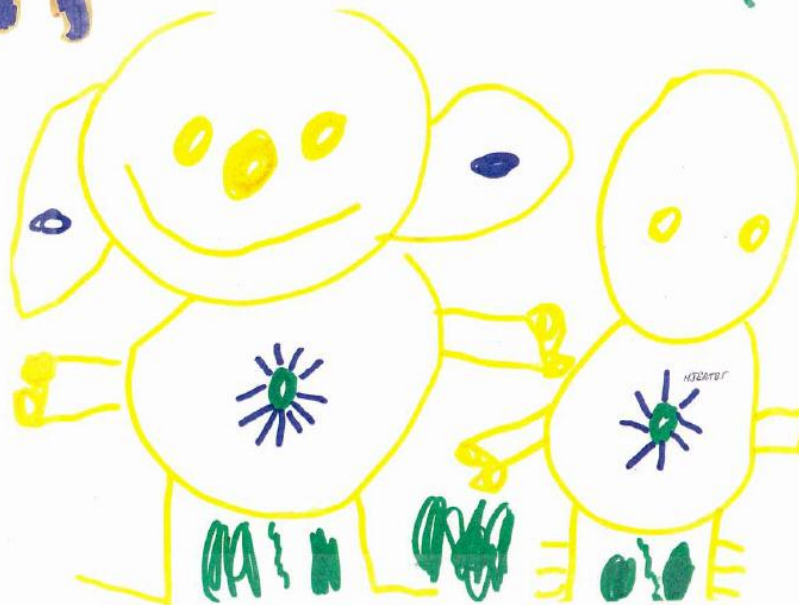
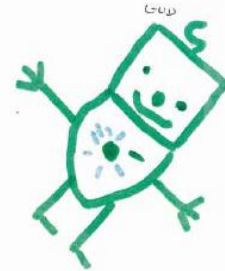




Modernisering
af specialet
PÆDIATRI



Juni 2006

Modernisering
af specialet
PÆDIATRI

Juni 2006

Indholdsfortegnelse

1. Udvalgets kommissorium og sammensætning.....	5
1.1. Baggrund og kommissorium.....	5
2. Sammenfatning	6
3. Beskrivelse af specialet	7
3.1. Historie og udviklingstendenser.....	7
3.1.1 Hvor er pædiatrien på vej hen – praksissektoren	9
3.2. Specialets organisering	10
3.3. Afgrænsning til sygehus, andre specialer og sektorer.....	11
4. Uddannelse.....	14
4.1. Uddannelse til speciallæge i pædiatri.....	14
4.2. Efteruddannelse.....	14
5. Beskrivelse af pædiatrisk speciallægepraksis	16
5.1. Indretning og organisering af pædiatrisk speciallægepraksis	16
5.1.1 Faktorer, der har medvirket til ændret indhold i konsultationerne.	16
5.2. Aktivitet i pædiatrisk speciallægepraksis.....	17
5.3. Visitation og henvisning	20
5.4. Særlige temaer.....	21
6. Ydelsesbeskrivelser.....	23
6.1. Konsultationsydelser	23
6.2. Tillægsydelser	23
6.3. Foreslåede nye ydelser	23
6.1. Eksisterende konsultationsydelser	24
6.2. Eksisterende tillægsydelser	30
6.3. Foreslåede nye ydelser	33
6.3.1. Nye konsultationsydelser	33
6.3.2. Nye tillægsydelser.....	35
6.3.2. Nye tillægsydelser.....	35
6.3.3. Nye laboratorieydelser	53
Bilag.....	57

1. Udvalgets kommissorium og sammensætning

1.1. Baggrund og kommissorium

Danske Børnelægers Organisation (DBO) har i februar 2005 fremsendt et ønske om faglig modernisering af pædiatrisk speciallægepraksis. På den baggrund besluttede Moderniseringsudvalget på speciallægeområdet på et møde den 8. marts 2005 at nedsætte en arbejdsgruppe med henblik på at gennemføre en modernisering af specialet.

Arbejdsgruppens skal:

- Beskrive og vurdere hvorledes en faglig modernisering af specialet kan gennemføres umiddelbart og på længere sigt.
- Beskrive specialet pædiatri.
- Beskrive og vurdere mulighederne for indførelse af nye ydelser.
- Beskrive og vurdere apparatmæssige muligheder i pædiatrisk speciallægepraksis.
- Beskrive hvilke faglige, organisatoriske og økonomiske konsekvenser en modernisering vil indebære.
- Beskrive specialets sammenhæng med det øvrige sundhedsvæsen, herunder sygehusvæsenet og speciallægepraksis inden for andre specialer – herunder også almen praksis.
- Beskrive og vurdere kvalitetssikring i pædiatrisk speciallægepraksis.

Arbejdsgruppen har haft følgende sammensætning:

Fra Foreningen af Speciallæger:

Praktiserende speciallæge, Jesper Michael Nielsen, formand for Danske Børnelægers Organisation
Praktiserende speciallæge Ulla Steenholt Bagger, medlem af Danske Børnelægers Organisation, udpeget som repræsentant af forhandlingsgruppen
Praktiserende speciallæge Suzan Lenz, medlem af bestyrelsen i Foreningen af Praktiserende Speciallæger
Seniorkonsulent Dinna Søndergaard

Fra Sygesikringens Forhandlingsudvalg:

Ledende overlæge Jan Færk, Børneafdelingen Holbæk Sygehus
Ledende overlæge Karsten Hjelt, Børneafdelingen Glostrup og Amager Hospital
Sygesikringsleder Bodil Vestergaard, Københavns Amt
Konsulent Lisbet P. Andersen, Amtsrådsforeningen (sekretær)

Fra Sundhedsstyrelsen:

Afdelingslæge Hanne Christensen

Fra Indenrigs- og sundhedsministeriet:

Specialkonsulent Tobias Neergaard

Der har været afholdt 6 møder i perioden august 2005 – maj 2006

Forsidens tegninger er udlånt af Ulla Steenholt Bagger.

2. Sammenfatning

Arbejdsgruppen har, jf. kommissoriet, beskrevet specialet pædiatri i speciallægepraksis – herunder apparatmæssige muligheder. Endvidere har arbejdsgruppen beskrevet samarbejdsrelationer og grænseflader mellem pædiatrisk speciallægepraksis og relevante samarbejdsparter i henholdsvis sekundær sektor, praksissektoren i øvrigt samt den kommunale sektor.

I nærværende rapport foreligger en beskrivelse og vurdering af mulighederne for en faglig modernisering med forslag til indførelse af konkrete nye ydelser samt nogle udviklingsmuligheder på lidt længere sigt. I arbejdet med beskrivelsen af de enkelte ydelser – hvor også allerede eksisterende ydelser er beskrevet – indgår ligeledes en beskrivelse og vurdering af kvalitetssikring i pædiatrisk praksis, hvor dette er fundet fagligt relevant.

Endvidere foreligger en beskrivelse af, hvilke faglige, organisatoriske og økonomiske konsekvenser en modernisering vil indebære. I denne sammenhæng bemærkes, at de foreslåede honorarer alene er foreslået af Danske Børnelægers Organisation. Mere generelle betragtninger vedrørende tidsforbrug, apparatur mv. i relation til ydelsesbeskrivelserne og mere generelt i rapporten har været drøftet i arbejdsgruppen.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at arbejdet med børn i praksis generelt kræver mere tid i konsultationen, end tilsvarende arbejde med udredning og behandling af voksne. Dette kan blandt andet begrundes i øgede krav til kommunikation og pædagogisk information samt hensynet til en anderledes samarbejdsevne og – vilje hos børn.

Arbejdsgruppen anbefaler på baggrund af den faglige udredning, at der indføres en række nye ydelser. De foreslåede ydelser er nærmere beskrevet i rapportens kapitel 6 under afsnit 6.3. Der er forslag til både nye konsultationsydelser, nye tillæggydelser samt nye laboratorieydelser. En af de foreslåede nye ydelser – allergivaccination – kræver, at den gældende limitering på 6 konsultationer pr. henvisning ophæves.

Af hensyn til en smidig og hurtig udredning og behandling anbefaler arbejdsgruppen, at praktiserende speciallæger i pædiatri får mulighed for at henvise en patient til praktiserende speciallæge indenfor dermatologi og ortopædkirurgi. En sådan viderehenvvisning skal ske på baggrund af den oprindelige henvisning og må ikke vedrøre nye problemstillinger. Endvidere skal speciallægen i pædiatri informere henvisende læge om at viderehenvvisning har fundet sted.

Der er enighed i arbejdsgruppen om de anførte anbefalinger.

3. Beskrivelse af specialet

3.1. Historie og udviklingstendenser

Betegnelsen pædiatri er afledt af det græske pais=barn og iatrike=lægekunst. Indtil det 19. århundrede var det stort set kun gynækologer og fødselslæger, der beskæftigede sig med sygdomme hos børn, og deres interesse og erfaringer koncentrerede sig naturligt om de nyfødte og spædbørnene.

Oprettelsen af børnehospitaler i løbet af det 19. århundrede førte til, at pædiatri udvikledes til og efterhånden også anerkendtes som et selvstændigt lægeligt specialområde. Det første børnehospital "Hôpital des Enfants malades", som blev oprettet i Paris i 1802, var i mange år det pædiatriske centrum. I løbet af 1830'erne oprettedes børnehospitaler i flere europæiske byer. I København indviedes i 1850 det lille private Børnehospitalet i Rigensgade, som i 1879 afløstes af Dronning Louises Børnehospital.

Pædiatri er et aldersdefineret og ikke et organdefineret speciale, der omfatter børn fra fødsel til overstået pubertet i ca. 15 års alderen. Udviklingen går mod generelt at inddrage ungdomsperioden frem til 20 års alderen, hvilket allerede er sket indenfor en række fagområder. Pædiatri omfatter undersøgelse, behandling, pleje og opfølgning af medfødte og erhvervede sygdomme og afvigelser fra normal funktion i barnealderen, samt forebyggelse af sygdom og funktionsforstyrrelser, rådgivning vedrørende børns psykiske og fysiske udvikling.

Børn kan i sygdomsmæssig henseende ikke blot opfattes som små voksne. Det forhold, at de såvel psykisk som legemligt hele tiden er i udvikling og vækst, deres forskellige muligheder for indlevelse i og forståelse af, hvad sygdom og behandling betyder, samt det forhold, at en lang række sygdomme udelukkende eller helt overvejende ses hos børn, betyder, at der er brug for særligt uddannet personale til at udrede og behandle børn. Det betyder også, at en konsultation i pædiatripraksis tager forholdsvis lang tid, sammenlignet med andre specialer, da speciallægen må bruge tid på at få en anamneseoptagelse og informere om sygdom og behandling til såvel forældre, samt til børn på forskellige alderstrin. Information må gives på forskellige plan for at fremme forståelsen.

Traditionelt har pædiatri som lægeligt speciale overvejende været udført gennem sygehusambulatorier, via praktiserende læger og skolelæger. I modsætning til f.eks. specialet dermatologi, hvor hovedparten af undersøgelserne og behandlingerne i dag foretages af praktiserende speciallæger. Gennem de seneste 2-3 år er der sket en betydelig udskiftning blandt praktiserende speciallæger i pædiatri. Dette giver øgede muligheder for ændringer i arbejdsfordelingen, som tilgodeser en optimal udnyttelse af kapacitet og ressourcer til gavn for patienterne.

Senere i rapporten vises, at fordelingen af praktiserende speciallæger på landsplan er uens. En øgning i antallet af praktiserende speciallæger ville i højere grad kunne sikre, at patientgrupper, som er egnede til udredning og behandling i speciallægepraksis, rent faktisk behandles i praksis, og ikke unødigt belaster hospitalssektoren.

Pædiatri er et meget bredt speciale, da det som tidligere nævnt ikke er organdefineret, men aldersdefineret. Det medfører, at mange patientgrupper egner sig til udredning og behandling i pædiatrisk speciallægepraksis. Nedenfor er oplistet en lang række forskellige sygdomsområder, som praktiserende speciallæger i pædiatri varetager selv og/eller i samarbejde med sygehusafdelinger under hensyntagen til sygdommens art og karakter.

