR), BS ventrikelsekret til dyrkning
LBP³ efter skøn
rtg thorax efter skøn
- **behandling:** antibiotika (se skema)

II: ÷ klinisk infektion, <2 x penicillin intrapartum, GA <35 uger

- **diagnostik:** bloddyrkning, CRP, L+D
ventrikelsekret til dyrkning
- **behandling:** antibiotika (se skema)

III: ÷ klinisk infektion, <2 x penicillin intrapartum, GA ≥35 uger

- **diagnostik:** CRP, L+D 1-2 døgn post partum
- **behandling:** afhænger af blodprøvesvar

IV: ÷ klinisk infektion, ≥2 x penicillin intrapartum, GA <35 uger

- **diagnostik:** CRP, L+D 1-2 døgn post partum
- **behandling:** afhænger af blodprøvesvar

V: ÷ klinisk infektion, ≥2 x penicillin, GA ≥35 uger

- **diagnostik:** ingen
- **behandling:** ingen

Referencer

ACOG committee opinion. Prevention of early-onset group B streptococcal disease in newborns. Int J Gynecol Obstetrics 1996;54:197-205.

American Academy of Pediatrics. Revised guidelines for prevention of early-onset group B streptococcal (GBS) infection. Pediatrics 1997;99:489-496.

Baker CJ. Group B streptococcal infections. Clinics in perinatology 1997;24:59-70.

Boyer KM et al. Selective intrapartum chemoprophylaxis of neonatal group B streptococcal early-onset disease. J Infect Dis 1983;148:795-801.

CDC. Prevention of perinatal group B streptococcal disease: a public health perspective. MMWR 1996;45(RR-7):1-24.

Fowle PW and Schmidt B. Diagnostic tests for bacterial infection from birth to 90 days - a systematic review. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 1998;78:F92-F98.

Schuchat A. Group B streptococcus. Lancet 1999;353:51-56.

Schuchat A. Epidemiology of group B streptococcal disease in the United States: shifting paradigms. Clinical Microbiology Reviews 1998;11:497-513.

Siegel JD. Prophylaxis for neonatal group B streptococcus infections. Seminars in Perinatology 1998;22:33-49.

Weisman LE et al. Early onset group B streptococcal sepsis: a current assessment. J Paediatr 1992;121:428-433.

Neofax 1998, NC, USA.

ANTIBIOTISK BEHANDLING
INITIAL (EMPIRISK) BEHANDLING

Infektion	Antibiotikum	Dosis
Meningitis obs	Ampicillin Cefotaxim	400 mg/kg/d 150 mg/kg/d
Sepsis obs	Ampicillin Gentamicin	200 mg/kg/d se nedenfor

VERIFICERET GBS

Infektion	Antibiotikum	Dosis	Varighed
GBS sepsis	Penicillin G	200.000 IE/kg/d	7 dage
Meningitis	Penicillin G	400.000 IE/kg/d	14 dage ^b
Arthritis/Osteomyelitis ^c	Penicillin	200.000 IE/kg/d	4 uger iv, i alt 6 uger

INGEN KLINISKE TEGN TIL INFEKTION (situation II-IV)

Situation	Antibiotikum
II: GBS i dyrkning +CRP↑ L↓	Se GBS sepsis
II-IV: CRP↑ ^a eller L↓	Ampi+Genta (forudgået af bloddyrkning)

^a Isoleret CRP stigning < 350 nmol/l (37 mg/l): behandlingsvarighed 3 døgn

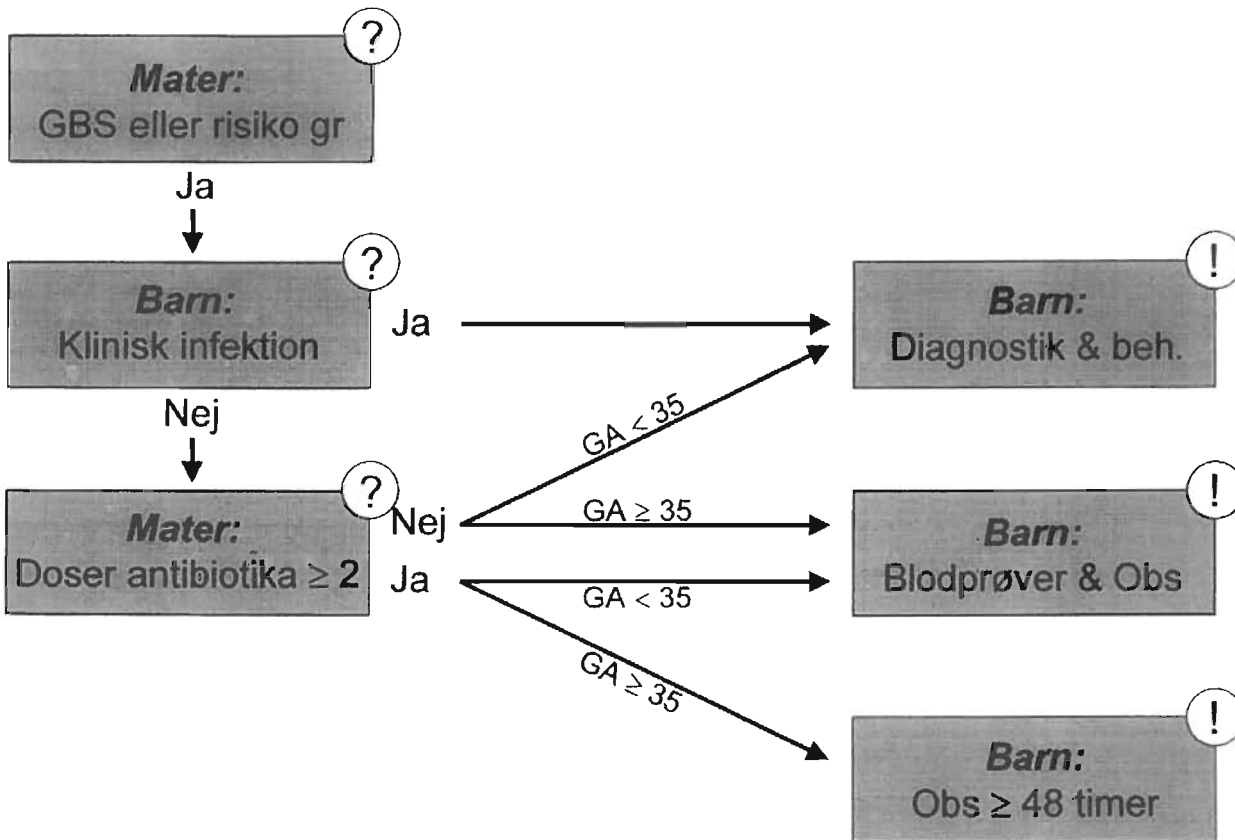
^b NB relumbalpunktur, ved fortsat inflammation · cont endnu 1 uge
MR/CT scan - cerebritis, focus, infarkt
høretest

^c NB arthrotomi og kirurgisk revision

DOSERING AF GENTAMICIN

Gestationsalder	mg/kg/dosis	interval
≤33*	5	48
34-37	4	36
≥38	4	24

* eller svær asfyxi eller klinisk betydende PDA



MRI- MAGNETISK RESONANS BILLEDDANNELSE AF HJERNEN HOS EN KOHORTE FOR TIDLIGT FØDTE BØRN: VORES ERFARING MED DE PRAKTISKE ASPEKTER.
Maria J. Miranda, læge PhD- stud., børneafdelingen og MR afdelingen, Hvidovre Hospital.
Peter Born, læge PhD, MR afdelingen, Hvidovre Hospital og Kennedy Institutet.

Formål: At udvikle en speciel procedure for at muliggøre undersøgelsen af hjernen ved MRI (Magnetisk Resonans billedannelse) hos en kohorte af for tidligt fødte børn med en gestations alder under 32 uger. På trods af, at scanning først foretages når børnene er blevet stabile efter de første dages behandling, kræver præmature børn stadig, under hele proceduren, specielle forhold hvad temperatur, respirationsstøttende behandling og væsketilførsel angår.

Metoder: 60 for tidligt fødte børn under 32 uger GA (Gestations Alder), født på eller indlagt kort efter fødselen på Hvidovre Hospitals neonatal afdeling i perioden 1996-98 (2 års periode) fik foretaget MR scanning af hjernen, så tidligt som deres kliniske tilstand tillod, ved brug af en 1,5Tesla Siemens Vision scanner.

Det *praktiske forløb af* MR scanningen foregik efter en fastlagt protokol: Vi forventede at børnene var stabile, hvilket vil sige efter de første dage, dog som regel til efter den 1. uge. De fleste var i nasal- CPAP eller uden respirations- støttende behandling på scannings tidspunktet. Den MR-scanner der blev brugt ligger på samme etage som neonatal afdelingen, ca. 5 minutters gang derfra. Transporten foregik i transport kuvøse, hvor barnet blev lagt i et gennemsigtigt hårdplastic halv cylinder- formet rør, specielt fremstillet til formålet, som passer både til transport kuvøsen og til MR- spolen, dette for at undgå yderligere manipulation af barnet. Der var EKG og ilt- saturations måling under hele proceduren. Der blev brugt speciel nasal ventil og elektroder samt EKG og øvrig udstyr, som er MR- kompatibel. Børnene fik uændrede nasal- CPAP behandling, både m.h.t. tryk og luft sammensætning. Der var altid en sygeplejerske og en læge med under hele proceduren, begge rutinerede i behandling af præmature børn. Temperaturen blev holdt ved at forvarme scanner - rummet og ved at pakke barnet i forvarmet tøj og tæpper med boble- plastic udover. Børnene var ikke sederede eller medicinerede specielt til undersøgelsen. Væske tilførselen sikredes uændret ved hjælp af forlænget drop- slanger. Forældrene var med under hele undersøgelse, hvis de ønskede det.

Resultater: Scanningerne foregik problemfrit på samtlige børn, som forblev stabile under hele proceduren.

Konklusioner: Det er muligt at MR-scane præmature børn på en, for barnet, ikke- belastende måde. Andre forfattere har for nylig meddelt lignende erfaringer. Dette åbner nye muligheder i undersøgelsen af hjernen og dets udvikling hos for tidligt fødte børn. MRI, både konventionel og de nyere MR- teknikker (beskrevet af forfatterne andetsteds), giver os meget detaljerede billeder af hjernen og kan endvidere uden risiko gentages, idet MR ikke bruger ioniserede stråler.

MRI- MAGNETISK RESONANS BILLEDDANNELSE AF HJERNEN HOS EN COHORTE FOR TIDLIGT FØDTE BØRN: PRELIMINÆRE RESULTATER OG NYE SPÆNDENDE PERSPEKTIVER.

*Maria J. Miranda, læge PhD- stud., børneafdelingen og MR afdelingen, Hvidovre Hospital.
Peter Born, læge PhD, MR afdelingen, Hvidovre Hospital og Kennedy Institutet.*

Formål: Undersøgelse af hjernen ved MRI (Magnetisk Resonans billeddannelse) hos en kohorte for tidligt fødte børn under 32 gestations uger m.h.p.: at beskrive hjernens udseende og læsioner, sammenholde disse resultater med Ultralyds undersøgelser af hjernen og relatere resultaterne til den senere neuropsykologiske udvikling. Værdien af MRI –både konventionel og nyere MRI teknikker- evalueres som tidlig prædiktiv faktor for den senere udvikling. Spørgsmålet om MRI kan bidrage med nye aspekter i forståelsen af patogenesen af de præmature børns hjerneskader forsøges besvaret.

Metoder: For tidligt fødte børn under 32 uger GA (Gestations Alder), født på eller indlagt kort efter fødselen på Hvidovre Hospitals neonatal afdeling i perioden 1996-98 (2 års periode) fik foretaget MR scanning af hjernen, så tidligt som deres kliniske tilstand gjorde det muligt, ved brug af en 1,5Tesla Siemens Vision scanner. MR protokollen inkluderede aksiale og coronale T1-vægtede billeder og aksiale T2-vægtede billeder samt T2* billeder. Endvidere blev ca. halvdelen af børnene (n= 28) undersøgt med Diffusions Tensor MRI, en nyere MR- teknik som kan påvise mange strukturer i den centrale hvide substans i hjernen, selv hos meget præmature børn.

Hermed fremlægges de præliminære resultater af et pilot studie *med Diffusions Tensor metode:* Ni undersøgelser blev foretaget på 7 mature og præmature børn, kronologisk alder 5 til 159 dage, GA fra 26,7 uger til termin. 5 voksne blev undersøgt som kontroller. Farve- kodet billeder blev beregnet og identifikationen af udvalgte strukturer i den centrale hvide substans på disse farve- billeder blev lavet efter en fastlagt skema.

I alt 60 præmature børn er blevet undersøgt i dette studie. Ca. ¼ af børnene blev igen MR- skannet på termins tidspunktet.

Alle børn fik foretaget Ultralyds undersøgelse af hjernen før og efter den første MR scanning samt efter afdelingens normale retningslinier.