- Allergi og luftvejssymptomer, dvs. høfeber, astma, astmatisk bronchitis (en tilstand med astmatisk vejrtrækning udløst af luftvejsinfektioner hos børn under 3 år), atopisk eksem, samt fødevareallergi.
- Mavetarmsygdomme. Omfatter kroniske tilstande som forstoppelse, reflux, kroniske mavesmerter, glutenallergi, lactasemangel, ernærings- og spiseproblemer.
- Inkontinens for urin og afføring.
- Gentagne urinvejsinfektioner
- Vækst- og pubertetsforstyrrelser (for tidlig eller for sent indsættende pubertet).
- Kronisk hovedpine
- Vurdering af børn med forsinket psykomotorisk udvikling
- Recidiverende (gentagne) infektioner
- Fedme
- Skæve kranier
- Neurologiske sygdomme, som f.eks. epilepsi, cerebral parese, mental retardering, kromosomsygdomme og syndromer.
- Gigtssygdomme
- Mislid ved hjertet
- Muskel- og ledsygdomme
- Adfærdsproblemer, herunder børn med ADHD og Tourettes syndrom
- Spiseforstyrrelser
- Benigne blodsygdomme

Gennem de sidste mange år har der været en kraftig øgning i antallet af patienter med allergi. Allergisk slimhindsygdom rammer 10-15 % af børn. Atopisk eksem ses hos ca. 15%. Astma rammer 7-10% af børn. Astma er en kronisk sygdom, der ofte fører til behov for daglig medicinering og tæt ambulant kontrol. Det har betydet længere ventetid til behandling, men også mange nye behandlingstilbud. Allergi er et område, der fylder meget i pædiatrisk speciallægepraksis. Som en følge heraf har pædiatrispecialisten haft en mindre delmodernisering i 2000, hvor ydelserne lungefunktionsundersøgelse med og uden reversibilitetstest blev indført som almindelige ydelser i ydelsessortimentet. Således er samtlige tillægsydelser inden for specialisten i dag ydelser, der knytter sig til udredning og behandling af allergiske symptomer.

Børn, som udredes i speciallægepraksis, har haft symptomer igennem lang tid, ofte måneder, og en konsultation i udredningsfasen kan være ret omfattende. Udover en grundig anamneseoptagelse, omfatter en 1. konsultation altid en fuldstændig objektiv undersøgelse med barnet afklædt, inkl. vægt- og højdemåling. Det kan være en kunst at få lov at måle og veje et 2 år gammelt barn, som ikke ønsker at stå på vægten. I bilag 1-4 gennemgås 4 forskellige patientforløb.

Igennem de senere år har der været en udvikling i mulighederne for - via blodprøver - tidligt i et sygdomsforløb at diagnosticere sygdomme, som tidligere krævede indlæggelse med henblik på undersøgelse. De nye muligheder kan spare sygehusafdelinger for tidskrævende udredninger og

patienter for forsinkelser i det diagnostiske forløb (som et eksempel kan nævnes cøliaki - glutenintolerans)

Ligeledes muliggør udviklingen i den medicinske teknologi, at der i dag i speciallægepraksis kan foretages avancerede undersøgelser, som tidligere var forbeholdt specialiserede sygehusafdelinger. Det ændrer ved den traditionelle forestilling om pædiatri, hvor ydelserne hidtil har været baseret på, at der var tale om et ikke apparat-tungt speciale. Omkostninger til den daglige drift er steget i takt med disse ændringer (lungefunktionsmålingsudstyr, provokationsundersøgelse med for eksempel metacholin og fødevarer, anstrengelsesprovokation på løbebånd, inhalationsbehandling m.v.) .

Det ændrede familiemønster med få søskende, udearbejdende forældre og ophold mange timer i daginstitution (eller anden pasningsordning) kan betyde, at mange forældre mangler erfaring for at kunne takle problemer hos deres børn. Det kan f.eks. være stress, hovedpine, ondt i maven, urenlighed med vandladning og afføring. Da disse problemer er multifaktorielle og ofte vanskelige at afdække, kan det betyde et øget pres på sundhedsvæsenet. Disse familier er relativt nemme at hjælpe, men det er tidsmæssigt ressourcekrævende at synliggøre og afdække deres problemer. Sygehusambulatorierne er ikke rettet mod disse patientgrupper, men der er mange speciallægepraksis i pædiatri, som med en justering af ydelsessortimentet vil kunne yde et væsentligt bidrag i forbindelse med hjælp til disse patientgrupper.

Der er efterhånden mange forandringer i hverdagen for de praktiserende speciallæger i pædiatri, som medfører en anderledes arbejdssituation med mange nye krav til ydelser overfor samarbejdspartnere og patienter. Der er derfor nu behov for en grundig faglig gennemgang af specialet, der ikke har været moderniseret i praksissektoren i mange år.

3.1.1 Hvor er pædiatrien på vej hen – praksissektoren

Børn med adfærdsforstyrrelser som f.eks. hyperaktivitet og overvægtige børn er et stadigt stigende fænomen. Behovet for udbredelse af kendskab til disse tilstande og etablering af evidensbaserede behandlingstilbud har fået stor opmærksomhed i de senere år. Sygehusambulatorierne er ikke rettet ind mod disse patientgrupper, men der er mange speciallægepraksis i pædiatri, som med en justering af ydelsessystemet vil kunne yde et væsentlig bidrag til at hjælpe disse patientgrupper. Overvægt hos børn og børn med adfærdsmæssige problemer er uddybet i kapitel 5.4.

Der foregår en konstant udvikling i de diagnostiske muligheder blandt andet indenfor astma og allergi. Teknologiske fremskridt i forhold til måling af lungefunktion hos småbørn er et potentielt udviklingsområde, som ville kunne implementeres i speciallægepraksis. Her tænkes blandt andet på Body-boks og NO-måling.

Endvidere kan der peges på, at praktiserende speciallæger i pædiatri har kompetencer, der kan være relevante at anvende i det kommende samarbejde mellem regioner og kommuner. Det kan f.eks. være i relation til at deltage i initiativer vedrørende etablering af astmaskoler og forebyggelse af fedme.

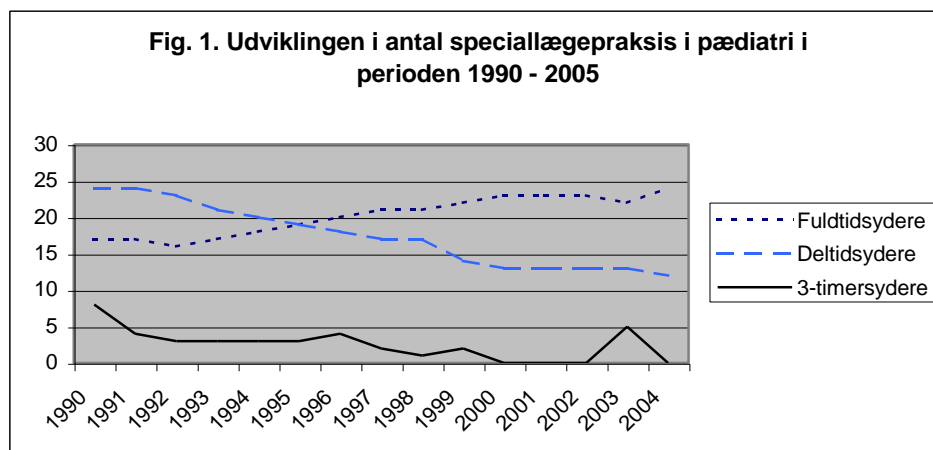
En stor del af de pædiatriske patienter, der ses i praksis, udgør problemstillinger, man ikke altid ser i sygehuset. Der bør derfor arbejdes på, at give yngre læger mulighed for at gennemføre et kortere forløb af deres uddannelse til speciallæge i pædiatri i en pædiatrisk speciallægepraksis. Der bør således skabes mulighed for, at praktiserende speciallæger i pædiatri fungerer som tutorer for yngre læger, på tilsvarende vis som der i dag er mulighed for i specialerne otologi, oftalmologi og

dermatologi. På sigt kan der også arbejdes på, at speciallægepraksis deltager i uddannelsen af andet sundhedspersonale.

3.2. Specialets organisering

I sygehusregi varetages pædiatri på basisniveau i alle amter undtagen på Bornholm. Der findes 6 lands- og landsdelsafdelinger (Rigshospitalet, KKH Hvidovre, KAS Glostrup, OUH, Skejby Sygehus samt Ålborg Sygehus), og herudover er der lands- og landsdelsfunktion ved Epilepsihospitalet i Dianalund og John F. Kennedy Institutet (blandt andet PKU samt enkelte genetiske sygdomme).

Stadigt flere patienter (og deres forældre) udtrykker ønske om nærhed, kontinuitet i behandlingen og mulighed for selv at vælge behandlingssted. Dette kan tilgodeses i speciallægepraksis, hvor den samme speciallæge følger familien gennem udredning og behandlingsforløb. Nedenfor i figur 1 ses udviklingen i antallet af speciallægepraksis inden for det pædiatriske speciale. Det ses, at antallet af fuldtidspraksis er steget siden 1990, mens antallet af deltidspædiatri og 3-timerspraksis er faldet.



Kilde: Sygesikringen

Der er på landsplan stor forskel på udbredelsen af praktiserende pædiatere samt i opbygningen af de enkelte speciallægepraksis i pædiatri. Nedenfor i tabel 1 ses en oversigt over antallet og fordelingen af de eksisterende pædiatriske speciallægepraksis i de enkelte regioner.

Tabel 1. Geografisk fordeling af fuldtids, deltids og 3-timersydere pr. 2004

Region	Fuldtidsydere	Deltidsydere	3-timersydere	Børn under 16 år pr praktiserende pædiater ¹
Hovedstaden	7 ²	12	0	28.130 ³
Sjælland	5	0	0	32.475,2
Syddanmark	3	0	0	80.696
Midtjylland	5 ⁴	0	0	50.739
Nordjylland	4	0	0	28.841,8
I alt / gennemsnit	24	12	0	38.677

Kilde: Sygesikringen

¹ Antal børn pr. 1. januar 2005

² Heraf 1 på Bornholm

³ Deltidsydere er omregnet til fuldtidsydere således, at 3 deltidspædiatere er lig med en fuldtidsyder.

⁴ De to praksis i det tidligere Vejle Amt er begge beliggende i Horsens, og hører således til den kommende region Midtjylland.

3.3. Afgrænsning til sygehus, andre specialer og sektorer

Som aldersdefineret speciale, har pædiatrien mange og forskellige samarbejdsflader.

Det betyder, at pædiatri er et meget bredt fag, der kræver tæt samarbejde med mange andre lægelige specialer og sundhedsprofessioner, med pædiatriske afdelinger samt med amtslige og kommunale instanser. De fleste funktioner inden for pædiatri varetages således i tværfagligt samarbejde med andre sundhedsprofessioner. Den pædiatriske speciallæge har i den forbindelse en central koordinerende rolle.

Samarbejdsrelationer omfatter bl.a.:

- Almen praksis (som er den henvisende instans, der kender barn og forældre, og som senere skal overtage den videre behandling)
- Pædiatriske sygehusafdelinger
- Andre praktiserende speciallæger (f.eks. dermatolog, oftalmolog, otolog)
- Andre sygehusspecialer (f.eks. børneortopædkirurgi, børneurologi, børnekardiologi, kirurgisk gastroenterologi, radiologi)
- Børne- og ungdomspsykiatere i praksis og på sygehus
- Diætister
- Fysioterapeuter med særlig kompetence indenfor børneområdet
- Ergoterapeuter
- Sundhedsplejersker
- Børn- og Ungelæger
- Øvrige kommunale samarbejdsparter
 - Kommunale sagsbehandlere
 - Pædagogisk Psykologisk Rådgivning i kommunen (PPR), inkl. talepædagoger
 - Pædagoger i institutioner
 - Skolelærere
- Tandlæger
- Andre

Ad almen praksis

Egen læge har ved henvisning f.eks. anmodet om hjælp til at stille en diagnose, og når behandling er sat i værk, kan den videre kontrol i nogle tilfælde foregå i almen praksis. I andre tilfælde anmodes via henvisning om monitorering af iværksat behandling.

Ad pædiatriske sygehusafdelinger

I forbindelse med udredning af forskellige sygdomme, kan der være visse undersøgelser, som bedst egner sig til at blive udført på en sygehusafdeling. Det kan f.eks. være en lumbalpunktur ved mistanke om neuroborreliosis, en stimulationstest ved mistanke om væksthormonmangel, og visse fødevareprovokationer, hvor barnet ved indtagelse tidligere har reageret med alvorlige, livstruende symptomer. I henhold til Sundhedsstyrelsens specialevejledning⁵ varetager pædiatrisk speciallægepraksis ambulans pædiatri inden for basale funktionsområder undtagen neonatologi. De allergiske lidelser indgår med stor vægt, og der er ligeledes stor aktivitet vedrørende infektioner, neurologiske og endokrinologiske lidelser.

⁵ Sundhedsstyrelsens vejledning vedrørende specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet, Sundhedsstyrelsen 2001, side 128.

Der findes på landsplan flere eksempler på hvordan samarbejdet mellem praktiserende pædiatere og børneafdelinger er organiseret. Temaer for samarbejdet er blandt andet udvikling af kliniske retningslinier for behandling, udarbejdelse af entydige visitationsregler, fælles uddannelsesaktiviteter og deltagelse i konferencer.

Ad andre praktiserende speciallæger

Mange børn som udredes for hovedpine, skal ses af en øjenlæge. Børn med f.eks. gigtsygdomme, Downs syndrom og Mb. Recklinghausen skal med faste intervaller ses af en øjenlæge. Øjenlægen sender epikrise til pædiateren. Nogle børn med gentagne mellemørebetændelser bør udredes for immundefekt. Ørelægen anmoder om, at en pædiater tager sig af den del af problemstillingen. Omkring børn med astma, astmaeksem og høfeber, kan der være et samarbejde med hudlægen, som oftest kun tager sig af hudproblemerne, mens pædiateren ser mere bredt på problemstillingen.

Ad andre sygehusspecialer

Børn kan henvises til en tyndtarmsbiopsi ved mistanke om cøliaki. Barnet er ofte indlagt kortvarigt på pædiatrisk afdeling, men det kan være organkirurgerne, som laver biopsien. Det kan også dreje sig om børn henvist til røntgenafd. til MR-scanning af hjernen som led i udredning af mental retardering. De mindre børn skal have undersøgelsen lavet i fuld anæstesi, hvilket kræver et samarbejde med anæstesiologerne, som kan anmode om kopi af journal, barnets vægt m.m.

Ad børne- og ungdomspsykiatere

På nuværende tidspunkt har praktiserende speciallæger i pædiatri ikke mulighed for at henvise til praktiserende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri, men kun til en afdeling på sygehusene. Det medfører at man via sine korrespondancer med de praktiserende læger, må henstille/tilråde at de henviser patienten til videre undersøgelse og behandling. Mange behandlingsforløb er velegnede til at blive behandlet af de praktiserende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri, men forløb som kræver observation af længere varighed kan selvfølgelig bedst udføres på sygehus afdeling. I henhold til sundhedsstyrelsens retningslinier skal man også være speciallæge i børnepsykiatri for at diagnosticere og behandle børn med OCD og depressioner medikamentelt.

Ad Diætister

Som led i behandlingen af visse patientgrupper, er det meget givtigt at have et godt samarbejde med en diætist, som har erfaring indenfor børneområdet. Det kan dreje sig om overvægtige børn (og deres familie), børn med fødevarerallergi, børn med cøliaki, børn i dårlig trivsel og ernæringstilstand, børn med diarre eller forstoppelse og børn med spiseforstyrrelser. Den praktiserende pædiater må ofte henvise via pædiatrisk sygehusafdeling til en diætist, hvilket kræver, at familien først skal til samtale med en pædiater på afdelingen, selvom barnet allerede er set af en speciallæge. Dernæst skal familierne komme en anden dag til samtale med diætisten.

Enkelte praktiserende pædiatere har aftale med en lokal diætist, som kommer som konsulent i praksis, for at lette proceduren for familien. Diætisten melder tilbage til den henvisende læge, hvilke tiltag, der kostmæssigt er sat i værk.

Denne form for samarbejde vil formentlig blive en mere naturlig del af langt de fleste speciallæge praksis.

Ad Fysioterapeuter med særlig kompetence indenfor børneområdet

Børnefysioterapeuter kan være behjælpelige med at undersøge og rådgive familier og institution (f.eks. børnehaver og dagplejer) om stimulering af et barn med motoriske problemer, børn med skæve kranier, og børn med torticollis.

Ad Ergoterapeuter

Ergoterapeuter kan vejlede omkring hjælpemidler i skolen til f.eks. børn med gigtsygdomme, børn med finmotoriske problemer, børn med pareser osv. De melder tilbage til den praktiserende pædiater, hvilke tiltag, som gennemføres.

Ad Sundhedsplejersker

Sundhedsplejersker kan f.eks. inddrages omkring udredningen af børn i dårlig trivsel, småbørn med spiseproblemer og søvnproblemer. Mange af disse børn henvises til speciallæger, fordi sundhedsplejersken overfor den praktiserende læge har udtrykt bekymring for barnets udvikling.

Ad Børn- og Ungelæger

Børn- og Ungelæger kan henvises til praktiserende pædiater. Det kan f.eks. dreje sig om børn med hjertemislyd, manglende nedsynkning af testes og børn med spiseproblemer.

Ad øvrige kommunale samarbejdspartnere

Der kan i forbindelse med udredning og behandling være et behov for samarbejde med en række forskellige kommunale samarbejdspartnere i relation til f.eks. børn, som har problemer med psykomotorisk udvikling, sprogudvikling og/eller adfærd. Ofte består kontakten i, at der indhentes udtalelser fra PPR, lærere eller pædagoger for at få barnets kompetencer beskrevet. Kontakt til sagsbehandler i kommunen kan være aktuel, hvis der anmodes om f.eks. ridefysioterapi, tilskud til specialsko el. lign. Der kan endvidere være tale om deltagelse i tværfaglige møder.

Ad Tandlæger

Børn med f.eks. leddegigt, kraniedeformiteter og børn med læbe-ganespalte følges jævnligt af specialtandlæger. Her foregår samarbejdet primært ved udveksling af undersøgelsesresultater og epikriser.

Ad andre

I konkrete situationer kan der være behov for at samarbejde med forskellige specialteams enten lokaltbaserede eller nationale vidensfora. Som eksempler herpå kan nævnes ”Center for sjældne handicaps” og ”Det kraniofaciale team”. Der vil også af og til være behov for samarbejde med kiropraktorer.

4. Uddannelse

4.1. Uddannelse til speciallæge i pædiatri

Uddannelsen til speciallæge i pædiatri er beskrevet i Bekendtgørelse om uddannelse af speciallæger, BEK nr. 660 af 10-07-2003. Målbeskrivelsen for uddannelse til speciallæge i pædiatri angiver de teoretiske og praktisk-kliniske kompetencer, som kræves for at opnå tilladelse til at betegne sig som speciallæge i pædiatri. Målbeskrivelsen er udarbejdet og godkendt af Sundhedsstyrelsen og kan findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside på adressen: http://www.sst.dk/publ/div/Maalbesk_pdf/Paediatri_0204_101.pdf

Af målbeskrivelsen for det pædiatriske speciale fremgår følgende under afsnit 1.4 på side 6:

”Uddannelsen har en samlet varighed af 60 mdr. (heraf 48 mdr. hoveduddannelse) og herefter er der mulighed for en personlig profilering. Denne faglige profilering bør være struktureret for at sikre et ensartet højt kompetenceniveau.

Efter endt turnusuddannelse indledes speciallægeuddannelsen med en ét-årig introduktionsstilling. Lægen er her ansat som reservelæge ved en afdeling med en betydelig almen pædiatrisk funktion. Under ansættelsen gennemgår lægen et teoretisk undervisningsforløb – gerne fælles for alle introduktionslæger i regionen.

Herefter følger hoveduddannelsen, hvor lægen er ansat ved en pædiatrisk afdeling med betydelig almen pædiatrisk funktion (FBE). I løbet af uddannelsesstillingen vil lægen have mindst et års ansættelse ved en lands-landsdelsafdeling med henblik på oplæring i de pædiatriske subspecialer, der ikke findes på FBE.

I løbet af uddannelsen er der et forskningsmodul.

I løbet af hele uddannelsesforløbet vil lægen skulle deltage i dels generelle tværfaglige dels specialespecifikke teoretiske kurser.”

4.2. Efteruddannelse

For tiden findes der ikke formaliserede krav om efteruddannelse for speciallæger. Der er mulighed for refusion fra Fonden for Faglig udvikling for deltagelse i efteruddannelse p.t. 7 dage om året. Ansatte overlæger har mulighed for at efteruddanne sig 10 dage om året.

For at opnå refusion fra fonden samt godkendelse af CME point, kræves at kursets faglige indhold er vurderet og godkendt af Dansk Pædiatrisk Selskab. Dette er med til at kvalitetssikre det faglige niveau.

Nedenfor i tabel 2 ses en oversigt over, i hvor høj grad de praktiserende speciallæger i pædiatri udnytter deres adgang til økonomiske kompensation efter de regler, der er fastsat i speciallægeoverenskomsten mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Foreningen af Speciallæger.

Tabel 2. Forbrug af Fonden for faglig udvikling af speciallægepraksis

År	2003	2004	2005
Indbetalinger	383.377	383.818	442.576
Forbrug	384.648	424.496	252.702
%	100%	111%	57%

Kilde: Foreningen af Speciallæger, statistik på udbetalinger fra Fonden for faglig udvikling af speciallægepraksis

Det ses, at de praktiserende speciallæger i pædiatri udnytter deres muligheder for efteruddannelse fuldt ud. Beløbet for 2005 forventes at være højere, idet udbetaling kan ske indtil 2 år efter afholdt aktivitet.

Ovenstående er dog på ingen måde et udtryk for den samlede efteruddannelse, som praktiserende børnelæger gennemfører. Faglig opdatering foregår også ved deltagelse i kurser og kongresser som ligger udover de 7 dage og ved deltagelse i tværfaglige møder på sygehuse. Der er således ønske om på sigt at få bedre forhold og anerkendelse for deres deltagelse i efteruddannelse.

5. Beskrivelse af pædiatrisk speciallægepraksis

5.1. Indretning og organisering af pædiatrisk speciallægepraksis

Flere steder i landet er der nu samlet to eller flere speciallæger under ”et tag”, og det medfører bedre muligheder for anskaffelser af dyrt udstyr og brug af hjælpepersonale. Dette giver gode muligheder for at flytte undersøgelser og udredninger fra sygehussektoren og ud i speciallægepraksis.

I forhold til en hensigtsmæssig indretning af praksis bør der tænkes i, at patientklientellet er børn. En pædiatrisk praksis bør således være indrettet børnevenligt og med faciliteter, der så vidt de fysiske rammer tillader det, giver gode muligheder for at kunne observere barnet i fri udfoldelse. Der kan hentes megen oplysning om motorik og kompetencer ved at have plads til fysisk bevægelse. Det er dog også vigtigt at holde sig for øje, at der er en stor aldersspredning i patientklientellet. Dette stiller særlige krav til forskellige tilbud til møblement og muligheder for adspredelse i venteværelset i forhold til om det er småbørn eller teenagere.

Ved langt de fleste konsultationer er begge forældre og meget ofte søskende tilstede. Det er nødvendigt, at begge forældre modtager information om udredning og behandling og instrueres og involveres i hjemmeobservationer og/eller behandling. Med ændrede familiemønstre og delte/sammenbragte/flerkulturelle familier stiller dette ekstra krav til information, kommunikation og koordinering. Hvis et barn har to familier eller skal trives i flere kulturelle sammenhænge, skal det sikres, at der er samarbejde og fælles forståelse om igangværende behandling. Dette kan af og til betyde, at der må bruges ekstra tid f.eks. i form af en ekstra konsultation for at informere den forældre, som barnet ikke bor hos fast.