Alle børn har regelmæssigt fået foretaget almindelige pædiatriske og neuropsykologiske undersøgelser, inklusiv Griffiths udviklings test ved 1 og 2 års korrigeret alder.

Resultater: Resultaterne af MR- undersøgelserne og sammenligningen med Ultralyds undersøgelserne samt relationen til resultaterne af udviklings undersøgelserne er *under udarbejdelse.* Eksempler vil blive vist og præliminære resultater med den nye MRI-diffusions tensor teknik vil blive demonstreret: Strukturer som capsula interna, externa, corpus callosum og radiatio optica kan tydeligt visuel identificeres, på trods af at de, hos de fleste af disse børn, ikke er myeliniserede eller kun er det delvis.

Konklusioner: MR er en billeddannelse teknik som er i stand til at give os mere detaljerede informationer om den hvide substans i hjernen hos præmature børn. Hvide substans læsioner er muligvis baggrunden for nogle udviklings problemer som for tidligt fødte børn kan få senere i livet. Nyere MR- teknikker som MRI- diffusions tensor er et nyt redskab som potentielt kan identificere hvide substans læsioner meget tidligt og selv hos meget præmature børn.

THYMUS STØRRELSE HOS PRÆMATURE, MED SÆRLIG HENBLIK PÅ GESTATIONS ALDER, FØDSELSVÆGT OG INFEKTIONER

D.L. Jeppesen¹, A.K. Ersbøll³, H.Hasselbalch² and N.H.Valerius¹. Børneafdelingen¹ og røntgenafdelingen², Hvidovre Hospital og Den Kongelige Veterinære og Landbohøjskole³

Baggrund: Formålet med studiet var at undersøge normal variationen i thymusstørrelse hos præmature, at undersøge hvilke faktorer der havde indflydelse på vækst af thymusstørrelse, samt om thymusstørrelse ved udskrivelse var sammenligneligt med raske børn født til tiden.

Materiale og metode: Der blev inkluderet 80 nyfødte præmature børn i studiet. De havde en median gestationsalder (GA) på 32 uger, fødselsvægt (FV) 1647. De nyfødte blev undersøgt første gang median dag 4 efter fødslen. Der var 32 børn af rygende mødre. Ved 1. undersøgelse havde 17 børn en klinisk vurderet postnatal infektion (PNI). Børnene blev herefter undersøgt ca. en gang ugentligt ind til udskrivelse. Fem børn udgik (2 døde og 3 overflyttet RH). Deres median postmenstuellealder (PMA) ved udskrivelse var 37 uger

Thymus størrelse blev vurderet ved hjælp af ultralydskanning, et såkaldt thymus index (Ti), som er et tilnærmet volumen estimat.

Resultater: Ved fødslen var median Ti var 5,2 (1,2 til 17,9), ved udskrivelse 10,0 (3,2-32,3). Ved udskrivelse var Ti ikke signifikant forskellig mellem børn med forskellig GA. Væksten af Ti under indlæggelse var signifikant ($p < 0,01$) relateret til PMA, INF, vægt og stress.

Hvis man ved fødslen i stedet for Ti valgte tilstedeværelse af PNI som respons variabel, var der signifikante relationer mellem PNI, Ti og maternel tobak forbrug under graviditeten (cigaretter per dag). ($p < 0,01$; $p = 0,05$). Hvis den gravide øger sit tobak indtag per dag med 5 cigaretter vil det resultere i en 1,5-gang øget risiko for infektion hos barnet, hvis hun føder præmaturo. Undervejs fik børnene mindst halvdelen af ernæring som frisk mælk, resten et miks af frosset mælk eller donormælk, kun 10 børn fik efter 30 uger alder erstatning.

Konklusion: Ultralydskanning af børn er en let, ufarlig og smertefri metode, som er let at applicere på denne gruppe af børn. Ti er ved fødslen stærkt positivt korreleret til GA, fødselsvægt og klinisk tegn på infektion. Hos alle overlevende børn voksede thymus fra fødsel til udskrivelse, til et niveau sammenligneligt med raske mature børn. Klinisk tegn på infektion er tæt korreleret med Ti, og denne kan muligvis bruges til at vurdere tegn på infektion eller barnets vulnerabilitet over for en sådan. Til slut må det endnu engang påpeges at rygning har skadelig virkning på fosteret.

**THE IMPACT OF BLOOD SAMPLING IN VERY PRETERM INFANTS.
L.P. Madsen, M-B. Rasmussen, L.L.Bjerregaard, S.B. Nøhr & F. Ebbesen
(Børneafdelingen, Aalborg Sygehus).**

In a prospective investigation ninety-nine very preterm infants (gestational age 24-32 weeks, birthweight 560-2255 g) were studied during the first 4 weeks of life. The infants were divided into two groups: Extremely early born infants (gestational age < 28 weeks; n=20) and infants with gestational age 28-32 weeks, and then subdivided into critically ill or not. Diagnostic blood sampling and blood transfusion events were recorded. A total of 1905 blood samples (5253 analysis) were performed, corresponding to 0.7 samples (1.9 analysis) per day per infant. The highest frequencies were found during the first week, in infants with extremely low gestational age and in critically ill infants. The mean blood loss and transfusion volume were 13.6 ml/kg and 6.3 ml/kg respectively. A total of 19 infants (19 %) received 34 transfusions corresponding to 0.3 transfusion per infant. Thirteen out of 20 infants with extremely low gestational age received 28 blood transfusions corresponding to 27.0 ml/kg of blood on average during the study period. Four developed late anemia, thus totally 14 (70 %) of the extremely early born infants received 35 transfusions during the first 3 month of life corresponding to a total mean of 34.8 ml/kg. For the extremely preterm infants a significant correlation between sampled and transfused blood volume was found (mean 37.1 and 33.3 ml/kg, $r = +0.71$, $p = 0.0003$). The most frequently requested analyses were glucose, sodium and potassium. Few blood-gas analysis were requested (1.9 per infant). No blood losses attributable to excessive generous sampling were detected. The results show an acceptable low frequency of sampling and transfusion events for infants with gestational age 28-32 weeks. The study emphasizes the necessity of thorough reflection and monitoring of blood losses when ordering blood samplings in extremely preterm, critically ill infants.

a: \finn\hyp

NEONATAL HYPOGLYKÆMI OG ABSTINENSSYMTOMER EFTER UDSÆTTELSE FOR VALPROAT IN UTERO.

Finn Ebbesen, Annemette Jørgensen, Eva Hoseth, Per-Henrik Kaad, Margrethe Møller, Vibeke Holsteen og Mariane Rix. Børneafdelingen og Gynækologisk-Obstetriske Afdeling, Aalborg Sygehus og Børneafdelingen, Hjørring Sygehus.

FORMÅL

I et prospektivt studie at bestemme risikoen for hypoglykæmi (blod-glukosekoncentration < 1,8 mmol/l) hos mature børn udsat for valproat in utero, og at bestemme frekvensen af abstinenssymptomer.

MATERIALER

20 kvinder med epilepsi blev behandlet med valproat som monoterapi under svangerskabet og 2 kvinder med valproat og carbamazepin. I første trimester var den gennemsnitlige daglige dosis af valproat 1,0 (interval 0,3-4,2) gram og i tredje trimester 1,2 (interval 0,3 - 4,8) gram.

RESULTATER

13 af de 22 børn (59%) udviklede hypoglykæmi, og hypoglykæmien optrådte oftest i første eller anden levetime. Eet barn havde 8 episoder af hypoglykæmi, 1 barn 3 episoder, 2 børn 2 episoder og 9 børn havde 1 episode hver. Den lavest målte blod-glukosekoncentration var 1,0 mmol/l. Alle episoder var symptomatiske.

Blod-glukosekoncentrationen 1 time efter fødslen var signifikant lavere og frekvensen af hypoglykæmi signifikant højere end i en referencegruppe af raske, mature børn med normal vægt i forhold til gestationsalderen ($p < 0,01$ og $p < 0,05$).

Yderligere var moderens gennemsnitlige totale valproatkoncentration i plasma tredje trimester negativt korreleret til blod-glukosekoncentrationen 1 time efter fødslen ($p < 0,0003$) og til udviklingen af hypoglykæmi ($p < 0,0001$).

Der var ingen basis for, at hypoglykæmien var forårsaget af hyperinsulinæmi.

10 børn (45%) havde abstinenssymptomer i form af irritabilitet, sitren, hypertoni og opkastninger. Udviklingen af abstinenssymptomer var signifikant positivt korreleret til den gennemsnitlige valproatdosis i tredje trimester og til koncentrationen af den fri fraktion af valproat i moderens plasma ved fødslen.

KONKLUSION:

Børn udsat for valproat in utero havde en signifikant øget risiko for hypoglykæmi, og abstinenssymptomer blev meget ofte observeret.

BLOD-GLUCOSEKONCENTRATIONER HOS RASKE, NORMALVÆGTIGE,
BRYSTERNÆREDE, MATURE BØRN.

E. Hoseth*, A. Jørgensen*, F. Ebbesen[#] M. Møller*. Gynækologisk-Obstetrisk afdeling* og Børneafdelingen[#], Aalborg Sygehus.

I et tværsnitstudie blev blod-glucosekoncentrationen bestemt hos 223 raske, mature og brysternærede børn med normal fødselsvægt i forhold til gestationsalderen med det formål at bestemme blodglucoseniveauet hos normale børn. Blod-glucosekoncentrationen blev bestemt på forskellige tidspunkter mellem 1 og 96 timer efter fødslen. Hvert barn fik foretaget én bestemmelse af blod-glucose. Blod-glucosekoncentrationen blev korreleret til køn, fødemåde, fødsel med eller uden analgesi, rygning hos moderen, gestationsalderen, navlesnors-pH og Apgar score.

De to laveste målte blod-glucosekoncentrationer blev målt 1 time efter fødslen og var henholdsvis 1,4 og 1,9 mmol/l. Glucosekoncentrationen 1 time efter fødsel var ikke signifikant lavere end glucosekoncentrationen på noget andet tidspunkt, mens glucosekoncentrationen i de første 24 timer efter fødsel var significant lavere end i de efterfølgende timer. Der var ingen signifikante forskelle i blod-glucosekoncentrationen mellem kønnene, mellem børn født vaginalt og børn født ved sectio eller mellem børn født af rygere og af ikke-rygere. Der fandtes heller ingen korrelation mellem blod-glucosekoncentrationen og gestationsalder, navlesnors-pH eller Apgar score.

Meget få raske, brysternærede, mature og normalvægtige børn udvikler lavt blodsukker, og der er ingen indikation for screening for lave blod-glucosekoncentrationer hos disse normale børn.

682. møde, 3. marts 2000:

NEUROPÆDIATRI - TRAUMATISKE HJERNESKADER.

Mødeleder: Overlæge Søren Anker Pedersen, Børneafdelingen, Hvidovre.
Sponsoreret af Egmont Fonden.

Indledning: Lissi Bank Lassen, Børneafdelingen, Herning.

Karsten Koch-Jensen, Neurokir., Ålborg.

Neurokirurgisk intervention.

Vibeke Holsteen, Børneafdelingen, Ålborg.

Erfaringer pr. dags dato fra en stor pædiatrisk afdeling

Søren Anker Pedersen, Børneafdelingen, Hvidovre.

Klinik for traumatisk hjerneskade hos børn - Hvidovre

Karen Taudorf, Børneafdelingen, Viborg.

Klinik for erhvervede hjerneskader hos børn - Viborg

Marianne Verdel

Erfaringer fra Geelskov.

Anne Vibeke Fleischer

Erfaringer fra Børnecenter for Hjerneskadede.

Mogens Steen Hansen, Odense Amt.

Fase 3 behandlingstilbud i hjemmet/hjemkommunen.

Karsten Stæhr Nielsen, Socialforvaltningen, Københavns Kommune.

Socialforvaltningens tilbud til barn og familie.

ERFARINGER FRA BØRNECENTER FOR HJERNESKADE A.V. Fleischer (Børnecenter for Hjernesgade, København)

Børnecenter for Hjernesgade er et udviklingsprojekt under Egmont Fonden. Børnecentret arbejder med helhedspræget optræning af børn med erhvervet hjernesgade. Centret dækker Østdanmark, og målgruppen er børn i alderen 2-18 år med moderat hjernesgade.

Det basale princip er optræning i barnets eget miljø: børnene bliver hjemme, specialisterne rejser. Baggrunden herfor er, at man således overkommer et stort problem i al rehabilitering, nemlig generalisering. Færdighederne læres der, hvor de skal bruges, og man beholder barnet i de kendte, trygge rammer.

Erfaringerne indtil nu bygger på de 18 børn, som Børnecenter for Hjernesgade har kontakt med. To forhold skal fremdrages:

- I. I flere tilfælde skriver pædiateren i journalen, at der ikke forventes at være følgevirkninger af hjernesgraden ud over et overskueligt tidsrum. En sådan udtalelse kan bevirke, at kroniske følgevirkninger erkendes langsommere eller fejltolkes.
- II. Der mangler viden 'ude i marken' om, at den hyppigste følgevirkning af en hjernesgade er sociale og emotionelle problemer, med social isolation til følge. Disse problemer kan være en direkte følge af skaden, eller de kan være en følge af kognitive problemer som mangelfuld hukommelse, sprogsvækkigheder eller svigtende analyse og syntese af komplekse situationer.