Børn er ikke altid lige interesserede i og motiverede for at blive undersøgt, og det kan kræve både tid og diplomati, at få gennemført en god klinisk undersøgelse. Voksne patienter kan som regel overskue konsekvenserne af en undersøgelse eller behandling, og kan efter almindelig information samarbejde. Dette kan ikke uden videre forventes af børn. Instruks af børn i de forskellige undersøgelser, som kræver aktiv deltagelse, er således generelt tidskrævende. Børn skal lokkes og motiveres, provokeres og drilles, og instruktion må ofte gentages flere gange, ligesom der tit må flere forsøg til, for at få udført en tilfredsstillende undersøgelse.

Når man har med børn at gøre, må man ligeledes acceptere afbrydelser i en helt anden udstrækning, end det gør sig gældende med voksne patienter. Mindre børn kan f.eks. have behov for at komme på toilettet eller få skiftet ble midt i et konsultationsforløb, og det forlænger konsultationen.

5.1.1 Faktorer, der har medvirket til ændret indhold i konsultationerne.

1. Antallet af konsultationer med tværkulturelle samtaler er mærkbart stigende og har medført, at der anvendes væsentligt længere tid til konsultationerne blandt andet som følge af anvendelsen af tolk. Endvidere bevirker ændrede familiemønstre, at der skal kommunikeres med flere pårørende end tidligere.

2. Kvalitetssikringskrav har medført at information må gentages flere gange og med forskellig indfaldsvinkel for at instruktioner kan forstås.

3. I højere grad end tidligere benyttes visuelle informationsmetoder, og demonstration og afprøvning af f.eks. inhalationsdevice sammen med patienterne er blevet en væsentlig del af konsultationen.

4. Der er kommet langt flere behandlingsmetoder og interventionsmuligheder som kræver mere forklaring om virkningsmåde og evt. bivirkninger ved medicin.

5. Ændringerne i pædiatrisk speciallægepraksis har bevirket, at der er kommet klarere retningslinier for samarbejdet mellem praktiserende læger, sygehuse osv. Det har medført at en hel naturlig del af en konsultation omfatter udarbejdelse af skriftlige behandlingsplaner.

6. Forældres krav om information omkring undersøgelsen og behandlingsprogram er øget voldsomt. Praktiserende speciallæger skal endvidere forholde sig til et stadigt større krav om detaljeret information om sygdom og behandling, idet forældre ofte er velinformede og forventer, at speciallægen forholder sig til artikler fra internettet, ugeblade, aviser og udtalelser og behandlingsmetoder fra alternative behandlere.

Ovennævnte faktorer har alle været med til at ændre indholdet af de pædiatriske konsultationer, hvilket medfører øgede forventninger til speciallægens deltagelse.

5.2. Aktivitet i pædiatrisk speciallægepraksis

Nedenfor i tabel 3 vises udviklingen i antallet af konsultationsydelser i perioden 2000 – 2005. Samlet har der været en vækst på 34,0 pct. i antallet af konsultationer.

Tabel 3. Udviklingen i antallet af konsultationsydelser

Yd.nr.	Yd.navn	2000	2001	2002	2003	2004	2005	vækst i pct.
0110	1. konsultation	17.782	18.224	19.080	20.075	18.793	19.554	10,0
0120	2. konsultation	11.525	11.970	12.581	13.155	12.698	12.946	12,3
0130	Senere kons.	16.569	17.661	21.314	25.465	25.978	30.273	82,7
0201	Telefonkons	21.036	22.414	23.051	25.386	23.920	26.900	27,9
i alt		66.912	70.269	76.026	84.081	81.389	89.673	34,0

Kilde: Sygesikringen

Den største vækst, 82,7 pct., har der været i antallet af senere konsultationer. Denne udvikling indikerer, at de enkelte patientforløb er blevet længere. Der er dog en lille stigning i antallet af 1. konsultationer, der ikke efterfølges af 2. konsultation. Dette tal var 64,8 pct. i 2000 og 66,2 pct. i 2005. Forholdet mellem 1. konsultationer og 2. konsultationer viser sig at være rimelig konstant i perioden. Således er der i snit ca. 0,7 2. konsultationer pr. 1. konsultation. Derimod ses en stigning i antallet af senere konsultationer pr. 2. konsultation – nemlig fra 1,4 i 2000 til 2,3 i 2005. Antallet af telefonkonsultationer pr. 1. konsultation er rimeligt konstant i perioden. (1,2 i 2000 stigende til 1,4 i 2005).

Nedenfor i tabel 4 ses udviklingen i antallet af tillægssydelser i perioden 2000 – 2005. Det ses, at der har været en samlet vækst på 27,9 pct., men dette dækker over et stort udsving i 2003, hvor der især blev foretaget mange cutanprøver.

Tabel 4. Udviklingen i antallet af tillægssydelser

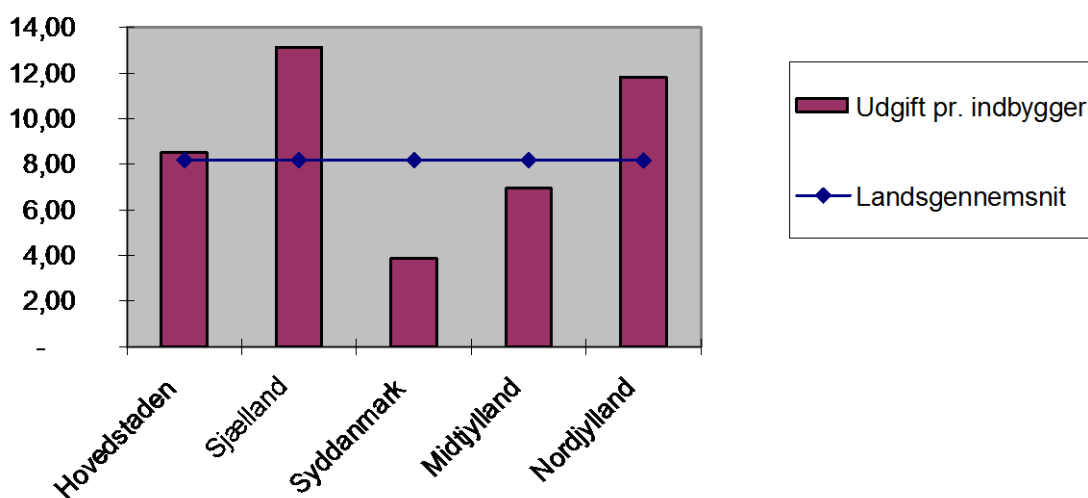
Yd. Nr.		2000	2001	2002	2003	2004	2005	Vækst i pct.
2201	Cutanprøve	65.907	64.746	74.937	83.523	65.069	62.838	- 4,7
2202	Provokationsforsøg	178	308	2.005	3.528	3.014	3.294	1.750,6
2203	Lungefkt uden rev	3.421	8.669	13.030	14.236	13.505	17.600	414,5
2204	Lungefkt med rev	669	2.013	2.540	3.799	4.654	6.000	796,9
I alt		70.175	75.736	92.512	105.086	86.242	89.732	27,9

Kilde: Sygesikringen

Med hensyn til laboratorieundersøgelser ses en tendens til at benytte færre forskellige typer af prøver. Langt den overvejende del, 77,8 pct. af samtlige laboratorieundersøgelser, er peakflow. Dernæst er det med 7,9 pct. urinstix. Samlet har der været en vækst på 1,7 pct. i anvendelsen af laboratorieydelse i perioden 2000 – 2005. Det dækker dog over et stort udsving i 2003, hvor der blev foretaget et stort antal peakflow-målinger. For en detaljeret oversigt over anvendelsen af laboratorieydelse i pædiatrisk speciallægepraksis henvises til bilag 5.

Nedenfor i fig. 2 er den gennemsnitlige udgift pr. indbygger til pædiatri i speciallægepraksis opgjort for de fem regioner. Den gennemsnitlige udgift pr. indbygger er 8,18 kr. Det ses, at Region Sjælland og Region Nordjylland har udgifter over gennemsnittet til pædiatrisk speciallægepraksis. Det bør dog understreges, at der ikke er taget højde for aldersfordelingen – og dermed forskelle i andelen af børn - i befolkningen i de enkelte amter. Samtidig er der i Region Sjælland indgået lokale aftaler om behandling af voksne allergikere i pædiatrisk speciallægepraksis, hvilket uden tvivl har indflydelse på udgiften.

Fig. 2. Udgift pr. indbygger til pædiatri i speciallægepraksis i 2005



Kilde: Sygesikringen

Nedenfor er udarbejdet en oversigt over patienternes aldersfordelingen i perioden 2000 – 2005. Der er taget udgangspunkt i de patienter, der fik en 1. konsultation det pågældende år.

Tabel 5. Patienternes aldersfordeling i pædiatrisk speciallægepraksis i perioden 2000 – 2005

År	2000 antal	Andel i pct.	2005 antal	Andel i pct.	Vækst i pct.
0-4 år	7.115	37	8.575	33	20,5
5-9 år	6.038	31	7.571	29	25,4
10-14 år	3.998	21	6.207	24	55,3
15-19 år	1.032	5	1.645	6	59,4
20-24 år	159	1	261	1	64,2
25+ år	861	4	1.565	6	81,8
Total	19.203	100	25.824	100	34,5

Kilde: Sygesikringen

Det ses, at der samlet har været en stigning på 34,5 pct. i antallet af nye patienter i perioden 2000 – 2005, idet antallet af 1. konsultationer tilnærmelsesvis⁶ angiver antallet af nye patienter det enkelte år. Den største patientgruppe er de små børn i alderen 0-4 år. 5,3 pct. af de nye patienter var i 2000 20 år eller derover. Den samme aldersgruppe udgjorde i 2005 7,1 pct. Det skal bemærkes, at der i perioden fra 2000 og frem har været indgået lokale aftaler visse steder om behandling af voksne allergikere i pædiatrisk speciallægepraksis, hvilket vil have indflydelse på andelen af voksne patienter.

I tabel 6 og 7 nedenfor findes en oversigt over aldersfordelingen på udvalgte ydelser i henholdsvis 2000 og 2005. Det ses, at den andel, den enkelte aldersgruppe udgør i forhold til en udvalgt ydelse ændrer sig over tid. Således blev der for de 0 – 4-årige foretaget væsentligt flere cutanprøver svarende til en stigning på 7,8 pct. Til gengæld ses en nedgang for samme ydelse i de følgende aldersgrupper. Det kan indikere, at astma og allergi måske opdages tidligere i barnets liv. Der se flere senere konsultationer i 2005 for samtlige aldersgrupper – mest markant for de over 25-årige, men ses på de typiske aldersgrupper i pædiatrisk speciallægepraksis var der i aldersgruppen 0-4 år en stigning på 72,9 pct. For de 5 – 9-årige var stigningen på 68,4 pct. For de over 10-årige var stigningen på 43,1 pct. i begge aldersgrupper.

Tabel 6. Oversigt over aldersfordelingen på forskellige ydelser i 2000

Yd. Nr.	0-4 år	5-9 år	10-14 år	15-19 år	20-24 år	25+ år	I alt
110	6.824	5.510	3.610	861	143	834	17.782
120	4.165	3.675	2.496	560	97	532	11.525
130	5.275	5.478	3.944	1.184	94	594	16.569
201	7.864	6.763	4.465	1.208	99	637	21.036
2201	8.738	22.888	19.872	5.334	1.131	7.944	65.907
2202	20	62	40	18	3	35	178
2203	109	1.286	1.337	340	62	287	3.421
2204	16	265	287	54	8	39	669
I alt	33.011	45.927	36.051	9.559	1.637	10.902	137.087

Kilde: Sygesikringen.

⁶ Antal 1. konsultationer er kun tilnærmelsesvis lig med antallet af nye patienter, idet der i særlige tilfælde – om end sjældent – kan forekomme to eller flere 1. konsultationer i det samme år for den samme patient. F.eks. såfremt patienten henvises på forskelligt tidspunkt af forskellige årsager, eller hvis der er gået mere end 6 måneder siden sidste konsultation i et kontrolforløb.

Tabel 7. Oversigt over aldersfordelingen på forskellige ydelser i 2005

Yd. Nr.	0-4 år	5-9 år	10-14 år	15-19 år	20-24 år	25+ år	I alt
110	7.081	5.840	4.476	1.072	178	907	19.554
120	4.492	4.002	3.146	736	90	480	12.946
130	7.238	8.010	9.148	2.746	348	2.783	30.273
201	8.933	8.500	6.781	1.858	186	642	26.900
2201	11.249	19.114	17.734	5.096	1.256	8.389	62.838
2202	128	337	1.198	677	78	876	3.294
2203	191	4.109	7.167	2.544	404	3.185	17.600
2204	183	1.829	2.412	701	96	779	6.000
I alt	39.495	51.741	52.062	15.430	2.636	18.041	179.405

Kilde: Sygesikringen.