Forebyggelse og optræning af en hjernesgrades følgevirkninger handler i høj grad om at etablere en bedre sammenhæng mellem fase 1 og 2, og om at udnytte den viden, der allerede foreligger.

683. møde, 7. april 2000:

SAMFUND OG PÆDIATRI
Mødeledere: Bodil Moltesen og Hanne Nødgaard

Velkomst ved Bodil Moltesen, formand for socialpædiatrisk udvalg

"Barn, familie og samfund" – Public Health og Socialpædiatri.

Oplæg og diskussion ved pædiater, dr.ph Bengt Lindström
Universitetslektor ved Nordiska Hälsovårdhögskolan, Göteborg

"Biologiske og psykosociale risikofaktorer for udvikling af psykisk sygdom hos børn"

Overlæge Anne Mette Skovgård, børnepsykiatrisk ambulatorium, KAS
Glostrup

"Socialsektoren rolle ved udsatte/sårbare familier"

Socialrådgiver, dr.ph Tine Egelund, Den sociale højskole København.

"Går din patient i skole-samarbejde mellem børnenes hverdag og børneafdelingen"

Kommunallæge, pædiater Susanne Munck, Københavns Kommune

**684. møde, 8. september 2000:
Forskningsrådsprofessor (emeritus) Peter Aabye**

Bandim Health Project, Guinea-Bissau/Statens Serum Institut

Titel: Specifikke og uspecifikke effekter af rutine vaccinationer i udviklingslandene

Kort resume: Det antages almindeligvis, at vacciners eneste væsentlige funktion er at beskytte mod specifikke akutte sygdomme. En række observationer fra populationsstudier tyder dog på, at dette næppe er tilfældet. Flere studier fra udviklingslandene har vist, at den almindelige lav-dosis mæslinge-vaccine reducerer dødeligheden med mere end man skulle forvente, hvis den eneste effekt af mæslinge-vaccination var at forhindre akut mæslingedødelighed. På den anden side viste studier fra Vestafrika og Haiti, at den nye høj-titer vaccine, som WHO anbefalede for udviklingslandene, var forbundet med væsentlig højere dødelighed end den sædvanlige vaccine, men kun for piger. Disse studier rejser spørgsmål om, hvad er egentlig langtidseffekterne af sygdommen selv. De samme populationsstudier fra Vestafrika har vist, at der er en differentiell effekt afhængig af den oprindelige smitteintensitet. Intensiv smitte er forbundet med ingen eller en negativ langtidseffekt på overlevelse, hvorimod svag smitte er forbundet med bedre langtidsoverlevelse end ikke at have været inficeret. Studier fra Vestafrika tyder også på, at BCG, difteri-tetanus-kighoste og polio vaccinerne er forbundet med væsentlige positive eller negative uspecifikke effekter. Det forekommer derfor sandsynligt, at både infektioner og vaccinationer kan have generelle immunstimulerende effekter, som kan have konsekvenser for vor vurdering af sygdomsprævention.

ORDINÆR GENERALFORSAMLING



FORMANDSBERETNING 1999-2000

Bestyrelsen

Efter generalforsamlingen konstituerede Bestyrelsen sig med Karen Taudorf som formand, Arne Høst som næstformand, Niels Clausen som kasserer, Jes Reinholdt som videnskabelig sekretær, Thorkild Jacobsen (YP) som sekretær og Bente Hansen (DBO) som medlem uden portefølje.

Bestyrelsen har holdt 8 møder samt 1 møde med de administrerende overlæger. Bestyrelsens arbejde har i det forløbne år været præget af store arbejdsopgaver uddelegeret fra henholdsvis Sundhedsstyrelsen og Sundhedsministeriet, men med mulighed for væsentlig indflydelse på fagets udvikling. Hovedopgaverne har således været specialeplanlægning, DRG, specialespecifikke koder, faglig kommunikation og ikke mindst uddannelsesproblematikken, hvor speciallægekommisionens rapport har givet ny inspiration og afstukket nye retningslinier.

Medlemmer

Selskabet havde den 15.06.00 510 medlemmer. Der er således tilkommet 30 nye medlemmer det sidste år, og 7 har meldt sig ud. Ingen er afgået ved døden.

Bestyrelsen glæder sig over det stadig stigende medlemstal. Ikke mindst i lyset af den stigende lægemangel er det dejligt at konstatere, at stadig flere og flere læger interesserer sig for børn og familier og vil være børnelæger.

Mødeaktiviteter

Selskabet har afholdt 4 møder inkl. Høstmøde i Næstved. Bestyrelsen vil gerne takke alle arrangører og foredragsholdere for et stort arbejde. En speciel stor tak til Børneafdelingen i Næstved for et både fagligt og socialt meget flot og inspirerende møde.

Høstmødet var også i år sponsoreret af en sponsor. Bestyrelsen har været meget glad for denne sponsoraftale, der bl.a. har givet mange yngre pædiatere mulighed for at deltage.

Vi har derfor genforhandlet sponsoraftalen. Det kommende Høstmøde i Sønderborg vil således også blive sponsoreret. Herefter skal aftalen på ny evalueres.

Uanset sponsoraftale er det Bestyrelsens opfattelse, at den nuværende mødeform fungerer tilfredsstillende. Vi håber derfor på at kunne bevare de 2 internatmøder forår og efterår suppleret med få kortere eftermiddags/aftenmøder.

Grundet **Nordiske Børnelægedage** i Helsingfors 8.-11.6.2000 er der ikke afholdt Vårnøde i det forløbne år.

De Nordiske Børnelægedage var både fagligt og socialt særdeles vellykkede. Desværre var der ligesom ved den nordiske kongres i Trondhjem i 1997 meget ringe tilslutning. Af de 242 deltagere var 20 fra Danmark, 22 fra Norge, 29 fra Sverige, 111 fra Finland og 57 fra Baltikum.

I lighed med tidligere nordiske kongresser var Dansk Pædiatrisk Selskab sponsor for baltiske kolleger. Denne gang 3 fra Litauen, der efter kongressen besøgte finske børneafdelinger.

Udvalgsarbejde

Grundlaget for meget af det faglige arbejde i Selskabet og Selskabets udvikling ligger i de faglige udvalg og i arbejdsgrupperne.

Der har i det forløbne år været lagt et stort arbejde i flere udvalg og arbejdsgrupper, som bl.a. har ført til udarbejdelse af referenceprogrammer og klaringsrapporter. Bestyrelsen vil gerne takke alle, der har medvirket for den store arbejdsindsats og for godt samarbejde.

Bestyrelsen finder fortsat, at det er vigtigt, at der løbende rekrutteres nye medlemmer til udvalgsarbejdet, bl.a. for at sikre fagets udvikling. Bestyrelsen beder i den forbindelse udvalgene om at være opmærksomme på Selskabets love og udvalgenes kommissorier. Udvalgene kan maks. have 5 medlemmer, der vælges for 3 år ad gangen og med mulighed for genvalg 1 gang. Disse medlemmers transportomkostninger til møder dækkes af Selskabet. I forbindelse med specielle problemstillinger kan udvalgene udnævne ad hoc-medlemmer. Deres transportomkostninger dækkes ikke automatisk af Selskabet.

Bestyrelsen nedsatte i efteråret 1999 en ad hoc-arbejdsgruppe: "fotokolposkopigruppen" mhp. at forbedre den pædiatriske indsats over for børn udsat for seksuelle overgreb eller mistænkt for dette.

Seksuelt misbrug af børn har gennem flere år været med til at præge debatten om børns opvækstvilkår. På den baggrund nedsatte Børnerådet i april 99 en Afklaringsgruppe. Gruppens arbejde mandede ud i en række anbefalinger, bl.a. oprettelse af et antal regionale undersøgelsescentre og et nationalt videnscenter.

Bestyrelsen har derfor givet udvalget følgende kommissorium:

- Udarbejdelse af fælles undersøgelsesprotokol bl.a. omfattende fuld objektiv undersøgelse inkl. fotokolposkopi.
- Udarbejdelse af kvalitetskriterier.
- Udarbejdelse af uddannelsesprogrammer og kvalitetskrav for undersøgere.
- Sikre nationalt kvalitetsløft ud fra Bestyrelsens forslag om 6 undersøgelsescentre i Danmark (3 i Jylland, 1 på Fyn og 2 på Sjælland).
- Etablere regionale samarbejdspartnere.
- Etablere nationale og internationale samarbejdsstrukturer.

Bestyrelsen har peget på Tony Olesen som formand for arbejdsgruppen. Vi vil gerne takke ham for det store arbejde og engagement.

Med baggrund i den stigende anvendelse af det elektroniske medie (IT) inden for pædiatrien foreslår Bestyrelsen, at der nedsættes et permanent **IT-udvalg**. Der opstilles derfor kandidater ved den kommende generalforsamling.

IT-udvalget vil få tæt samarbejde med "link-sekretariatet" (se side 3), Diagnoseudvalget og DRG-arbejdsgruppen/udvalget.

På længere sigt når DRG er etableret, og arbejdet med diagnoserelateret kodning er afsluttet, planlægger Bestyrelsen at sammenlægge Diagnoseudvalget og DRG-gruppen/udvalget. Aktuelt foreslår Bestyrelsen, at DRG-arbejdsgruppen ændres til **DRG-udvalget** foreløbig for 3 år. Der opstilles derfor kandidater ved den kommende generalforsamling.

IT-udvalgets arbejdsopgaver vil bl.a. være:

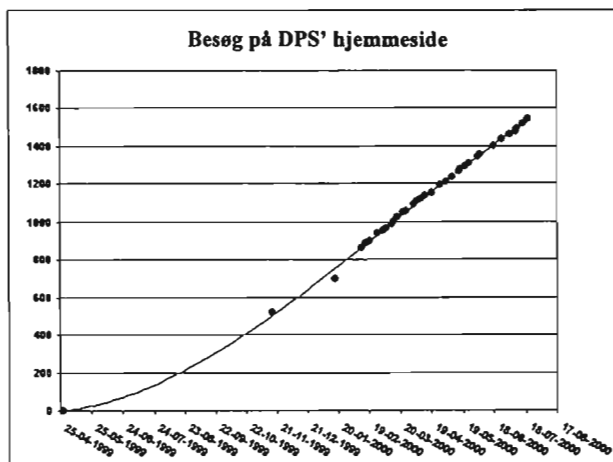
- Teknisk forankring af Dansk Pædiatrisk Selskabs hjemmeside.
- Rådgivning omkring kliniske databaser, specielt vedr. indhentning af eksternt teknisk rådgivning.
- National etablering og vedligeholdelse af instrukser på elektronisk form.

- Rådgivning vedr. abonnering på, indkøb og installering af vidensbaser.

Kommunikation med medlemmer

Selskabet fik i 1999 sin egen hjemmeside via DADL-net. Adresse: www.dps.suite.dk.

Hjemmesiden, der besøges med stigende frekvens (aktuelt 26-32 pr. uge, se figur) indeholder i øjeblikket information om adresser, udvalg, aktiviteter, betænkninger med mere.



Det er planen, at hjemmesiden på længere sigt skal udvikles til en mere integreret kommunikationsplatform for Selskabet.

Som led i dette udviklingsarbejde har Bestyrelsen sammen med Selskabets "funktionelle" webmaster Niels Knabe arbejdet med forskellige muligheder for pædiatriske internet links. Statsbiblioteket har således tilbudt specialeselskaberne at indgå i et større linksamarbejde med kvalitetssikring via selskaberne.

Da kvaliteten af internet-baserede ressourcer i modsætning til de trykte kilder kan være overordentlig svære at få overblik over, skønner Bestyrelsen, at det kan blive et nærmest Sisyfos-agtigt arbejde at vedligeholde denne blåstempling af "gode" web-sites, idet indholdet kan skifte fra måned til måned.

En anden mere interessant og formentlig mere effektiv mulighed med kortere kommandovej til vedligeholdelse er Dansk Pædiatrisk Selskabs egen links-liste uden specificeret validering og suppleret med nogle få udvalgte "super"-links på DADLnet.

Udviklingen og vedligeholdelsen af Dansk Pædiatrisk Selskabs links forestiller vi os skal foregå i et "link-sekretariat" med tilknytning til IT-udvalget. Sekretariatet skal modtage/indhente forslag fra specialeudvalgene og fra andre udvalgte kyndige, der i givet fald skal have status som faste bidragydere.

DRG

Selskabets DRG-arbejdsgrupper har sammen med Sundhedsministeriet arbejdet intenst på at udvikle et pædiatrisk DRG-system. Dette er lykkedes inden for neonatologien, hvor Danmark kan tage sit eget system i brug fra 01.01.2001. Det danske system, der ligger tæt op ad det skandinaviske indeholder 11 DRG-grupper, der indplaceres efter vægt, ressourcetyngde og anvendte procedurer.