5.3. Visitation og henvisning

5.3.1. Mulighed for behandling af voksne med allergologiske sygdomme

”Voksenlæger” kan undersøge og behandle børnepatienter, f.eks. kan otologer udføre priktest (allergiudredning) på børn. Dette kan være hensigtsmæssigt set i lyset af den konkrete sammenhæng mellem symptomer og behandling i forhold til det enkelte barn. Omvendt har enkelte amter indgået lokale aftaler om, at pædiatriske speciallæger kan behandle voksne i relation til astma. Arbejdsgruppen har drøftet en generel mulighed for, i tilknytning til allergiudredning og -behandling af børn i pædiatrisk speciallægepraksis, at kunne tilbyde børnenes forældre behandlingsmulighed, såfremt forældrene har allergi eller astma. Et tilbud primært rettet mod allergivaccination. Arbejdsgruppen har konkluderet, at den begrænsede kapacitet i pædiatrisk speciallægepraksis bør forbeholdes udredning og behandling af børn. Såfremt der måtte være et udækket behov for behandling af voksne, kan der fortsat lokalt indgås aftaler i henhold til § 3 vedrørende etablering af sådanne tilbud.

5.3.2 Mulighed for henvisning til speciallæger i andre specialer

I udredningen af børn er henvisningsdiagnosen ofte meget bred, f.eks. adfærdsforstyrrelse, trivselsproblemer, eksem, hovedpine eller mavesmerter. Dermed vil undersøgelsen af barnet kunne føre frem til andre mistænkte årsager. Depression, anoreksi, specielle hudsygdomme, blødningsforstyrrelser og lignende. På nuværende tidspunkt må en pædiater, skrive tilbage til den praktiserende læge og bede om at der henvises til ovennævnte speciallæger. Det medfører en unødvendig forsinkelse, før man får bragt patienten videre i behandlings-/undersøgelsesforløbet. På baggrund af en drøftelse af muligheden for direkte henvisning har arbejdsgruppen fundet det relevant og hensigtsmæssigt at anbefale, at praktiserende speciallæger i pædiatri får mulighed for direkte at henvise til praktiserende speciallæge i henholdsvis dermatologi og ortopædkirurgi. Henvisning skal ske på baggrund af den oprindelige henvisning – og må således ikke indeholde nyopdagede problemstillinger. En henvisning videre til anden speciallæge skal følges op af en orientering til den oprindeligt henvisende læge.

5.3.3. Mulighed for udvidelse af limiteringen for visse behandlingsforløb

En henvisning til praktiserende speciallæge i pædiatri giver adgang til 6 konsultationer. Denne limitering er i langt de fleste situationer tilstrækkeligt. Er der tale om forløb vedrørende desensibilisering vil der dog altid være behov for et højere antal konsultationer. Alene det første år vil der typisk være behov for over 20 besøg, og behandlingen strækker sig som regel over 3 – 5 år med 1 besøg ca. hver 6. uge. Som det er nu, skal børn og forældre derfor konsultere egen læge flere gange i et etableret behandlingsforløb med henblik på fornyet henvisning, uden at der er behov for

fornyset lægefaglig vurdering. Det anbefales på den baggrund, at limitering for ydelser vedrørende desensibilisering ophæves.

5.4. Særlige temaer

5.4.1. Overvægt hos børn

I de seneste år er der konstateret en stærkt stigende forekomst af meget overvægtige børn og voksne. Bortset fra Julemærkehjemmene og variable tilbud i de forskellige amter findes der imidlertid ikke mange muligheder for at etablere gruppeundervisning af børn og forældre. De få tilbud, som findes, er baseret på entusiasme og ofte støtteordninger i form af projekttilskud for kortere perioder. Der bør skabes mulighed for at give denne patientgruppe samme tilbud som gives til børn med onkologiske sygdomme, diabetes og astma – i form af formaliserede og veletablerede muligheder, som vil blive stående over længere tid. Tilbud som ligeledes kan fungere som støtte og konsulentvirksomhed for decentrale initiativer. For at et sådant tilbud skal være hensigtsmæssigt er der behov for en tværfaglig indsats. Det betyder inddragelse af f.eks. sygeplejerske, diætist, ”motionsekspert” f.eks. idrætspædagoger og psykologer.

For at etablere et troværdigt og holdbart tilbud skal forældre engageres og modtage regelret adfærdsmodificerende undervisning. (ændring i kostvaner, bevægelsesmønster etc.) Det vil være nødvendigt at samarbejde med pædagoger, skolelærer(e?), diætister, evt. folk fra fritidsklubber, og målrettede strategiplaner må lægges for det enkelte barn. Meget i stil med den intervention, som udføres af Vægtkonsulenterne og lignende grupper. Blot med den forskel, at der her er tale om børn og deraf følgende lidt ændrede problemstillinger.

Der foreligger nu mange analyser, som viser, hvor mange komplikationer overvægt medfører. Bare udviklingen af Type 2 Diabetes hos børn er et skræmmende eksempel på, hvor vigtig en øget indsats vil være. Hvor mange børn på landsplan dette vil dreje sig om, er vanskeligt at udtale sig om. På nuværende tidspunkt er det en nedprioriteret gruppe, måske netop fordi interventionen er tidskrævende, og der ofte er skuffende resultater. Kun de allersværeste tilfælde bør ses i sygehussektoren, resten bør udredes og behandles enten hos praktiserende læger eller speciallæger. Bedringen af behandlingstilbudet vil kræve en motivation og tværfaglig indsats, som er noget, der formentlig endnu ikke findes i speciallægepraksis. Lægges forholdene bedre tilrette, vil der derfor kunne opnås en klar forbedring af det tilbud, denne patientkategori modtager.

5.4.2. Børn med adfærdsmæssige problemer

En meget stor gruppe børn henvises grundet adfærdsmæssige problemer i skolen og hjemmet. Der kan være mange årsager, og det er kun en lille del af disse børn, der skal behandles medicinsk. Der vil ofte være tale om behandling hos børne- og ungdomspsykiater, men behandling kan i mange tilfælde også varetages i pædiatripraksis. For disse børn gælder imidlertid, at der er behov for udredning og vejledning. Der er i dag lange ventetider for disse børn, og det er et område, der er sat stærkt fokus på i de seneste år.

Der kræves tværfagligt samarbejde hvori foruden speciallægen indgår børnehaver, skoler, skolefritidsordninger, pædagogisk psykologisk rådgivning, socialkontorer og selvfølgelig forældre og evt. plejefamilie. Der er ofte tale om komplekse problemstillinger, som det kan tage tid at sætte sig ind i. Derudover indbefatter samarbejdet om denne patientgruppe gentagne tværfaglige møder for at planlægge det videre forløb.

Det kan overvejes, hvorvidt og hvordan pædiatriske speciallægers kompetencer bedst anvendes i behandlingen af denne patientgruppe. Såfremt de praktiserende speciallæger i pædiatri ønskes inddraget i behandlingen af denne patientgruppe, vil det kræve, at der indføres specifik og målrettet honorering i ydelsessortimentet.

6. Ydelsesbeskrivelser

6.1. Konsultationsydelser

1. konsultation (0110)
2. konsultation (0120)
- Senere konsultation (0130)
- E-mailkonsultation (0105)
- Telefonkonsultation (0201)
- Telefonisk rådgivning til praktiserende læger (0205)

6.2. Tillægsydelser

- Cutanprøver (2201)
- Provokationsforsøg (2202) – uddifferentieres i 3 nye ydelser (se nedenfor)
- Lungefunktionsundersøgelse uden reversibilitetstest (2203)
- Lungefunktionsundersøgelse med reversibilitetstest (2204)

6.3. Foreslåede nye ydelser

6.3.1. Nye konsultationsydelser

- Diagnoseafhængig funktionsneurologisk undersøgelse
- Tværfaglige/koordinerende telefonkonsultationer

6.3.2. Nye tillægs ydelser

- Dagbog:
 - a. Astma (små børn)
 - b. Astma og høfeber
 - c. Mavesmerter og afføringsmønster
 - d. Hovedpine
 - e. Kostregistrering
 - f. Væske- og vandladningsskema
- Anstrengelsesprovokation på løbebånd
- Bronkialprovokation
- Fødevarerprovokation
- Allergivaccination (hyposensibilisering)
- Peak expiratory flow – lunger, hjemmemålinger
- Udlevering og instruks i brug af inhalationsdevice
- Uroflowmetri
- Udlevering og instruktion i brug af ringeapparat
- Tympanometri
- Hormoninjektioner/Vaccinationer

6.3.3. Nye laboratorieydelser

- Podning fra hud og slimhinder
- Miljøundersøgelse ”husstøvmidetest”
- Streptokokantigentest

6.1. Eksisterende konsultationsydelser

Ydelse	1.konsultation
Ny/eksisterende	Eksisterende (0110)
Målgruppe/ Symptomer	Børn fra 0 – 15 år. Dog vil praktiserende speciallæger i pædiatri kunne fortsætte igangværende behandling af børn udover det fyldte 15. år. Endvidere kan særlige diagnoser og forhold berettige til behandling af unge over 15 år.
Behandling	<p>Tidsforbrug typisk 45 – 60 minutter</p> <p>Grundig gennemgang af familiære dispositioner, vaccinationsforhold, mulige mistænkte eller påviste allergier, forløb af svangerskabet, fødslen og nyfødtheds perioden, klarlægning af børnenes motoriske og sproglige udvikling, vurdering af børnenes mentale udvikling, børnenes pasningsforhold og skolesituation, familiestrukturen belyses, herunder vurdering af familiens bæreevne, gennemgang af tidligere sygdomspanorama, specielt evt. indlæggelser samt behandlingsmæssige tiltag udført af den henvisende læge, gennemgang af aktuelle problemstilling.</p> <p>Grundig objektiv undersøgelse, (længde og vægt, ører, øjne, næse, mund, hals, stetoskopi af hjerte og lunger, abdomen, genitalia, ekstremiteter, hud, evt. neurologisk undersøgelse) Vurdering af barnets aktuelle psykiske og motoriske udviklingstrin.</p> <p>Vurdering og konklusion på undersøgelsen. Forelæggelse af behandlingsplan. Motivering og instruktion af familien (herunder information og demonstration omkring brug af forskelligt udstyr og tilhørende medicin med information om virkning og bivirkninger), samt udarbejdelse af skriftlig behandlingsplan.</p> <p>Udfyldning af evt. blodprøverekvisitioner, recepter og henvisninger. (røntgenundersøgelser, fysioterapeut, indhentning af supplerende materiale fra skoler, andre læger, sygehuse, fysioterapeuter, psykologer, PPR ect.)</p> <p>Ovenstående journalføres og der udfærdiges oftest et lægebrev til henvisende læge. Ydelser bogføres og der foretages diagnostisk klassifikation af henvisnings- og behandlingsdiagnoser.</p> <p>Ny tid aftales.</p>
Kommentar/ Særlige forhold	
Antal ydelser/2005	19.495
Forventet antal ydelser/år	20.000
Foreslået prisniveau	Det nuværende honorar foreslås hævet til 710 kr.
Særlige tiltag	Skriftlige behandlingsinstrukser som bruges som kommunikationsmiddel overfor andet sundhedspersonale og som hjælp for forældre er også indført for at kvalitetssikre behandlingen.