Forslag til DRG-system inden for den øvrige pædiatri, som bl.a. baserer sig på aldersfordeling, foreligger fra Selskabets arbejdsgruppe. Ifølge Sundhedsministeriet kolliderer dette forslag imidlertid med gruppering inden for andre specialer og kan derfor ikke gennemføres.

Bestyrelsen har derfor sammen med arbejdsgruppen og Sundhedsministeriet drøftet, om modellen fra neonatologien kunne anvendes inden for den øvrige pædiatri, f.eks. således at de ca. 30 DRG-grupper, der er reserverede til pædiatri benyttes til at opstille en model med udgangspunkt i ICD-10's kapitler og med vægtning efter komplikationsgrad og tyngde. En sådan model kunne løse det meget store problem Selskabet hele tiden har været bekymret over, nemlig at børn kun i meget få tilfælde kunne DRG-rubriceres som havende komplicerede lidelser.

Bestyrelsen har foreløbig besluttet at se positivt på forslaget, som skal drøftes yderligere i løbet af efteråret. Bestyrelsen vil desuden anmode Sundhedsministeriet om ressourcer, der kan muliggøre, at dette arbejde afvikles forholdsvis hurtigt, bl.a. ved internatmødeform. Vi vil gerne takke DRG-arbejdsgruppen, ikke mindst arbejdsgruppens formand Ole Andersen for det meget store arbejde, der indtil nu er udført.

Specialespecifikke kode- og registreringsvejledning

Der er i dag betydelig variation i registreringspraksis inden for pædiatrien, hvilket har konsekvenser for datas validitet og anvendelighed. Problemet er specielt blevet tydeliggjort i forbindelse med Sundhedsministeriets DRG-analyser og det efterfølgende kliniske evalueringsarbejde.

Et øget brug af elektroniske patientjournaler, kliniske databaser og andre systemer til kommunikation forstærker behovet for et fælles og entydigt fagsprog og dermed registreringspraksis.

Bestyrelsen er enig med Sundhedsstyrelsen i, at udvikling af en god registreringspraksis mest hensigtsmæssigt forankres i de faglige organisationer. Herfra bør beslutningerne udbredes til registreringssystemets daglige brugere.

Bestyrelsen har derfor bedt Diagnoseudvalget om at indgå i samarbejde med Sundhedsstyrelsen omkring udarbejdelsen af en pædiatrisk kode- og registreringsvejledning. Arbejdet er godt i gang, men ikke afsluttet.

Som en del af processen udarbejdes en pædiatrisk "diagnosekortliste", der vil blive trykt i lommeformat samt udgivet elektronisk først på efteråret.

Bestyrelsen vil gerne takke de afdelinger, der har medvirket til udarbejdelsen af kortlisten samt Diagnoseudvalget for det store arbejde.

Specialeplanlægning

I forbindelse med revision af Sundhedsstyrelsens vejledning om specialeplanlægning og lands- landsdelsfunktion har Bestyrelsen i december 1999 udarbejdet "**specialebeskrivelse for pædiatri**".

Der har efterfølgende været en positiv dialog med Sundhedsstyrelsen med fokus på følgende områder:

- Børn bør ligge på børneafdelinger, når de har brug for at ligge på hospital. Afvigelser fra dette bør kun gælde ganske få organspecifikke specialer.
- Adolescensmedicin er en pædiatrisk opgave. Der er behov for kvalitetsløft, uddannelse og øgede ressourcer.
- Der bør tilstræbes færre fødesteder og bedre transport af syge nyfødte. Bestyrelsens principielle holdning er, at der ikke bør foregå fødsler på hospitaler, hvor der ikke er pædiatri.
- Børn udsat for misbrug eller mistænkt for dette skal have tilbud om undersøgelse og udredning på regionalt undersøgelsescenter. Der er foreslået 6 centre i Danmark inkl. 1 nationalt videncenter.
- Der er behov for kvalitetsløft og centraliseret behandling af børn med erhvervet hjerneskade. Behandling bør foregå i pædiatrisk regi. Alle børn med bevidsthedspåvirkning efter hovedtraume bør ses af pædiater.
- Grænsefladen til børnepsykiatri bør afklares inden for diagnoseme F839 (Blandet udviklingsforstyrrelse af specifikke færdigheder) og F90 (Hyperkinetiske forstyrrelser). Alt for mange af disse børn henvises til pædiatriske afdelinger pga. lange ventelister i børnepsykiatrien.

Desuden blev der fremhævet særlige udviklingsområder inden for pædiatrien.

Uddannelse

1. Videreuddannelse.

Der blev også i år opslået 18 undervisningsstillinger i pædiatri.

Det landsdækkende vurderingsudvalg og regionale ansættelsesudvalg ser ud til at fungere ganske godt. Bestyrelsen er imidlertid af den opfattelse, at ansættelsesproceduren kan forbedres yderligere ved at indkalde ansøgere til samtale med ansættelsesudvalget. Dette vil åbne mulighed for at tage visse personlige hensyn.

Formulering og fortolkning af "**de supplerende kriterier ved bedømmelsen af ansøgere til undervisningsstillinger i speciallægeuddannelse**" vil blive revideret af Sundhedsstyrelsen. Sidste frist for kritik og ændringsforslag er 01.10.2000.

Bestyrelsen mener fortsat, at der er brug for en markant forøget uddannelseskapacitet i pædiatrien. Vi har dog afventet speciallægekommissionens rapport og planlægger henvendelse til Sundhedsstyrelsen i efteråret.

Bestyrelsen deltager sammen med uddannelsesudvalget i de regelmæssige møder i "**kontaktorganet for den pædiatriske speciallægeuddannelse**". Kursisterne har fortsat en del kritik af lokaler, administration, målbeskrivelse, utilstrækkelig forbindelse mellem den kliniske og teoretiske del af uddannelse og tutorfunktionen. Bestyrelsen har sammen med Uddannelsesudvalget og hovedkursuslederen forsøgt at imødekomme kritikken bl.a. ved henvendelse til Sundhedsstyrelsen vedr. ressourcer og lokale problemer.

Bestyrelsen finder i øvrigt dialogen i kontaktorganet meget frugtbar for en positiv udvikling inden for videreuddannelse.

Med baggrund i Speciallægekommissionens anbefalinger og ikke mindst de europæiske uddannelsesretningslinier (UEMS) har Uddannelsesudvalget og Bestyrelsen fundet behov for revision af målbeskrivelsen for hele den pædiatriske speciallægeuddannelse. Disse målbeskrivelser skal indeholde minimumskrav og være evaluerbare.

Da dette er et meget stort arbejde, er det planen at inddrage delkursusledere, YP, læger i fase III-uddannelse og fagudvalgene.

Arbejdsform og strategi er afklaret. Arbejdet planlægges udført i løbet af det kommende år. Der henvises i øvrigt til referat ved Uddannelsesudvalgets formand ved generalforsamlingen.

Selskabet har fortsat 4 **inspektorer**, der i det forløbne år har besøgt og genbesøgt flere afdelinger. Bestyrelsen vil gerne takke inspektorerne for det store arbejde.

I december 1999 udkom "Evalueringsrapporten vedr. Inspektorordningen". Heri konkluderes det, at Inspektorordningen har haft en positiv effekt på den lægelige videreuddannelse. Den har identificeret flere barrierer; bl.a. fremhæves økonomiske ressourcer, prioritering mellem produktion og uddannelse samt yngre lægers overenskomst.

Det er planen at støtte Inspektorordningen i fremtiden, bl.a. ved at indarbejde speciallægekommissionens anbefalinger.

Der henvises i øvrigt til inspektorenes referat ved generalforsamlingen.

2. Efteruddannelsen

Siden 01.09.99 er der besat 4 **ekspertuddannelsesstillinger**. Der er således 8 ekspertuddannelsesforløb i gang heraf 2 i neonatologi, 1 i kardiologi, 1 i neurologi, 2 i onkologi og 1 i intensiv pædiatri. I perioden 01.09.99 - 31.08.00 er/vil 3 ekspertuddannelsesforløb blive afsluttet, henholdsvis 1 i nefro-urologi, 1 i allergologi og 1 i neurologi.

Det er stadig et stort problem for pædiatrien, at der ikke er tidsbegrænsede stillinger til rådighed for den systematiske videreuddannelse af færdiguddannede speciallæger.

Bestyrelsen har afventet speciallægekommissionens rapport. Problemet vil blive drøftet i løbet af efteråret.

Flere steder i Europa planlægges standardisering af subspecialiseringsuddannelserne. Hvis danske pædiatere ønsker at få godkendt deres ekspertuddannelse på europæisk niveau, er det derfor nødvendigt at have en form for dokumentation for den danske uddannelse. På den baggrund har Uddannelsesudvalget i samarbejde med Bestyrelsen udarbejdet et **standardiseret diplom**, som vil blive underskrevet af den uddannelsesansvarlige overlæge og Dansk Pædiatrisk Selskabs formand. Diplomet vedlægges en beskrivelse af den gennemførte uddannelse på dansk og på engelsk.

Siden efteråret 1999 er der indrapporteret **CME-point** til Uddannelsesudvalget CME-udvalg. Proceduren fungerer tilfredsstillende og bruges flittigt. CME er en dokumentation af den faglige efteruddannelse dels for den enkelte pædiater, men også af den samlede mængde efteruddannelse i Selskabet. Den angår således ikke organisatorisk og administrativ efteruddannelse.

Speciallægekommissionen

I maj 2000 udkom Speciallægekommissionens betænkning "Fremtidens speciallæge". Bestyrelsen har det forløbne år fulgt Speciallægekommissionens arbejde tæt bl.a. gennem repræsentation i Rygdækningsudvalget. Undervejs har vi klart gjort rede for vores ønske om at bevare ekspertuddannelsen i pædiatrien og behovet for ekspertuddannelsesstillinger. Bestyrelsen har ligeledes fremhævet, at alle speciallæger i almen medicin bør have modtaget kvalificeret undervisning i pædiatri, og at dette kun kan foregå ved ansættelse på en pædiatrisk afdeling.

Det er derfor skuffende at konstatere, at Speciallægekommissionens model til forbedret uddannelse i almen medicin ikke indeholder hospitalsansættelse i pædiatri. Bestyrelsen er vidende om, at der i flere amter og HS arbejdes på en lokal model, der reducerer det anbefalede 12 måneders ophold på medicinsk afdeling til 6 måneder og erstatter de øvrige 6 måneder med ophold på en børneafdeling. Bestyrelsen støtter disse lokale modeller og har over for Sundhedsministeriet tilkendegivet stor bekymring for kommissionens forslag.

Speciallægekommissionen har i øvrigt kun beskæftiget sig perifert med faget pædiatri.

Bestyrelsen kan i det væsentlige tilslutte sig Speciallægekommissionens anbefalinger vedr. forbedring af speciallægeuddannelsen. Det fremføres, at den gældende overenskomst for læger ikke lægger hindringer i vejen for en fyldestgørelse speciallægeuddannelse. Dette er Bestyrelsen enig i, men vil gerne fremhæve, at gennemførelsen af Speciallægekommissionens anbefalinger vedr. kontinuitet og supervision vil kræve flere stillinger både til yngre læger og speciallæger.

Bestyrelsen er enig i Dansk Medicinsk Selskabs mindretalsudtalelse, som bl.a. vedrører forslag om at nedlægge specialer.

Kommissionens anbefalinger vedr. speciallægeuddannelsens kvalitet, mål og opbygning vil blive tilgodeset i de nye målbeskrivelser, der bliver udarbejdet i løbet af efteråret.

Sjældne handicap

Efter 7 års arbejde i Sundhedsstyrelsen, hvorunder Dansk Pædiatrisk Selskab har været repræsenteret i flere udvalg, har Bestyrelsen netop modtaget redegørelsen "**Sjældne Handicap - Den fremtidige tilrettelæggelse af indsatsen i Sygehusvæsnet**" 6. udkast til høring.

Redegørelsen beskriver tilrettelæggelsen af sygehusvæsnets tilbud til personer med sjældne handicap, som udover at være sjældne også kræver en særlig og velkoordineret indsats i sygehusvæsnet over en årtække.

Redegørelsen skitserer kravene til indsatsen med særlig vægt på behovet for planlægning, styring og koordination samt forpligtelsen til at sikre det konkrete samarbejde mellem det højt specialiserede niveau og den relevante funktion på basisniveau.

Udover de generelle anbefalinger beskriver redegørelsen indsatsen i forhold til 11 konkrete sjældne handicap.

I forbindelse med de mange års udvalgsarbejde i Sundhedsstyrelsen omkring Sjældne Handicap blev det klart, at hverken Selskabet eller andre instanser har overblik over antallet af børn med sjældne sygdomme i Danmark og de eksisterende faglige ressourcer inden for området.

Dette er baggrunden for det spørgeskema Selskabet har udsendt til samtlige afdelinger februar år 2000 i samarbejde med Center for Små Handicapgrupper, Center for Sjældne Handicap, Rigshospitalet og Center for Sjældne Sygdomme, Skejby Sygehus.

De 169 nævnte sygdomme er de sygdomme Center for Små Handicapgrupper hyppigst får forespørgsler om, og hvor de derfor meget gerne vil give relevant information og henvise til den relevante faglige ekspertise.

Bestyrelsen mangler kun svar fra en afdeling. Den statistiske bearbejdning af materialet er derfor påbegyndt. Resultatet vil blive fremlagt i Selskabet.

Samarbejde med andre specialer og instanser

Bestyrelsen har haft "**Vejledning for radiologiske procedurer**" fra Dansk Radiologisk Selskab til høring. Bestyrelsen har foreslået, at den udgives i lommeformat, samt at der først næste oplag indledes samarbejde med Dansk Pædiatrisk Selskabs fagudvalg mhp. en koordinering af klinikken og anbefalinger vedr. radiologiske procedurer.

Der er i øvrigt indledt samarbejde med Dansk Forening for Pædiatrisk Radiologi omkring fremtidig mødeaktivitet.

Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin og Dansk Pædiatrisk Selskab vil i fællesskab udarbejde **anbefalinger for transport af syge nyfødte og børn**.

Selskabet har taget initiativ til, at der i samarbejde med Dansk Epilepsi Selskab og Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi er udarbejdet klaringsrapporten: "**Vejledning vedr. behandling af gravide med epilepsi og deres børn**".

Selskabet har indledt samarbejde med Dansk Lungemedicinsk Selskab, Dansk Selskab for Anæstesiologi, Dansk Selskab for Otolaryngologi, Dansk Neurologisk Selskab og Dansk Selskab for Klinisk fysiologi omkring udarbejdelse af klaringsrapport/referenceprogram vedr. **søvnrelaterede respirationsforstyrrelser**.

Bestyrelsen har støttet oprettelse af "**Allergiforum**", et samarbejdsforum mellem de forskellige involverede speciallægeselskaber, Astma- Allergiforbundet og andre faglige interesseorganisationer. I dette forum kan fremlægges og diskuteres vejledende evidensbaserede retningslinier, kvalitetssikringsprojekter, forskningsprojekter og andet.

Der er indledt samarbejde med **Lægemiddelstyrelsen** om guidelines vedr. klinisk forskning i forbindelse med registrering af nye lægemidler.

Bestyrelsen har meldt Selskabet ud af **Sex og Samfund**.

Korrespondance med Sundhedsstyrelsen og Sundhedsministeriet

Bestyrelsen har sammen med Onkologiuudvalget besvaret forespørgsel fra Sundhedsstyrelsen om **kræftbehandling af børn i Danmark**.

Bestyrelsen har i brev til Sundhedsministeriet gjort opmærksom på de vanskeligheder de nye **medicintilskudsregler** medfører for familier med kronisk syge børn.

I forlængelse af Selskabets høringssvar 1997 vedr. redegørelse: "Behandling af traumatiske hjerneskader og tilgrænsede lidelser" har Bestyrelsen over for Sundhedsstyrelsen fremhævet,

at **rehabilitering af børn med erhvervet hjerneskade** adskiller sig væsentligt fra rehabilitering af voksne, og at hospitalsrehabilitering af børn bør foregå i et centraliseret pædiatrisk regi hurtigst muligt efter traumet.

Med baggrund i kritik fra kursisterne, erkendelse af stadig større arbejdsbyrde for delkursuslederne og viden om, at **den pædiatriske specialistedannelse** er betydelig billigere end andre specialistedannelser, har Bestyrelsen sammen med hovedkursuslederen rettet henvendelse til Sundhedsstyrelsen og anmodet om ressourcer til leje af lokaler og sekretærhjælp.

Bestyrelsen har i brev til Sundhedsministeriet og Undervisningsministeriet støttet Sundhedsministerens udtalelse vedr. **rygeforbud på skolerne**.

Internationale kontakter

Selskabet er medlem af **Nordisk Pædiatrisk Forening**. I forbindelse med Nordiske Børnelægedage i Helsingfors i juni blev det ved styregruppemøde og repræsentantskabsmøde besluttet at nedlægge repræsentantskabet samt grundet det ringe fremmøde ved kongressen at stille planerne om kongres i Island om 3 år i bero. De foreslåede vedtægtsændringer blev vedtaget.

Nordisk Pædiatrisk Forenings fremtid vil blive drøftet ved styregruppemøde i Norge til september. Bestyrelsen skal hermed opfordre alle Selskabets medlemmer til at bidrage med ideer til eller synspunkter på det fortsatte nordiske samarbejde.

Selskabet er medlem af **UNEPSA**. Ud af de 41 europæiske lande er 33 medlem af UNEPSA. De nordiske selskaber er enige om fortsat at støtte det europæiske samarbejde.

Der er afholdt europæisk kongres i Rom i marts. Kun meget få danske pædiatere deltog. Det faglige indhold var præget af mange oversigtsforedrag.

Den næste europæiske kongres bliver i Israel, som nu har formandsposten. Kongressen afholdes sammen med CESP-møde.

Dansk Pædiatrisk Selskab er fortsat aktiv i samarbejde på europæisk plan gennem **CESP** og **UEMS** mht. uddannelse og efteruddannelse.

Torben Iversens rejsefond

Der blev uddelt 5 legater i forbindelse med Høstmødet i Næstved 1999.

Dette års legater opslås i løbet af sommeren og uddeles i forbindelse med Høstmøde i Sønderborg.

Karen Taudorf
14.08.00

DPS Diagnoseudvalg, årsberetning 1999-2000

Udvalgsmedlemmer: Thomas Thelle (formand), Erik Arthur Andersen, Niels Knabe (fayl).

Udvalget har i det forløbne år gennemgået Sundhedsstyrelsens danske ICD10-listes knap 21000 diagnoser for udvælgelse af en pædiatrisk relevant selektion af diagnoser. Selektionen er kontrueret niveaudelt i en udvidet dækkende selektion (knap 7000 diagnoser) og en bredt dækkende pædiatrisk liste for de mere almindeligt anvendte diagnoser (godt 1000 diagnoser). Udvalget har fulgt Sundhedsstyrelsens opfordring til at indgå i udnyttelsen af de fordele der ligger i anvendelse af nyere IT-teknologi, hvorfor udvalgets diagnoseliste er udarbejdet med fokus på den elektroniske søgbare udgave, men også med vægt på udformingen af en sideløbende trykt udgave, der dog (i første række) kun kommer til at dække den ovennævnte snævrere del af listen.

Udvalget har modtaget et stort antal nyttige tilbagemeldinger, dels for afgrænsede områder af specialet, dels i form af forslag til den bredt dækkende liste over de almindelige diagnoser, hvor antallet af inkluderede diagnoser i de foreslåede selektioner går lige fra det meget summariske (178 diagnoser) til 1490 diagnoser med en fællesmængde på 29 (sic!) diagnoser og en fællesmængde på 1793 diagnoser blandt blandt 8 indsendere. Udvalget har derfor måttet foretage en nødvendig afvejning af de samlede indsendte forslag.

Udover selektionen har det været udvalgets mål at tilknytte synonymmer og kommentarer til en række af listens diagnoser.

Til anvendelse af den elektroniske version af listen er der fra udvalgets side udarbejdet et listesøgningsprogram, der inden udgangen af efteråret frit vil kunne hentes fra DPS's hjemmeside, hvor listens opdateringer også vil være tilgængelige.

Udvalget har løbende kontakt med Sundhedsstyrelsen, idet denne også løbende opdaterer den elektroniske diagnoseliste, der ligger i de patientadministrative systemer, bl.a. "GS-åben", og som også danner basis for DPS's kommenterede liste.

Herudover er udvalget ved at færdiggøre den "specialespecifikke kodningsvejledning", der dækker principperne for de kodninger, der gerne skulle være fælles anvendelige for både lokal afdelingsstatistik, DRG-beregning og landsdækkende epidemiologi via Landspatientregistret, idet de patientadministrative systemer bevæger sig henimod en fælles registrering til alle de nævnte formål.

Endelig vil udvalget fortsat løbende forestå koordineringen af den videre kommunikation med Sundhedsstyrelsen vedrørende diagnosekodningsmæssige spørgsmål samt ønsker om oprettelse af ICD10 subkoder til forbedring af den kodningsmæssige præcision for diagnoser.

Med venlig hilsen
DPS's Diagnoseudvalg
7. september 2000

Beretning fra Dansk Pædiatrisk Selskabs Udvalg for Pædiatrisk Allergologi og Pulmonologi 1999-2000

Udvalgsmedlemmer:

Lone Agertoft ^{FÄYL} (1995, 1998)

Inger Merete Jørgensen (1997)

Kim G Nielsen ^{FÄYL} (1998)

Gunver Fuglsang (1998)

Susanne Halken (formand) (1998)

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

Udvalget har efter forespørgsel fra DRG udvalget gennemgået allergologiske / pulmonologiske diagnoser med henblik på rubricering i DRG systemet samt vurderet problemer heri.

Efter en vurdering af behov og interesse fra landets børneafdelinger, har udvalget udarbejdet astma-vandrejournaler som et tilbud til behandlingen/kontrollen af børn med astma med henblik på at sikre en bedre kommunikation mellem børnelæger, praktiserende læger og patienter. Astma-vandrejournalen er færdigredigeret efter fremlæggelse ved "Pædiatermøde" i Kolding februar 2000 og vil blive fremsendt til landets børneafdelinger og praktiserende børnelæger. Det er desuden planen at lægge den ud på DPS's hjemmeside.

Der pågår revision af "Vejledning i astmabehandling" og "Retningslinier for allergiudredning hos børn" i de to arbejdsgrupper som tidligere har udarbejdet disse vejledninger.

Formanden har deltaget i et møde arrangeret af Dansk Selskab for Allergologi (DSA) med henblik på samarbejde om allergipatienter mellem involverede specialselskaber/interesseorganisationer. Der var enighed om, at et bedre og formaliseret samarbejde mellem de forskellige involverede specialer er hensigtsmæssigt, og at DSA kan fungere som en paraplyorganisation herfor.

Der var ved mødet enighed om at danne "Allergiforum" som et fælles fagligt samarbejdsforum mellem de forskellige involverede specialselskaber og Astma-Allergiforbundet. I dette forum kan fremlægges og diskuteres vejledende evidensbaserede retningslinier, kvalitetssikringsprojekter, forskningsprojekter, forskellige nye tiltag samt nedsattes arbejdsgrupper mm. ved behov. Udvalget har drøftet og anbefalet som DPS efterfølgende har tilsluttet sig. Udvalget udpeger 2 medlemmer som kan indgå i "Allergiforum".

I europæisk regi har Arne Høst, som medlem af UEMS (European Union of Medical Specialists) sektion vedrørende specialistuddannelse i pædiatri, deltaget i arbejdet vedrørende udarbejdelse af europæiske retningslinier for uddannelsen i pædiatrisk allergologi. Der er nu udarbejdet og godkendt fælles europæiske målbeskrivelser og uddannelsesprogrammer for pædiatrisk allergologi ligesom Pædiatrisk Allergologi er blevet anerkendt som subspecialer af UEMS.

04. august 2000

Susanne Halken

19. juli 2000

Afdelingslæge
• Thorkild Jacobsen
Børneafdelingen
Skejby Sygehus
8200 Århus N

Center: Juliane Marie Centret
Afd. for Vækst og Reproduktion GR-5064
Blegdamsvej 9
2100 København Ø
Tlf: 3545 5085
Fax: 3545 6054
E-mail: nes@rh.dk
NES/tt

Kære Thorkild Jacobsen

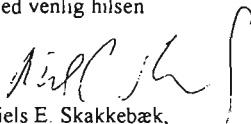
Årsberetning fra DPS' endokrinologiudvalg: udvalget har fortsat sine bestræbelser på at etablere en ekspertuddannelsesstilling i pædiatrisk endokrinologi. I en periode modtog udvalget signaler fra Foreningen af Yngre Læger om, at man ville tillade oprettelse af en sådan stilling, men siden er sagen gået i hårdknude, således at det nu er højst usikkert, om man kan oprette en 3-årig uddannelsesstilling m.h.p. ekspertise i pædiatrisk endokrinologi.

Udvalget har i øvrigt arbejdet med en børneendokrinologisk diagnoseliste samtidig med, at man er ved at lægge sidste hånd på danske retningslinier for biokemisk diagnostik af GH-mangel.

Andre pædiatrisk-endokrinologiske aktiviteter: Jørn Muller er repræsentant i Council i European Society of Pediatric Endocrinology, hvor Anders Juul er repræsentant i Drugs and Therapeutics Committee. Sidstnævnte er desuden editor af European Journal of Endocrinology.

I maj 2000 holdtes på Rigshospitalet en international workshop med titlen "Hormones and Endocrine Disrupters in Food and Water". Flere fremtrædende internationale pædiatriske endokrinologer deltog i workshoppen.

Med venlig hilsen



Niels E. Skakkebæk,
professor, dr.med.