2. konsultation

Ydelse	2.konsultation
Ny/eksisterende	Eksisterende (0120)
Målgruppe/ Symptomer	Børn fra 0 – 15 år. Dog vil praktiserende speciallæger i pædiatri kunne fortsætte igangværende behandling af børn udover det fyldte 15. år. Endvidere kan særlige diagnoser og forhold berettige til behandling af unge over 15 år.
Behandling	Tidsforbrug ca. 30 minutter. Supplering af anamnese. Gennemlæsning af indkommet information. Opsummering af 1. konsultation og gennemgang af forløb og vurdering af effekt af intervention. Gennemgang af forældres og børns spørgsmål. Fornyet grundig objektiv undersøgelse. Supplerende undersøgelser. (funktionsneurologisk undersøgelse, synstest, blodtryksmåling.) Gennemgang af laboratoriesvar. Gennemgang af skemaer eller protokoller.(Som enten er indsendt på forhånd eller medbringes) Tilpasning af behandlingsplan, motivering for fortsat forløb. Gennemgang og forklaring af sygdommens karakter i detaljer. Ovenstående journal føres og der udfærdiges lægebrev til henvisende læge. Aftale om fremtidigt forløb, eller afslutning.
Kommentar/ Særlige forhold	Meget ofte indhentes betragtelige mængder tillægsinformation fra sygehuse, skoler, psykologer, ørelæger, sagsbehandlere, fysioterapeuter for at kunne vurdere barnets helhedssituation. Ofte fremkommer information som kan ændre det videre behandlingsforløb.
Antal ydelser/2005	12.920
Forventet antal ydelser/år	13.500
Foreslået prisniveau	Uændret
Særlige tiltag	Den tid som bruges på at diagnose klassificere børnene kan få stor betydning ved senere forsøg på at vurdere henvisningsmønstre og behandlingens effekt indenfor de forskellige sygdomsgrupper.

Senere konsultation

Ydelse	Senere konsultation
Ny/eksisterende	Eksisterende (0130)
Målgruppe/ Symptomer	Børn fra 0 – 15 år. Dog vil praktiserende speciallæger i pædiatri kunne fortsætte igangværende behandling af børn udover det fyldte 15. år. Endvidere kan særlige diagnoser og forhold berettige til behandling af unge over 15 år.
Behandling	Tidsforbrug ca. 30 minutter. Supplering af anamnese. Gennemlæsning af indkommet information. Objektiv undersøgelse. Supplerende undersøgelser. Gennemgang af laboratoriesvar. Gennemgang af skemaer eller protokoller. Tilpasning af behandlingsplan, motivering for fortsat forløb. Ovenstående journal føres og der udfærdiges lægebrev til henvisende læge. Aftale om fremtidigt forløb, eller afslutning.
Kommentar/ Særlige forhold	
Antal ydelser/2005	25.978
Forventet antal ydelser/år	25.978
Foreslået prisniveau	Foreslås hævet svarende til honoreringen for 2. konsultation
Særlige tiltag	

E-mailkonsultation

Ydelse	E-mailkonsultation
Ny/eksisterende	Eksisterende (0105)
Målgruppe/ Symptomer	Kontakt med forældre eller barn pr. mail
Behandling	Indholdet af ydelsen er defineret i speciallægeoverenskomstens generelle del § 27A og tilhørende protokollat.
Kommentar/ Særlige forhold	
Antal ydelser/2005	320
Forventet antal ydelser/år	600
Foreslået prisniveau	Uændret
Særlige tiltag	

Telefonkonsultation

Ydelse	Telefonkonsultationer
Ny/eksisterende	Eksisterende (0201)
Målgruppe/ Symptomer	Kontakt med forældre eller børn pr. telefon
Behandling	Oplysning om undersøgelsesresultater Redegørelse for behandlingsplan Vejledning ved akut forandring af sygdom Generel lægelig rådgivning og vejledning Receptudstedelse
Kommentar/ Særlige forhold	Bruges meget som opfølgning fra forældre og i mange tilfælde kan et nyt lægebesøg undgås ved at formidle information og vejledning telefonisk.
Antal ydelser/2005	26.815
Forventet antal ydelser/år	28.000
Foreslået prisniveau	Uændret
Særlige tiltag	Journalføres altid for at sikre at den givne information er tilgængelig ved senere henvendelser.

Telefonisk rådgivning til praktiserende læger

Ydelse	Telefonisk rådgivning til praktiserende læge
Ny/eksisterende	Eksisterende (0205)
Målgruppe/ Symptomer	Patienter hvor problemstillinger sandsynligvis kan afgøres telefonisk.
Behandling	Problemstillinger omkring visitering, diagnosticering, behandling og udredningsforslag. Tolkning af prøveresultater. Besvarelse af spørgsmål om for eksempel bivirkninger på medicinske behandlinger.
Kommentar/ Særlige forhold	Medfører journalføringspligt.
Antal ydelser/2005	140
Forventet antal ydelser/år	250
Foreslået prisniveau	Uændret
Særlige tiltag	Forsøgsordning i denne overenskomstperiode. Allerede nu er der meget positive tilbagemeldinger om den klare effekt som ordningen har i forhold til at give alment praktiserende læger mulighed for at konsultere en sygehistorie med en speciallæge og dermed ofte kunne undgå henvisning.

6.2. Eksisterende tillægsydelse

Cutanprøver

Ydelse	Cutanprøver
Ny/eksisterende	Eksisterende (2201)
Målgruppe/ Symptomer	Bruges ved mistanke om allergi (astma, høfeber, nældefeber, fødevareallergi)
Behandling	Der prikkes overfladisk i huden gennem en dråbe allergenekstrakt. Reaktionen aflæses efter 15 minutter.
Kommentar/ Særlige forhold	Takst reduceret i 2005, som følge af specielle forhold. Ordning er vedtaget at fortsætte indtil videre. Specielt ved små børn er det ofte meget tidskrævende at gennemføre en cutanprøve. Omfatter allergener overfor: Dyrehår (Hund, kat, hest, marsvin, hamster o.s.v.) Pollen (Birk, græs, gråbynke o.s.v.) Fødevarer (Mælk, Æg, Melsorter, Kød) Man bruger i mange situationer også friske madvarer, som lægges på huden og prikkes igennem. (f.eks. frisk mælk, kiwi, æbler ect.)
Antal ydelser/2005	62.630
Forventet antal ydelser/år	62.630
Foreslået prisniveau	Ønskes forhøjet med 10 kr.
Særlige tiltag	

Lungefunktionsundersøgelse uden reversibilitetstest

Ydelse	Lungefunktionsundersøgelse uden reversibilitetstest
Ny/eksisterende	Eksisterende (2203)
Målgruppe/ Symptomer	Mistanke om astma og astmatisk bronkitis. Bruges for at følge udvikling i sygdom og behandlingseffekten. Bruges også i forbindelse med hyposensibilisering. Bruges samtidig for at udelukke lungeproblemer hos børn med dårlig vækst og adipositas børn.
Behandling	Måling af den maksimale mængde luft, man kan puste ud i løbet af et sekund (FEV1) og af den samlede mængde luft, der kan pustes ud i alt. (Henholdsvis FVC, forceret vitalkapacitet og VC, vitalkapacitet)
Kommentar/ Særlige forhold	Kan udføres af de fleste børn fra 5 – års alderen
Antal ydelser/2005	13.500
Forventet antal ydelser/år	13.500
Anskaffelsespris	25.000
Afskrivningstid	5 år
Hjælpepersonale	Kan udføres af hjælpepersonale. Resultatet tolkes af speciallægen.
Utensilieforbrug	Engangsmundstykker, 25 kr.
Foreslået prisniveau	Forhøjes til 215 kr., svarende til honoreringen af identisk ydelse i intern medicin.

Lungefunktionsundersøgelse med reversibilitetstest

Ydelse	Lungefunktionsundersøgelse med reversibilitetstest
Ny/eksisterende	Eksisterende (2204)
Målgruppe/ Symptomer	Ved mistanke om/påvist nedsat lungefunktion. Bruges blandt andet til at evaluere behandlingseffekt og for at vurdere hvilken type behandling patienten skal have.
Behandling	To lungefunktionsundersøgelser hvor der måles Peak expiratory flow, FEV1 og FVC. Målinger gennemføres før og ca. 15 min. efter at der er behandlet med anfaldsmedicin. (medicin som efter inhalation kan afslappe muskulaturen i luftvejene)
Kommentar/ Særlige forhold	Udføres af de fleste børn fra 5 – års alderen.
Antal ydelser/2005	5.992
Forventet antal ydelser/år	6.000
Anskaffelsespris	25.000 kr. + Opdateringsprogram 750 kr.
Afskrivningstid	5 år
Hjælpepersonale	Kan udføres af hjælpepersonale, skal tolkes af speciallægen.
Utensilieforbrug	Engangsmundstykker 25 kr.
Foreslået prisniveau	Honoreringen hæves til 429 kr. jf. honoreringen for identisk ydelse i intern medicin.

6.3. Foreslåede nye ydelser

6.3.1. Nye konsultationsydelser

Funktionsneurologisk undersøgelse

Ydelse	Funktionsneurologisk undersøgelse
Ny/eksisterende	Ny
Målgruppe/ Symptomer	Børn under mistanke for neuropædiatrisk lidelse.
Behandling	Tidsforbrug ca. 1½ time. I tillæg til almindelig objektiv undersøgelse, skal udføres en grundig neurologisk undersøgelse. Der er tale om en tidskrævende gennemgang af kroppens reflekser, tonus, styrke, sensibilitet, koordinationsevne og balanceevne. Både fin- og grovmotorikken testes v.h.a. forskellige undersøgelser. Kræver nøje instruktion af barnet og må ofte gentages, for at man kan være sikker på resultatet. (børns lyst til at deltage i undersøgelsen kan påvirke udfaldet, og der kræves meget motivation og støtte undervejs, samt ofte små pauser)
Kommentar/ Særlige forhold	Særligt omfattende og tidskrævende udredning. Endvidere er der ofte omfattende forberedelse inden barnet og familien møder op i konsultationen. Ofte må patienten møde flere gange for at få gennemført hele udredningen, idet der er grænser for, hvor lang tid det enkelte barn kan koncentrere sig og samarbejde.
Antal ydelser/2005	0
Forventet antal ydelser/år	3.000
Foreslået prisniveau	Honorering 1.350 kr.
Særlig tiltag	Kan ikke udføres af hjælpepersonale.

Tværfaglige/koordinerende telefonkonsultationer

Ydelse	Tværfaglige telefonkonsultationer
Ny/eksisterende	Ny
Målgruppe/ Symptomer	Børn med adfærdsmæssige problemer, trivselsproblemer, udviklingsmæssige problemer og lign. hvor der er behov for informationsudveksling for at koordinere behandlingen.
Behandling	Samtaler med skole, fysioterapeuter, ergoterapeuter, talepædagoger, sagsbehandlere, psykologer, sundhedsplejersker, praktiserende læger.
Kommentar/ Særlige forhold	Henvendelse kan komme fra begge sider i forbindelse med en patient som ses hos speciallægen. Henvendelse medfører journalføringspligt.
Antal ydelser/2005	0
Forventet antal ydelser/år	1.000
Anskaffelsespris	
Afskrivningstid	
Hjælpepersonale	
Utensilieforbrug	
Foreslået prisniveau	Foreslås honoreret med et beløb svarende til halvdelen af honoraret for 2. konsultation inden for pædiatri. Alternativt at der honoreres pr. påbegyndt 10 min. modul med 150 kr. Maksimalt 3 moduler pr. samtale.

6.3.2. Nye tillægsydelser

Dagbog:

Dagbog a:

Ydelse	Registrering af symptomer på astma
Ny/eksisterende	Ny
Målgruppe/ Symptomer	De fleste børn med mistænkt astma har stor variation i lungefunktionen. Hos børn mellem 4 og 6 år er lungefunktionsmåling upålideligt og under 4 år kan det ikke udføres med det udstyr som er tilgængeligt i speciallægepraksis på nuværende tidspunkt.
Behandling	Ved at udlevere en astmadagbog og samtidig give instruktion i hvordan den udfyldes, kan man få et meget bedre indtryk af hvor mange symptomer på astma børn har i deres dagligdag. Den vil danne grundlag for diagnose i udredningsfasen og for vurdering af om medicinen er rigtig doseret i behandlingsfasen.
Kommentar/ Særlige forhold	Specielt aktuelt i alderen 0 – 6 år.
Antal ydelser/2005	Se nedenfor i samlet skema for dagbog a – f.
Forventet antal ydelser/år	Se nedenfor i samlet skema for dagbog a – f.
Anskaffelsespris	
Afskrivningspris	
Hjælperpersonale	Instruktion/udlevering af dagbog kan udføres af hjælpepersonale. Tolkning af dagbog i forhold til patientens sygdom er en specialist opgave.
Utensilieforbrug	
Foreslået prisniveau	Se nedenfor i samlet skema for dagbog a – f.