Et barn, der endnu ikke er udvokset og er fyldt 2 år, har biokemisk tegn på væksthormonmangel hvis,

1. en arginin test og en klonidin test, udført på 2 forskellige dage, **begge** giver et respons < 15 mIU/l.
2. en arginin **eller** en klonidin test giver et respons < 15 mU/l hos en patient, der enten har udfald af andre hypofyseakser, eller har modtaget cerebral strålebehandling
3. en patient med spontant blodsukker < 2.2 mmol/l har et samtidigt væksthormon < 15 mIU/l.

Det er en forudsætning, at barnet ikke på undersøgelsestidspunktet har hypothyreose.

Arginin test

Arginin er en alifatisk aminosyre, der stimulerer frigørelsen af væksthormon fra hypofysen. Argininopløsningen fremstilles af hospitalsapotek.

Procedure. Patienten skal være fastende fra kl. 24 aftenen i forvejen til testen er færdig. Der må gerne drikkes vand. Der anlægges saltvandsdrop.

- Tid = -30 min: Der tages prøve til s-GH, IGF-I og IGFBP-3. Start arginininfusion 10% 0,5 g/kg. Indgives over 30 min. **NB: Max 30 g.**
- Tid = 0 min: Infusionen er færdig. Der tages prøve til s-GH.
- Tid = 30, 60, 90, 120 min: Der tages prøve til s-GH

Bivirkninger

Kvalme kan i enkelte tilfælde forekomme ca. en time efter infusion. Andre bivirkninger er sjældne.

Klonidin test

Præparat

Klonidin = Catapresan

Tabletter á 25 µg og 150 µg

Procedure

Patienten skal være fastende mindst 6 timer og til testen er færdig. Der må gerne drikkes vand. Der skal tages blodtryk før og efter testen samt efter behov. Der anlægges saltvandsdrop.

- Tid = -30 min: Der tages prøve til s-GH, IGF-I og IGFBP-3
- Tid = 0 min: Der tages prøve til s-GH.
Der gives klonidin **75 µg/m² overflade, max. 150 µg**
- Tid = 30, 60, 90, 120 min: Der tages prøve til s-GH

Bivirkninger

Døsighed, bleghed, pulsfald, initialt blodtryksstigning, senere blodtryksfald.
Ved den angivne dosering vil alvorlige bivirkninger være sjældne. Dog kan kraftig, langvarig døsighed forekomme.
Ved udtalte bivirkninger er behandling med Tolazolin indiceret.
Dosis: 1 mg/kg pr. dosis, dog max. 10 mg pr. dosis i.v. Kan evt. gentages efter 10 min.

Analysemetode

På Afdeling for Vækst og Reproduktion måles serum-GH koncentrationen i en to-sidet fluoroimmunometrisk analyse (Delfia®, Wallac, Finland). I analysen benyttes to monoklonale antistoffer, der er rettet mod to separate antigene determinanter på 22kD GH-molekylet.

Såfremt GH prøven *ikke* sendes til afdeling for Vækst og Reproduktion, Rigshospitalet, er det af stor betydning, at GH måles i et laboratorium, der anvender et internationalt valideret assay, samt, at dette assay valideres mod afd. GR's m.h.p. at sikre den bedst mulige ensretning i Danmark.

Prøvehåndtering

Der opsamles venøs blodprøve uden tilsætning af anti-koagulantia. Prøven centrifugeres, og serum afpipetteres. Prøver kan sendes til Afd. for Vækst og Reproduktion uden nedkøling, såfremt prøven kan være os i hænde inden 5 dage. Undgå afsendelse op til en weekend. Længere tids opbevaring sker ved nedfrysning til -20 C efter centrifugering og afpipettering af serum. Mængde: Helst 500 µl serum, minimum 350 µl.

Rekvisition og svarafgivelse

Rekvisitioner rekvireres i Afd. for Vækst og Reproduktions hormonlaboratorium, Tlf. 3545-5080 (direkte). Svar afgives i mU/l på skema i tabelform. Resultatet af en stimulationstest afbildes desuden grafisk. Den stiplede linie i den grafiske afbildning af analyseresultatet angiver grænseværdien for GH-insufficiens (=15 mU/l svarende til 5,8 ng/ml ved anvendelse af WHO standard 80/505).
Svar kan forventes efter ca. en uge.



KØBENHAVNS AMT

CENTER FOR HANDICAPPEDE

Afsnit for børn

Amtssygehuset i Glostrup

Dansk Pædiatrisk Selskab

Bakken 5
2600 Glostrup
Tlf. 4323 2153
Fax 4323 3778

Den 9.8.2000
BB/ka

Udvalgsberetning 1999/2000 fra DPS' udvalg for screening og klinisk genetik.

Udvalget har holdt to møder 3.12.1999 og 25.2.2000.

Udvalget har fortsat arbejdet på anbefaling af rutinemæssig screening af nyfødte for 21-hydroxylasedefekt. Den endelige udgave af udvalgets anbefalinger er videresendt til Sundhedsstyrelsen, der anmodes om anbefaling af screeningen.

Udvalget har endvidere arbejdet med den prospektive tandem – massespektrometri screening af nyfødte for medfødte stofskiftesygdomme. Pilotundersøgelse er godkendt af de videnskabetiske komiteer og af Den Centrale Videnskabetiske Komite. Arbejdet forventes at starte omkring årsskiftet 2000/2001. I pilotundersøgelsen indgår undersøgelse af det optimale screeningstidspunkt, der efter svensk mønster skønnes at kunne ligge efter 72 levetimer.

Vedrørende cystisk fibrose anlægsbærerscreening indgår forslag om denne i Sundhedsstyrelsens udvalgsarbejde vedrørende fremtidige screeninger.

Bente Beck
formand for udvalget.


Beretning fra DPS's neurologiudvalg. 1999/2000

Udvalget har holdt 2 møder, hvor det gennemgående emne har været DRG- relaterede grupper . samt nye diagnoser.

Udvalget har udpeget enkelte repræsentanter til at repræsentere udvalget i andre grupper desangående.

Desuden har neurologigruppen arrangeret og gennemført et møde i DPS med temaet erhvervede hjerneskader og orientering omkring den fremtidige struktur på dette felt fremover. Mødet blev holdt i marts 2000.

Udvalget har også drøftet rekruteringsproblematikken indenfor neuropædiatrien.. Indførelsen af databaser indenfor vort speciale er ligeledes til diskussion.

Med venlig hilsen 
Lissi Bank Lassen
formand for neurologiudvalget under DPS.
Børneafdelingen
Herning Centralsygehus.

Årsberetning 1999-2000
Udvalg for Hæmatologi og Onkologi

Udvalgets medlemmer: Erik Østergaard (formand), Niels Carlsen, Kjeld Schmiegelow, Henrik Hasle (Fayl), Malgorzata Pulczynska Wason og Ole Henrik Nielsen (børnekirurg).

Udvalget har afholdt 3 møder, alle i tilslutning til de møder, som de specialeansvarlige overlæger fra landsdelsafdelingerne afholder. Møde på Rigshospitalet den 8. oktober 1999, på Skejby Sygehus den 11. februar 2000 og på Rigshospitalet den 16. juni 2000. På det første møde konstituerede udvalget sig med undertegnede som formand.

Udvalget har besvaret en henvendelse fra Sundhedsstyrelsen (via Karen Taudorf) med en beskrivelse af den del af speciallægeuddannelsen, som har fokus på kræftpatienter og -sygdomme, samt evaluering af et evt. behov for dansk lærebog. Speciallets ekspertuddannelse er beskrevet.

Udvalget har formidlet økonomisk støtte fra Børnecancerfonden m.h.p. at sikre den bedst mulige danske deltagelse i de relevante internationale udvalg og arbejdsgrupper.

Der er etableret en tværdisciplinær arbejdsgruppe, der skal forsøge at afstikke retningslinier for udredning og behandling af hæmoglobinopatii med Malgorzata Pulczynska Wason som formand.

Med venlig hilsen

Erik Østergaard
5. august 2000

Beretning fra Ungdomsmedicinsk Udvalg 1999 - 2000.

Udvalget har følgende medlemmer:

Overlæge Inger Leer Pedersen

Overlæge Jørn Mølgård Henriksen

Afdelingslæge Thomas Hertel (repræsentant for Y.P.)

Kommunallæge Susanne Munck (repræsentant for Kommunallægerne)

Overlæge Birgitte Marner, formand.

Udvalget har holdt møde den 1. november 1999, 31. januar 2000 og 19. juni 2000. I udvalget er der enighed om at opfordre afdelingerne til at organisere deres ambulatoriearbejde, så det er muligt at samle konsultationerne af de unge på bestemte tidspunkter med henblik på at skabe en ambulatoriesituation, der er bedre egnet for de unge.

Vi opfordrer fortsat til samarbejde med "voksenlægerne" for de enkelte subspecialer.

I forbindelse med drøftelser om, hvilken viden ungdomspædiatere skal have for at være egnede til at behandle unge, har udvalget arbejdet med at indsamle og vurdere eksisterende materiale om erhvervsvejledning.

6.7.00

Birgitte Marner

formand for Ungdomsmedicinsk Udvalg.

Årsberetning fra Neonataludvalget

12. juli 2000

Udvalget har afholdt 4 møder siden Generalforsamlingen.

Følgende emner er blevet behandlet:

- 1) abRekommandationer vedrørende **antibiotika** og **surfaktant** til nyfødte børn er afsluttet og vil blive rundsendt til medlemmerne.
- 2) abRekommandationer omkring **Synagis** (RSV immunoglobulin) er diskuteret med Infektionsudvalget. Enighed om at tilbyde profylakse til børn med **BPD**, hvorimod gevinsten synes usikker hos ekstremt for tidligt fødte børn med normal lungefunktion. Til nærmere belysning er der nedsat en gruppe, som ud fra ETFOL registret skal undersøge incidensen og forløb af RSV infektioner med behov for indlæggelse.
- 3) abUdvalg, som skal udfærdige retningslinier for **CPAP-** og **smertebehandling**, er blevet nedsat.
- 4) abDer er knyttet kontakt til Anæstesiologisk Selskab vedrørende **transport** af nyfødte børn.
- 5) abNordisk Neonatal Organisation er oprettet. Gruppen skal beskrive **krav til uddannelsen** i neonatologi samt lave præ- og postgraduate kurser.
- 5) abFor at øge antallet af neonatologer vil der blive oprettet uddannelsesstillinger ved Odense Universitetshospital, Hvidovre Hospital og Ålborg Sygehus.

ETFOL data er komplet og under analyse.

Der blev afholdt Neonatologisk videnskabeligt møde i januar måned.

Udvalget er repræsenteret ved Sundhedsministeriets arbejde med **DRG**.

Steen Hertel, Sten Petersen, Keld Hagen Johansen, Jens Peter Nielsen, Ole Pryds

Årsberetning 1999/2000 fra nefro-urologiudvalget

Udvalget har holdt i alt 4 møder. Vi har fremsendt ændringsforslag til ekspertuddannelsen i pædiatrisk nefro-urologi for at få uddannelsesvarigheden i overensstemmelse med de øvrige ekspertområder. Bestyrelsen har oplyst at den har accepteret ændringerne.

Udvalget har brugt en del tid på DRG-systemet.

Vi er i gang med at udarbejde rekommandationer for undersøgelse og behandling af nefrotisk syndrom.

Endelig har udvalget arbejdet med planer om at samle de nefro-urologisk interesserede pædiatere 1-2 gange årligt. Første gang vil formentlig blive i forbindelse med færdiggørelsen af udkastet til rekommandationer vedrørende nefrotisk syndrom.



E. Nathan
formand.



Udvalget for Ernæring og Gastroenterologi Dansk Pædiatrisk Selskab

Beretning for 1999-2000

Udvalget har haft følgende medlemmer:

Karsten Hjelt (1995), Christian Mølgaard (1997), Anders Pærregaard (1995, formand fra 1999), Aksel Lange (1999) samt Birgitte Lausen (1999).

Udvalget har i det forløbne år holdt møde den 3.11.99, 21.1.2000 samt 7.4.2000.

Udvalget har besluttet at igangsætte arbejde med behandlingsalgoritmer for en række almindeligt eller vigtigt forekommende pædiatriske problemstillinger m.h.p. at disse efterfølgende kan komme danske pædiatere til gode. I første omgang arbejdes med en behandlingsalgoritme for behandling af kroniske inflammatorisk tarmsygdom hos børn. Tilsvarende initiativer m.h.p. behandlingsstrategi for mb. Coeliacus samt obstruktion er under planlægning.

Fra udvalgets side er et medlem (AP) indgået i en arbejdsgruppe med medlemmer fra Danske Gastroenterologisk Selskab m.h.p. udarbejdelse af en fælles landsdækkende database for kronisk inflammatorisk tarmsygdom, der også kan dække børnepopulationen.

Medlemmer af udvalget har arrangeret det årlige symposium i pædiatrisk gastroenterologi, der i 1999 fandt sted på Byggecentrum i Middelfart den 25.-26.11.1999. Mødet var godt besøgt og diskussionerne livlige og udbytterige. Dette års symposium finder også sted ultimo november i Middelfart. Et tilsvarende møde i år 2001 planlægges sammen med pædiatere fra de øvrige nordiske lande (NAPGAN).