Dagbog b.

Ydelse	Registrering af symptomer på astma- og høfeber
Ny/eksisterende	Ny
Målgruppe/ Symptomer	Børn fra ca. 5-årsalderen med bekræftet eller mistænkt astma/høfeber.
Behandling	Bruges både i udredningsfase og i behandlingen for at kunne vurdere effekten af påbegyndt medicin.
Kommentar/ Særlige forhold	Dagbogen vil foruden beskrivelse af symptomer og effekt af medicin være kommunikationsredskab mellem forskellige behandlere og dermed bidrage til kvalitetssikring. Den sikrer at forældre har skriftlig behandlingsplan de kan følge ved ændring i tilstanden mellem opfølgende undersøgelser. Børneafdelingerne anbefaler brug af dagbog i udredning og behandlingen af astma/høfeber.
Antal ydelser/2004	0
Forventet antal ydelser/år	Se nedenfor i samlet skema for dagbog a – f.
Anskaffelsespris	0
Afskrivningstid	0
Hjælpepersonale	Kan kontrolleres af hjælpepersonale.
Utensilieforbrug	0
Foreslået prisniveau	Se nedenfor i samlet skema for dagbog a – f.

Dagbog c:

Ydelse	Registrering af mavesmerter og afføringsmønster.
Ny/eksisterende	Ny
Målgruppe/ Symptomer	Børn med mavesmerter er vanskelige at udrede. Brug af hjemmeregistrering vil kunne hjælpe i den diagnostiske udredning. Specielt med registrering af tidspunkter, ledsagesymptomer (luft, lugt, udseende, hyppighed) og evt. provokerende faktorer. (stress, fødevarer ect.)
Behandling	Der udleveres et skema som kan bruges i hjemmet. Enten sendes udfyldt skema retur eller medtages ved næste konsultation. Specielt nyttigt til at vurdere effekt af de ændringer der foretages.
Kommentar/ Særlige forhold	Meget nyttigt til at få børn med i behandlingsforløbet, de bidrager selv til at udfylde skemaerne og får dermed en direkte tilbagemelding på deres indsats som de selv kan aflæse.
Antal ydelser/2004	
Forventet antal ydelser/år	Se nedenfor i samlet skema for dagbog a – f.
Anskaffelsespris	0
Afskrivningstid	
Hjælpepersonale	Instruktion i udfyldning af skema kan foretages af hjælpepersonalet. Vurdering af skemaet foretages af speciallægen.
Utensilieforbrug	
Foreslået prisniveau	Se nedenfor i samlet skema for dagbog a – f.

Dagbog d:

Ydelse	Registrering af hovedpine
Ny/eksisterende	Ny
Målgruppe/ Symptomer	Patienter med længerevarende hovedpine- og evt. migræne symptomer.
Behandling	Udfyldning af forældrene/barnet af et detaljeret skema som fortæller i detaljer om tidspunkt for symptomer, giver en beskrivelse af hovedpinen, hvor den sidder, hvilke faktorer som udløser anfald, og hvilke som forværrer, samt om hvad der hjælper og om der bruges medicin.
Kommentar/ Særlige forhold	Disse skemaer udleveres ved første eller senere konsultationer og udfyldes efterfølgende i hjemmet og enten indsendes til vurdering, eller medbringes ved næste konsultation. Danner ofte grundlag for diskussion af mulige forklaringer på barnets symptomer og er et vigtigt redskab i udredningen.
Antal ydelser/2005	
Forventet antal ydelser/år	Se nedenfor i samlet skema for dagbog a – f.
Anskaffelsespris	0
Afskrivningstid	
Hjælpepersonale	Instruktion i hvordan skema skal udfyldes kan gøres af hjælpepersonale. Selve vurderingen foretages af speciallægen.
Utensilieforbrug	0
Foreslået prisniveau	Se nedenfor i samlet skema for dagbog a – f.

Dagbog e:

Ydelse	Kostregistrering
Ny/eksisterende	Ny
Målgruppe/ Symptomer	Børn med trivselsproblemer, (lav vægt/høj vægt). Børn med diætetiske problemstillinger
Behandling	Nøje registrering af kosten over en given periode med dagbog. Danner grundlag for at vurdere om der er tilstrækkelig næring i kosten, om en diæt overholdes og for at få overblik over indholdet i de forskellige måltider.
Kommentar/ Særlige forhold	
Antal ydelser/2005	0
Forventet antal ydelser/år	Se nedenfor i samlet skema for dagbog a – f.
Anskaffelsespris	
Afskrivningstid	
Hjælpepersonale	
Utensilieforbrug	
Foreslået prisniveau	Se nedenfor i samlet skema for dagbog a – f.
Særlig tiltag	

Dagbog f:

Ydelse	Væske- og vandladningsskema
Ny/eksisterende	Ny
Målgruppe/ Symptomer	Patienter med vandladningsproblemer. (Kan være om dagen og/eller om natten). Patienter mistænkt for forstyrrelser i nyrefunktionen. Kan både være psykisk og somatisk betinget.
Behandling	Forældre medgives et skema og instrueres i brug af Texas-hat (plastikkapsel som bruges til opsamling af urin). Skema føres som regel over en periode på 48 timer, hvor alt som drikkes og al diurese registreres i antal ml og med klokkeslæt. Dernæst beregner speciallægen den forventede blærekapacitet og sammenligner med de faktuelle værdier. Endeligt beregnes den samlede natlige diurese.
Kommentar/ Særlige forhold	Disse skemaer er nødvendige for at kunne belyse forholdene nøjagtigt og dermed øge den diagnostiske sikkerhed og klarlægge interventionsmulighederne. Vil kunne afsløre hyperaktiv blære, nedsat/forøget blærekapacitet, skævheder i væskeindtagelse og fortælle om størrelsen af den natlige diurese.
Antal ydelser/2005	0
Forventet antal ydelser/år	Se nedenfor i samlet skema for dagbog a – f.
Anskaffelsespris	Texas-hat ca. 30 kr.
Afskrivningstid	
Hjælpepersonale	Skema skal vurderes af læge. Instruks i udfyldning kan gives af hjælpepersonale.
Utensilieforbrug	
Foreslået prisniveau	Se nedenfor i samlet skema for dagbog a – f.
Særlig tiltag	Forældre og børns hukommelse af størrelse og hyppighed af vandladning er oftest forbundet med stor usikkerhed. Standardiseret skema, som det f.eks. bruges af Skejby sygehus, eller lignende skema, vil med større sandsynlighed være et mere korrekt udtryk for de faktiske forhold.

Dagbog a-f:

Foreslået prisniveau	150 kr.
Forventet antal ydelser pr. år	40.000 fordelt på de forskellige dagbogsydelser
Kommentar/ Særlige forhold	Dagbogen skal ses som en anerkendt metode til generelt at kvalitetssikre udredning og behandling i pædiatrisk speciallægepraksis, og anvendes ligeledes i sygehusregi.

Anstrengelsesprovokation på løbebånd

Ydelse	Anstrengelsesprovokation på løbebånd. Undersøgelsesydelse
Ny/eksisterende	Ny
Målgruppe/ Symptomer	Mange børn har kun astmasymptomer i forbindelse med anstrengelse. Ved normal lungefunktionsundersøgelse vil deres astma derfor ikke kunne påvises.
Behandling	8 min. anstrengelse på løbebånd. Lungefunktion måles før, 1-3-5-7-10-15 min. efter provokationen. Hjerteraktion registreres under hele forløbet. Der gives anfaldsmedicin efterfølgende.(der kan forekomme fald i lungefunktion 12 timer efter en anstrengelsesprovokation)
Kommentar/ Særlige forhold	Kan først udføres fra omkring 6 års alderen. Meget ofte giver en anstrengelsesprovokation også vigtig information omkring barnets motoriske niveau. (kan afsløre om barnet er kluntet, platfodet, kalveknæet og lign., forhold som også har betydning for barnets bevægelsesmønstre)
Antal ydelser/2005	0
Forventet antal ydelser/år	750
Anskaffelsespris	10.000 – 15.000 kr. (løbebånd alene) + 2000 - 3000 kr. (pulsregistreringsudstyr)
Afskrivningstid	5 år
Hjælpepersonale	Kan udføres af hjælpepersonale. Resultatet vurderes af speciallægen
Utensilieforbrug	Engangsudstyr til lungefunktionsmålingerne. Anfaldsmedicin.
Foreslået prisniveau	Bør afspejle tidsforbrug og antal lungefunktionsundersøgelser. Tidsforbrug 45 -55 min. (LFT med rev. + Løb.) 1000 kr.
Særlig tiltag	Der findes guidelines for udførelse af anstrengelses-provokationer. Alle praksis som udfører denne test bør følge en standardiseret og godkendt guideline for at sikre bedst mulig resultat.

Bronkialprovokation

Ydelse	Bronkialprovokation
Ny/eksisterende	Ny
Målgruppe/ Symptomer	Diagnostisk ydelse til udredning af patienter med mistænkt astma, hvor andre test ikke har kunnet afklare symptomer og allergi.
Behandling	Provokation med metacholin/histamin/inhalationsallergen (standardiserede allergener) ved hjælp af et forstøverapparat. Lungefunktion måles med regelmæssige mellemrum over max. 90 minutter. Et fald i lungefunktionen på 20 % vil bekræfte diagnosen. Provokationen kræver fuldt anafylaksiberedskab. Patienten observeres 30 minutter efter provokationen og der foretages kontrol med lungefunktionsundersøgelse.
Kommentar/ Særlige forhold	Der bør udføres ca. 25 provokationer pr. speciallæge om året af hensyn til kvalitetssikring og kalibrering af udstyr.
Antal ydelser/2005	0
Forventet antal ydelser/år	100
Anskaffelsespris	15.000 kr. Anskaffelse af forstøverapparat og montering af udsugning i klinikken.
Afskrivningstid	5 år
Hjælpepersonale	Påkrævet
Utensilieforbrug	250 kr.
Foreslået prisniveau	1.000 kr.
Særlige tiltag	Anvendelse af godkendt protokol vil kvalitetssikre det faglige niveau af undersøgelsen.

Fødevareprovokation

Ydelse	Fødevareprovokation (peroral)
Ny/eksisterende	Ny
Målgruppe/ Symptomer	Børn med kendt eller mistænkt fødevareallergi.
Behandling	Familien instrueres i, at barnet forinden undersøgelsen skal udelade den eller de mistænkte fødevarer. Provokation (indtagelse peroralt) med mistænkt agens i stigende mængder med faste intervaller. Patienten undersøges før hver stigning i allergenmængde for udslæt, luftvejssymptomer, diarre og andre sllergisymptomer. Foregår under anafylaksiberedskab.
Kommentar/ Særlige forhold	Varighed fra 1 – 4 timer.
Antal ydelser/2005	0
Forventet antal ydelser/år	500
Anskaffelsespris	
Afskrivningstid	
Hjælpepersonale	Nødvendigt.
Utensilieforbrug	75 kr. (indkøb madvarer, evt.. bagning af boller, vandbakkelse eller pandekager)
Foreslået prisniveau	600 kr.
Særlig tiltag	For at sikre at der ikke er iblandet andre allergener og at den rette mængde af allergenet er tilsat, er det nødvendigt selv at tilberede varen.

Conjunctival provokation

Ydelse	Øjenprovokation
Ny/eksisterende	Ny
Målgruppe/ Symptomer	Patienter med høfeber som måske skal gennemgå hyposensibilisering og efter endt forløb af hyposensibilisering. (som kontrol af effekt)
Behandling	Pt. dryppes i øjet 5-6 gange med ca. 15 minutters mellemrum, skal efterfølgende observeres 30 minutter. Lungefunktionen kontrolleres før og efter endt provokation. Samlet varighed af conjunctival provokation 2-2 ½ time.
Kommentar/ Særlige forhold	Lungefunktionsundersøgelse honoreres særskilt
Antal ydelser/2005	0
Forventet antal ydelser/år	150
Anskaffelsespris	Det forudsættes at materialet til allergenprovokation omfattes af rekvisitionsordningen. (som er gældende når der rekvireres til almindelig priktest)
Hjælpepersonale	
Utensilieforbrug	
Foreslået prisniveau	850 kr.