Udvalget er repræsenteret i Sundhedsstyrelsens kontaktgruppe for spædbarnsernæring.

Anders Pærregaard
Overlæge, dr. med.

Beretning fra uddannelsesudvalget 1999-2000

Ved valget i 1999 blev valgperioden til uddannelsesudvalget ændret fra et til tre år. Derfor har udvalget udarbejdet en tre-årig arbejdsplan, hvor den største arbejdsopgave uden tvivl bliver en revision af målbeskrivelsen for den pædiatriske speciallægeuddannelse. Endvidere vil udvalget gennemgå speciallægeuddannelsen, således at udvalget tager en fase op til særlig diskussion hvert år.

I det forløbne år har udvalget set særligt på introduktionsuddannelsen med et spørgeskema til de uddannelsesansvarlige overlæger. Skemaet fokuserede på rekrutteringen til faget, den kliniske uddannelse, teoretisk uddannelse samt forskning. Desuden bad udvalget om emner, som uddannelsesudvalget burde tage op. Resultatet af undersøgelsen er udsendt til alle afdelinger. På baggrund af undersøgelsen konkluderede udvalget, at antallet af læger i introduktionsstillinger, som stiler mod en speciallægeuddannelse i pædiatri er bekymrende lavt og opfordrer afdelingerne til at gøre en ekstra indsats for at tiltrække potentielle pædiatere. Forskningsaktiviteten er efter udvalgets opfattelse lav. Problemerne kan skyldes, at det kan være vanskeligt at starte og afslutte et forskningsprojekt inden for det ene år, introduktionsuddannelsen varer. Udvalget vil derfor opfordre afdelingerne til at iværksætte forskningsprojekter, som omfatter flere afdelinger i regionen, således at lægen kan fortsætte projektet, når han/hun skifter til en anden introduktionsstilling eller en undervisningsstilling. Afdelingerne havde anført mange gode uddannelsesmæssige tiltag, som er samlet og udsendt til afdelingerne som et idékatalog. Uddannelsesudvalget vil anmode kursisterne om at evaluere uddannelsen både løbende og efter endt speciallægeuddannelse.

En revision af målbeskrivelsen for pædiatri er blevet særlig aktuelt efter betænkningen "Fremtidens Speciallæge". Udvalget vil tage udgangspunkt i en målbeskrivelse for pædiatri udarbejdet af European Union of Medical Specialists (UEMS). I løbet af det næste år vil fagudvalgene blive anmodet om at komme med forslag til hvilke krav, man skal stille til en læge efter endt introduktionsstilling, efter endt uddannelsesstilling og til en færdig speciallæge. Herefter vil uddannelsesudvalget nedsætte en arbejdsgruppe bestående af uddannelsesudvalget, delkursuslederne og to fase III læger, som med baggrund i forslagene fra fagudvalgene skal udarbejde et samlet forslag til målbeskrivelse.

For at sikre både nytænkning og kontinuitet i de teoretiske speciallægekurser har uddannelsesudvalget besluttet, at kurserne fremover bør ledes af to delkursusledere. Delkursuslederne udpeges af uddannelsesudvalget for 3 år ad gangen og kan normalt kun genudpeges én gang. Det skal tilstræbes, at de to delkursusledere repræsenterer børneafdelinger i mere end én landsdel og at mindst én bør arbejde på en lands-/landsdelsafdeling med kursusområdet som særligt interesseområde. Det bør endvidere tilstræbes at de to delkursusledere ikke afgår samtidigt. Inden uddannelsesudvalget udpeger ny delkursusledere vil de relevante fagudvalg blive hørt.

Udvalget finder aflønningen af delkursuslederne urimelig lav og finder det helt urimeligt, at hovedkursuslederen hverken aflønnes eller får sekretærbistand. Udvalget har endnu en gang anført dette over for Sundhedsstyrelsen, som ikke finder mulighed for at ændre forholdene.

Registrering af speciallægers efteruddannelse, CME, har været i gang siden 1.1.00 og uddannelsesudvalget har nedsat et underudvalg, som varetager CME spørgsmål. Det er målet, at kurser og kongresser forlods CME akkrediteres og flere kursus/kongres arrangører har da også udnyttet denne mulighed. Desuden har flere speciallæger anmodet om CME vurdering af kurser eller kongresser, de har deltaget i. Udvalget opfordrer til, at man så vidt muligt benytter muligheden for at registrere sine efteruddannelsesaktiviteter elektronisk på www.dadlnet.dk. Udvalget forventer, at kunne præsentere den første oversigt over efteruddannelsesaktiviteten blandt DPS' medlemmer ved næste års generalforsamling.

Der er i den forløbne år ikke iværksat nye ekspertuddannelsesforløb. Udvalget har besluttet, at læger, som har gennemført en ekspertuddannelse skal have udstedt en dokumentation herfor.

På uddannelsesudvalgets vegne
Klaus Børch

Beretning fra socialpædiatrisk udvalg 2000

Udvalget har bestået af overlæge Birgitte Marnér, Overlæge Bente Hansen, Overlæge Tony Olesen, 1.reservelæge Hanne Nødgaard og afdelingslæge Bodil Moltesen (formand).

Der har været holdt udvalgs møder: 29/9 og 2/12 – 1999 samt 6/1, 9/2 og 4/6 – 2000.

Udvalget arrangerede efteruddannelsesmøde 7/4 med titlen:samfund og pædiatri. Fremmødet var væsentlig ringere end vi havde håbet.

Udvalget arbejder i øjeblikket med en definition af socialpædiatri, idet vores fornemmelse er at mange kolleger er noget usikre på socialpædiatriens placering indenfor pædiatrien, og vi ønsker dermed at synliggøre området.

Udvalget er ved at lave kommentarer til de socialpædiatrisk relevante diagnoser mhp kommende DRG.

Desuden arbejder vi med et forslag om at socialpædiatrisk ansættelse skal meritere til kursusstilling.

Et medlem af udvalget: Tony Olesen er formand for DPS' kommissorie om seksuelle overgreb mod børn. Tony Olesen der er kursusleder for A-kursus i socialpædiatri har forelagt udvalget programmet for dette og vi fandt det stadig er relevant.

Der planlægges efteruddannelsesweek-end i begyndelsen af februar 2002, hvor vi overvejer at samarbejde med børnepsykiaterne, der har udtrykt interesse for vores efteruddannelsesarrangementer.

Med venlig hilsen

Bodil Moltesen
Formand for udvalget

Referat af generalforsamling i Dansk Pædiatrisk Selskab, 8/9 2000 i København.

1. Valg af dirigent

Niels Christian Christensen valgtes ved akklamation. Han konstaterede, at generalforsamlingen var lovligt indkaldt.

2. Formandens beretning, herunder meddelelse om optagelse af nye medlemmer

Der henvises til den udsendte skriftlige beretning. Særligt kan fremhæves:

- Selskabet har fået en hjemmeside, www.dps.suite.dk, og der foreslås nedsat et IT-udvalg.
- Bortset fra neonatologiske diagnoser (der tages i brug 1/1 2001) er selskabets forslag til DRG-system ikke gennemførligt p.g.a. kollision med andre specialers gruppering. Der arbejdes med et nyt forslag.
- Diagnoseudvalget er ved at afslutte arbejdet med pædiatrisk kodevejledning. En diagnosekortliste vil foreligge i løbet af efteråret.
- Målbeskrivelsen for uddannelsen til speciallæge i pædiatri vil blive revideret, i overensstemmelse med anbefalingerne i Speciallægekommisionens betænkning.
- De supplerende kriterier ved bedømmelse af ansøgere til undervisningsstillinger i speciallægeuddannelsen skal revideres. DPS har foreslået ændringer i kriterie 7 (det specialespecifikke kriterie). Dette vil blive udsendt til medlemmerne.
- DPS har nedsat en ad hoc-arbejdsgruppe med henblik på forbedring af den pædiatriske indsats for børn der har - eller mistænkes for at have - været udsat for seksuelt overgreb.
- Specialebeskrivelsen for pædiatri, der indgår i grundlaget for Sundhedsstyrelsens vejledning om lands- og landsdelsfunktioner, er revideret.
- Redegørelse vedr. Sjældne Handicap er modtaget til høring. Data vedr. spørgeskemaundersøgelsen er under bearbejdning.

Kommentarer:

Jens Løchte: Foreslår, at funktion i speciallægepraksis gøres meriterende i uddannelsen, f.x. ved at det er pointgivende til undervisningsstilling. Gør i øvrigt opmærksom på, at man i speciallægepraksis har et stigende antal konsultationer med problematikker indenfor det børnepsykiatriske område, og at ikke mindst manglende adgang til akut børnepsykiatrisk intervention er et problem. (Bestyrelsen har påpeget dette overfor Sundhedsstyrelsen i forbindelse med drøftelsen af specialeplanen for pædiatri).

Ole Andersen: Bemærker, at bestyrelsens forslag til point for pædiatrisk relevant forskningsaktivitet (i de supplerende kriterier ved vurdering af ansøgere til undervisningsstilling) er i konflikt med det bærende princip om, at kriterier er indbyrdes eksklusive.

Anita Hansen: Finder, at anbefalinger i klaringsrapporter i Ugeskrift for Læger ofte er i modstrid med rimelige retningslinier for udredning/behandling af børn. Opfordrer bestyrelsen til at gå ind i dette arbejde.

Beretningen godkendes herefter ved akklamation.

3. Beretning fra udvalg

Der henvises til de udsendte skriftlige beretninger.

Kommentarer:

Ole Andersen: Det er vigtigt, at diagnosekortlisten udgives i lommeformat. (Svar: Det bliver den).

Niels Christian Christensen: Opfordrer til, at neonatologjudvalget og infektionsmedicinsk udvalg udsender rekommendation vedrørende RS-virus profylakse inden RS-virus sæsonen.
Anita Hansen: Sætter spørgsmål ved, om det er hensigtsmæssigt at der fremover skal være 2 delkursusledere, når honoraret for et kursus typisk er 1.6 timeløn. Det er et uheldigt signal, at vi gør arbejdet med kursusarrangement gratis.

Hanne Nødgaard: Niveaet på flere af de tværfaglige kurser er for lavt.

Ole Andersen: Foreslår, at hovedkursuslederen fremover får alle evalueringer, også fra tværfaglige kurser, så han om nødvendigt kan tage utilfredsstillende kurser op med Sundhedsstyrelsen.

Steffen Husby: Uheldigt med kun 3 års funktionstid som kursusleder også for kurser, der kun afvikles hvert andet år. (Uddannelsesudvalget lover, at funktionsperioden vil blive ændret til 3 kurser).

Niels Christian Christensen: Bemærker store forskelle på pointtal i de forskellige regioner. Efterlyser statistik for tildeling af undervisningsstillinger.*

Jan Ulrik Secher: Foreslår, at et ophold i speciallægepraksis af kortere eller længere varighed indgår i undervisningsstillingen.

Ole Andersen: Finder det kritisabelt, at fortrolige oplysninger fra ansættelsesudvalget (i region Øst) hurtigt blev kendt. (Dette må afklares i udvalget)

Arne Høst: Efterlyser regler vedr. ikke-EU-borgeres muligheder for ansættelse i undervisningsstilling. (Bestyrelsen vil afklare området).

Ole Andersen: Oplyser, at DRG vedr. nyfødte bliver et dansk system, der minder om, men ikke er identisk med det nordiske. Startdato er 1/1 2001. Vedr. den øvrige børnegruppe er vore forslag ikke fuldt i overensstemmelse med andre specialers brug af DRG. Der skal udarbejdes ny DRG-gruppering, deadline 1/5 2001 til ikrafttræden 1/1 2002.

Søren Krabbe: Efterlyser, at afdelingerne inddrages mere i DRG-arbejdet, da DRG allerede bruges som et økonomisk værktøj.

4. Aflæggelse af det reviderede regnskab

Der henvises til det udsendte regnskab. Regnskabet blev godkendt uden indvendinger.

5. Fastlæggelse af kontingent

Kontingentet fastholdes uændret, d.v.s. 600 kr. pr. år for ordinære medlemmer.

6. Forslag fra bestyrelse og medlemmer

Udsendt forslag fra Hans Lou er trukket tilbage.

Bestyrelsen foreslår oprettelse af et IT-udvalg.

Kommentarer:

Susanne Halken: Roser initiativet, ikke mindst selskabets andre udvalg har behov for et IT-udvalg.

Katharina Main: Bekymret for, om et udvalg kan overkomme de arbejdsopgaver, det er nødvendigt at dække, og for, om de mere tekniske kvalifikationer er til stede.

7. Valg af bestyrelse blandt de ordinære medlemmer

Alle bestyrelsesmedlemmer stillede op til genvalg. Der var ingen andre kandidater, at alle blev genvalgt.

8. Valg af to revisorer

Finn Ursin Knudsen og Sten Petersen blev begge genvalgt.

9. Valg af udvalgsmedlemmer og repræsentanter for selskabet.

Se vedlagte liste.

10. Evt.

Hanne Nødgaard: Ønsker, at man af hensyn til nytilkomne i selskabet præsenterer sig når man tager ordet ved generalforsamling o.lign. i selskabet.

Katharina Main: Gør opmærksom på, at flere udmærkede tidsskrifter gratis er tilgængelige på internet, f.x. via adressen: www.dnlb.dk Vælg **ressourcer** dernæst **typer** og så **elektroniske journaler**

Thorkild Jacobsen

* Den ønskede statistik er vedlagt. Den er hentet fra Videreuddannelsessekretariatet i Århus Amts hjemmeside (www.aaa.dk/vus)

Dansk Pædiatrisk Selskab

Nye medlemmer 1999-00

Birgitte Klug Albertsen	Karin Lassen
Klara Balling	Lene Lindenskov
Marie Grøndahl Bech	Maria Lundahl
Malene Boas	Anne Janet Lynn-Pedersen
Thomas Leth Frandsen	Pernille Raasthøj Mathiesen
Marianne Heitmann	Claudia Mau
Mohamed S Hishay	Søren Mikkelsen
Bente Høst	Hans Ulrik Møller
Elisabeth Iyore	Lene Avlund Olsen
Hanne Jensen	Charlotte Siggaard
Jonna Jensen	Annebeth Rosenvinge Skov
Fródi Joensen	Karen S Sønderkær
Liv Kvaale	Radegumdis Temme
Zanne Larsen	Heike Susann Weyhreter
Birgitte K. Lassen	

Udmeldte 1999-00

Niels Bach-Mortensen	Bettina Larsen
Per Cantor	May-Britt Rasmussen
Anette H Christensen	Thorsten Schumann
Ulla Knorr	Flemming Ørnskov

Afgået ved døden 1999-00

PROFESSOR TORBEN IVERSENS REJSEFOND
--

Egenkapital pr. 31.12.98 kr 332.402,79

Indskud fra DPS	kr	25.000,00
Renteindtægter 1999	kr	19.610,51
Administrationsudgifter 1999	kr	-1.753,31
Udbetalte legater 1999	kr	-
Ændring i kursværdi af værdipapirer	kr	-14.619,51

Egenkapital pr. 31.12.99 kr 360.640,48

Uddelt 4 portioner à 3000 kr 1999 kr 12.000,00

Legater 1999

Ane Lando	kr	3.000,00
Kirsten Toksvig Larsen	kr	2.730,60
Hanne Nødgaard	kr	3.000,00
Peter Schmidt	kr	1.800,00
Signe Sønderkær	kr	3.000,00

Århus, den 22. Juni 2000.



Niels Clausen
Kasserer

DANSK PÆDIATRISK SELSKAB Regnskab for perioden 16.06.99 - 15.06.00

Indtægter

Kontingenter	262.800,00	
Renter og aktleudbytte	22,80	
Kontingenter	0,00	
Kontingenter	0,00	
Sponsor for årbog	8.000,00	
Ialt		270.822,80

Udgifter

Administration	-68.182,77	
Ordinære møder	-26.084,00	
Bestyrelsesmøder	-31.195,25	
Udvælgsmøder	-51.479,68	
Nordiske møder	-1.212,68	
Andre møder	-29.357,20	
Foreninger	-11.242,04	
Årbog	-82.563,75	
Gaver	-1.793,00	
Torben Iversens Fond	-25.030,00	
	0,00	
Ialt		-328.130,37

Efteruddannelseskursus	0,00	
Efteruddannelse - 1	0,00	
Efteruddannelse - 2	0,00	
Efteruddannelse - 3	0,00	
Ialt		0,00

Resultat -57.307,57

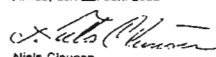
FORMUEBEVÆGELSE

Formue 16.06.99	304.704,50	
Resultat 99/00	-57.307,57	
Ændring i kursværdi af aktier	-1.203,50	
Formue 16.06.00		246.193,43

FORMUEPLACERING

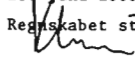
GiroBank 540-3308	0,00	
Den Danske Bank 3428019571	225.971,53	
Den Danske Bank 3635468378	0,00	
Aktier (kursværdi 31.12.99)	20.221,50	
Formue 16.06.00		246.193,03


Århus, den 22. Juni 2000


 Niels Clausen
 Kasserer

28. juni 2000

Regnskabet stemmer. Formuen til stede


 Finn Ursin Knudsen
 overlæge, dr. med.
 Børneafdeling L
 Amtssværet i Glostrup


 Sten Petersen
 overlæge, dr. med.
 Neonatalafd. GN
 Rigshospitalet

Bestyrelse, stående udvalg og repræsentanter pr. 15/9 2000

Bestyrelse

(vælges for 1 år, max. 6 år)
 Karen Taudorf (formand)
 Arne Høst (1999) (næstformand)
 Niels Clausen (kasserer)
 Bente Hansen (1998)
 Jes Reinholdt (videnskabelig sekretær)(1996)
 Thorkild Jacobsen (1998) (faglig sekretær)

Revisorer

(vælges for 1 år)
 Sten Petersen (1997)
 Finn Ursin Knudsen (1990)

Uddannelsesudvalget

(vælges for 3 år, max. 6 år)
 Mia Bjerager (1999)
 Klaus Børch (1998)
 Peder Daugbjerg (1997)
 Gorm Greisen (1996)
 Arne Høst (1998)
 Ida Marie Schmidt (1999)
 Jørn Müller (hovedkursusleder)(1998)

Allergologi- og pulmonologiuudvalget

(vælges for 3 år, max. 6 år)
 Lone Agertoft (1995)
 Lars G. Hansen (2000)
 Susanne Halken (1998)
 Inger Merete Jørgensen (1997)
 Kim G. Nielsen (1998)

Diagnoseudvalget

(vælges for 3 år, max. 6 år)
 Erik Arthur Andersen (1999)
 Niels Knabe (1998)
 Thomas Thelle (1998)

Endokrinologiuudvalget

(vælges for 3 år, max. 6 år)
 Niels Birkebæk (2000)
 Anders Juul (1998)
 Søren Krabbe (1998)
 Henrik Mortensen (2000)
 Jørn Müller (2000)

Gastroenterologi- og ernæringsudvalget

(vælges for 3 år, max. 6 år)
 Karsten Hjelt (1995)

Aksel Lange (1999)
 Christian Mølgaard (1997)
 Claus Møller (2000)
 Anders Pæregård (1995)

Hæmatologi- og onkologiuudvalget

(vælges for 3 år, max. 6 år)
 Niels Carlsen (1995)
 Henrik Hasle (1995)
 Catherine Rechnitzer (2000)
 Malgorzata P. Wason (1999)
 Erik Østergaard (1999)

Infektionsmedicinsk udvalg

(vælges for 3 år, max. 6 år)
 Birgitte Friis (1994/5)
 Carsten Heilmann (1994/5)
 Poul Erik Kofoed (1997)
 Bent Windelsborg Nielsen (1995)
 Niels Henrik Valerius (1994/5)

Kardiologiuudvalget

(vælges for 3 år, max. 6 år)
 Esther Garne (2000)
 Ove Ramsgaard Hansen (1996)
 Tim Jensen (2000)
 Bent Windelborg Nielsen (2000)
 Henrik Oshøj (2000)

Nefro- og urologiuudvalget

(vælges for 3 år, max. 6 år)
 Karen Vitting Andersen (1997)
 Dina Cortes (1998)
 Anita Hansen (1994, i 2000 genvalgt for yderligere ét år)
 Troels Munch Jørgensen (2000)
 Søren Rittig (2000)

Neonatologiuudvalget

(vælges for 3 år, max. 6 år)
 Steen Hertel (1998)
 Kjeld Johansen (1999)
 Jens Peter Nielsen (1999)
 Sten Petersen (1996)
 Cie Pryds (1998)

Neurologiuudvalget

(vælges for 3 år, max. 6 år)
 Bette Beck (1997)

Bestyrelse, stående udvalg og repræsentanter pr. 15/9 2000

Lissi Bank Lassen (1997)

Stense Farholt (1999)

Peter Uldall (1999)

John Østergaard (1999)

Screening- og genetikudvalget

(vælges for 3 år, max. 6 år)

Bente Beck (1998)

Inga Hjulær (1995)

Jørn Müller (1996)

Henrik Simonsen (1998)

Liselotte Skov (1999)

Socialpædiatrisk udvalg

(vælges for 3 år, max. 6 år)

Bente Hansen (1997)

Birgitte Marner (1997)

Bodil Moltesen (1998)

Hanne Nødgaard (1999)

Tony Olesen (1997)

Ungdomsmedicinsk udvalg

(vælges for 3 år, max. 6 år)

Jørn Henriksen (1998)

Thomas Hertel (1998)

Inger Leer (1995)

Birgitte Marner (1995)

Susanne Munck (1999)

IT-udvalg

(vælges for 3 år, max. 6 år)

Thomas Hertel (2000)

Niels Illum (2000)

Niels Knabe (2000)

Jens Peter Nielsen (2000)

Sten Petersen (2000)

Specialistnævnets tilforordnede 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 styrelse

Ole Andersen (2000)

Nordisk Pædiatrisk Forenings repræsentantskab (nedlagt)

Dansk Medicinsk Selskabs repræsentantskab

Mia Bjerager (2000)

Gorm Greisen (1997)

Jens Hertel (2000)

Birgitte Marner (1999)

Lene Lavard (1998)

CESP/UEMS

Arne Høst (1998)

Sundhedsstyrelsens vaccinationsudvalg

Carsten Heilmann (1995)

Freddy Karup Pedersen (1980)

Ammekomiteen

Finn Jonsbo (1994)

Inspektorer

(ikke generalforsamlingsvalgte)

Niels Christian Christensen

Karsten Hjelt

Knud William Kastrup

Erik Arthur Andersen

DRG-udvalg

(nedsat af bestyrelsen)

Ole Andersen

Susanne Halken

Jes Reinholdt

Tanja Pressler

Peter Uldall

Understregning = udvalgsformand

Kursiv = Medlem af FAYL

Meddelelser om fejl eller unøjagtigheder modtages med taknemmelighed, gerne på tjac@dadnet.dk

Kommissorium for de stående udvalg under Dansk Pædiatrisk Selskab

ASTMA og ALLERGOLOGIudvalg

Udvalget er et stående udvalg under DPS, jævnfør vedtægtemes § 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 bømecardiologi

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

Udvalget har 5 medlemmer.

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

DIAGNOSEudvalg

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

Udvalget skal

udarbejde og revidere den pædiatriske diagnoseliste, således at der sikres ensartet diagnoseregistrering. Diagnoselisten skal udarbejdes under hensyn til videst mulig overensstemmelse med internationale diagnoselister og efter anvisninger fra de nationale og 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 § 8.

Udvalget skal inden for neonatologi og perinatologi

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

Udvalget har 5 medlemmer.

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

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

NEUROPÆDIATRIudvalg

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

Udvalget skal inden for børneneurologi

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

Udvalget har 5 medlemmer.

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

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

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

Udvalget skal

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

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

Til udvalget kan benyttes særligt sagkyndige som associerede medlemmer.

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

UDDANNELSESudvalg

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

Udvalget skal lede 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 godkendte kurser, der indgår i den pædiatriske speciallægeuddannelse
- tilrettelægge den pædiatriske specialistuddannelse i samarbejde med speciallægenævnets tilfornede i pædiatri. Udvalget koordinerer speciallægeuddannelsen i pædiatri med efteruddannelsen og ekspertuddannelsen
- deltage i udarbejdelse af uddannelseskra v indenfor eventuelle ekspertområder
- arrangere efteruddannelseskurser sammen med andre af selskabets medlemmer evt. sammen med andre selskabers uddannelsesudvalg
- medvirke til at en systematisk efteruddannelse (Continuous Medical Education) etableres i dansk pædiatri

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

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

Udvalg for UNGDOMSMEDICIN

Udvalget er et stående udvalg under DPS, jævnfør vedtægternes § 8.
Udvalget skal inden for ungdomsmedicin

følge udviklingen nationalt og internationalt.

tage initiativ til udarbejdelse af fælles nationale retningslinier for visitation, diagnostik og behandling af unge i alderen 15-20 år.

- arbejde for oprettelse af ungdomsmedicinske enheder i tilslutning til pædiatriske afdelinger nationalt.
- vejlede bestyrelsen ved besvarelse af forespørgsler.
- vejlede bestyrelsen og uddannelsesudvalget vedrørende uddannelsesmæssige spørgsmål.

Udvalget har 5 medlemmer.

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

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

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

§ 1

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

§ 2

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

§ 3

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

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

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

§ 4

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

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

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

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

§ 5

Generalforsamlingen vælger:

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

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

§ 6

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

§ 7

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

§ 8

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

§9

- 9.1 Videnskabelige selskaber og 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 Foredrag antaget.
- 2 Foredrag eller poster tilmeldt.
- 3 Ansat i Danmark (hertil regnes dog også personer med midlertidig forsker- eller studieophold i udlandet).
- 4 Ansøgeren er medlem af DPS
- 5 Ansøgeren har ikke tidligere fået tildelt Torben Iversens rejselegat.