Allergivaccination (hyposensibilisering)

Ydelse	Allergivaccination (hyposensibilisering)
Ny/eksisterende	Ny
Målgruppe/ Symptomer	Patienter med påvist allergi (pollen, husstøv, insektallergi) Børn fra 6 års alderen.
Behandling	<p>Indsprøjtninger med det/de allergener som patienten ikke tåler. Der følges en protokol hvor der gives stigende dosis af allergenet for at øge toleransen.</p> <p>Behandlingen varer fra 3 til 5 år. I startfasen med ugentlig behandling. Dette foregår de første 10-15 uger. Senere med 5-6 ugers mellemrum. I mange tilfælde fortsætter patienten hos den praktiserende speciallæge, men hvor forholdene kan lægges til rette foregår den videre vaccination hos egen praktiserende læge.</p> <p>Behandlingen kan medføre bivirkninger som kan strække sig fra almindelige høfebersymptomer over i astma til anafylaktisk chok. Patienten er derfor nøje observeret i 30 minutter efter hver behandling.</p> <p>Der skal være udstyr og personale tilstede, som er oplært og kan behandle tilfælde med allergi og anafylaktisk chok.</p> <p>Lungefunktionen måles før og 30 minutter efter behandlingen. (Peak flow, FEV1 og FVC)</p>
Kommentar/ Særlige forhold	<p>Der foreslås at limitering på henvisninger ændres til 15 konsultationer. (alternativt dækker det samlede vaccinationsforløb)</p> <p>Patienter køber selv vaccinerne, som opbevares i klinikens køleskab.</p> <p>Såfremt der skal gives mere end en vaccine pr. gang skal der af sikkerhedshensyn gå 30 min. mellem vaccinationerne. (Dansk Selskab for Allergologi har udgivet guidelines i 2005)</p>
Antal ydelser/2005	0
Forventet antal ydelser/år	8.000
Anskaffelsespris	Køleskab og akutkuffert udstyr 5.000 kr. Oxygen skal være tilgængelig og skal løbende testes og fyldes op.
Afskrivningstid	5 år.
Hjælpepersonale	Påkrævet. Skal være uddannet i behandling af anafylaktisk chok hos børn.
Utensilieforbrug	25 kr. (sprøjter, kanyler, engangsmundstykke, lungefunktionsudstyr)
Foreslået prisniveau	Pr. lungefunktionsundersøgelse 215 kr. Der kan maksimalt honoreres for 3 ydelser i samme konsultation.
Særlig tiltag	Guidelines for vaccinationsforløb og skriftlig vejledning i tilfælde af anafylaktisk chok (angivet risiko på 0,1 promille) bør foreligge i praksis og være kendt af behandler og hjælpepersonale.

Peak expiratory flow – lunger, hjemmemåling

Ydelse	Peak expiratory flow – lunger Hjemmemålinger
Ny/eksisterende	Ny
Målgruppe/ Symptomer	De fleste børn med mistænkt astma har stor variation i lungefunktionen. Undersøgelse af ændringer i lungefunktionen i forbindelse med miljøskift, f.eks. skolen og i forbindelse med fysisk aktivitet. Børn med astma bør regelmæssigt føre skema, f.eks. før kontrol, ved behandlingssvigt og ved ændring i medicin.
Behandling	Måling af maksimal udåndingshastighed flere gange dagligt. Apparatur udlånes, registrering over mindst 2 uger. Data analyseres og vurderes. Apparatur renses efter udlån og kalibreres samt nulstilles (hvis elektronisk). Andet apparatur renses efter hvert udlån.
Kommentar/ Særlige forhold	Bruges fra 5 års alderen og opefter. Kan anvendes i tilknytning til dagbogsydelse (dagbog b). Der kan maksimalt honoreres for 4 ydelser pr. patient pr. år.
Antal ydelser/2005	0
Forventet antal ydelser/år	12.000
Anskaffelsespris	200 kroner
Afskrivningspris	0-1 år
Hjælperpersonale	Kontrol af måling og udstyr kan udføres af hjælpepersonale. Speciallægen vurderer resultatet af de udførte målinger.
Utensilieforbrug	Engangsmundstykker, få kroner pr. patient.
Foreslået prisniveau	161 kr. (Ydelsen tilsvarende identisk ydelse i Intern Medicin)

Udlevering og instruks i brug af inhalationsdevice

Ydelse	Udlevering og instruks i brug af inhalationsdevice (forstøverapparat, NES-spacer, Babyhaler eller lignende)
Ny/eksisterende	Ny
Målgruppe/ Symptomer	Børn med astma
Behandling	Børn med astmatisk bronkitis eller astma som er under 6 år kan kun bruge medicin mod astma ved hjælp af enten forstøverapparat eller en spray. Omfatter demonstration af udstyr, adskillelse, samling, rengøring, hvordan ventiler fungerer, hvordan medicinen rystes og monteres på beholder, hvordan barnet skal sidde og masken holdes, hvordan man kontrollerer om medicinbeholderen er tom.
Kommentar/ Særlige forhold	Siden inhalationssteroider er kommet på markedet er behandlingen af astma blevet markant bedre. Forudsætningen for at opnå den ønskede effekt af medicinen er dog at den gives på rette indikation, samt at der er givet udførlig vejledning i hvordan medicinen skal tages/gives.
Antal ydelser/2005	0
Forventet antal ydelser/år	5.000
Anskaffelsespris	300 kr. NES-spacer. 250 kr. Babyhaler. Forstøver apparat, almindeligt omkring 1000 kr. og ultralydsforstøver omkring 3000 kr.
Afskrivningstid	Omkring 3-4 år.
Hjælpepersonale	Kan udføres af oplært hjælpepersonale.
Utensilieforbrug	
Foreslået prisniveau	100 kroner.
Særlige tiltag	Ofte skyldes manglende effekt af medicinsk behandling at medicinen bliver taget forkert. For børn i denne alder er det ekstra vigtigt at forældre rådgives meget nøje, selv små detaljer kan afgøre om barnet får medicinen eller bare en lille del af den. Instrukser bør derfor gives af dem, som styrer behandlingen. Inhalationsteknik bør kontrolleres med jævne mellemrum.

Uroflowmetri

Ydelse	Uroflowmetri
Ny/eksisterende	Ny
Målgruppe/ Symptomer	Børn med vandladningsforstyrrelser som f.eks. urininkontinens, samt børn der har haft gentagne episoder med urinvejsinfektion.
Behandling	Måling af urinens udstrømningshastighed og blærens tømningmønster under spontan vandladning.
Kommentar/ Særlige forhold	Specielt vigtig hos børn hvor der kan være mistanke om passagehindring eller neurogen blæredysfunktion. Undersøgelsen er tillige en vigtig del af den cognitive træning af børn med svære vandladningsforstyrrelser.
Antal ydelser/2005	0
Forventet antal ydelser/år	100
Anskaffelsespris	Apparatur omkring 50.000 kr. i anskaffelsespris
Afskrivningstid	5 år.
Hjælpepersonale	Udføres af speciallægen eller uddannet klinikpersonale.
Utensilieforbrug	
Foreslået prisniveau	250 kroner
Særlig tiltag	

Udlevering og instruktion i brug af ringeapparat

Ydelse	Udlevering og instruktion i brug af ringeapparat.
Ny/eksisterende	Ny
Målgruppe/ Symptomer	Børn med enuresis nocturna. ("Vådliggere") Førstegangs udlevering af ringeapparat, og ved behov for yderligere instruks eller batteriskift.
Behandling	<p>Børn som er passeret 6 års alderen, og som fortsat er inkontinente for urin om natten, kan behandles med ringeapparat for at optræne deres tømningsrefleks.</p> <p>Behandling vil typisk strække sig over en eller flere perioder med 6 ugers behandlingsforsøg.</p> <p>En lille føler monteres i barnets trusse tæt ved udmundingen af urinrøret. Med det samme en vandladning påbegyndes vil føleren kortsluttes og en batteridrevet alarm, som kan monteres i undertrøjen, vil begynde at ringe. Når barnet vågner, mærkes starten af vandladningen i muskulaturen og efterhånden optrænes evnen til at nå at forhindre at man tisser i sengen. Behandlingen kræver at barnet er modent nok til at kunne samarbejde og kan vågne om natten ved en alarm.</p> <p>Apparat må demonstreres. Hvordan tændes og slukkes alarmer, hvordan skiftes batterier, hvor skal det anbringes for at virke bedst, hvad gør vi hvis barnet ikke vågner. Samtidig må instrueres i brug af et skema, hvor man registrer våde og tørre nætter. (bruges som feedback overfor børnene, så de nemmere selv kan se om der er fremgang).</p> <p>Et behandlingsforløb omfatter oftest en konsultation hos læge, udfyldning af væske-vandladningsskema, udlevering af alarm og 2-3 opfølgende samtaler/kontroller hos læge/hjælpepersonale.</p>
Kommentar/ Særlige forhold	For at opnå bedst effekt af behandling kræves tæt opfølgning, opmuntring og vejledning. Behandlingen har meget stor betydning for disse børns selvværdsfølelse. Kommuner rundt omkring i landet har meget variabel/tilfældig assistance at tilbyde disse børn. Nogle sundhedsplejersker udleverer alarm og giver grundig instruktion og opfølgning. Men mange steder kan forældre ikke låne alarm og andre steder bliver den bare udleveret uden fornøden instruks.
Anskaffelsespris	En alarm koster 800-900 kroner, holder højst til 3-5 patienter. Hyppig skift af batterier og reparation af defekte ledninger.
Antal ydelser/2005	0
Forventet antal ydelser/år	500
Hjælpepersonale	Må specialuddannes i brug af alarm, kan bruges.
Foreslået prisniveau	Foreslået niveau 250 kroner.
Særlig tiltag	Metoden er velkendt og har meget god effekt på motiverede og modne børn. Kvalitetssikring af behandlingen opnås bedst ved at have stor rutine og faste instrukser for hvornår behandling kan startes og hvornår den bør afsluttes.

Tympanometri

Ydelse	Tympanometri
Ny/eksisterende	Ny
Målgruppe/ Symptomer	Børn med mistanke om væske bag trommehinder og nedsat hørelse.
Behandling	Håndholdt måleudstyr som sender lyd impuls mod trommehinden og afslører om der er nedsat bevægelighed af trommehinder.
Kommentar/ Særlige forhold	Mange børn har øvre luftvejsinfektioner hvor der ofte er væske på mellemørerne. Almindelig otoskopi ofte ikke tilstrækkelig til at be- eller afkræfte. Pædiater bør i lighed med mange praktiserende læger, være udrustet til at kunne foretage denne simple undersøgelse.
Antal ydelser/2005	0
Forventet antal ydelser/år	500
Anskaffelsespris	15.000 kr.
Afskrivningstid	5 år.
Hjælpepersonale	Kan udføres af hjælpepersonale.
Utensilieforbrug	10 kr.
Foreslået prisniveau	110 kr. svarende til identisk ydelse hos otologer.
Særlige tiltag	Såfremt denne ydelse også kan udføres hos børnelæger, vil man bedre kunne vurdere, om der er behov for henvisning til yderligere undersøgelse hos otolog. Vil blandt andet kunne medføre hurtigere og mere specificeret henvisning med henblik på drænanlæggelse og dermed vil barnet i kortere tid være plaget af hørenedsættelse.

Hormoninjektioner/vaccination

Ydelse	Hormonbehandling
Ny/eksisterende	Ny
Målgruppe/ Symptomer	Drenge med manglende nedsynkning af testikler
Behandling	Hormoninjektion 1 gang pr. uge i 3 uger
Kommentar/ Særlige forhold	Formål at få testiklen til at falde ned på plads i pungen, eller forbedre blodgennemstrømningen før operation.
Antal ydelser/2005	0
Forventet antal ydelser/år	50
Anskaffelsespris	
Afskrivningstid	
Hjælpepersonale	Udføres af speciallægen eller uddannet klinikpersonale.
Utensilieforbrug	Sprøjte, nåle, sterile servietter, plaster.
Foreslået prisniveau	150 kr.
Særlig tiltag	

6.3.3. Nye laboratorieydelser

Podning fra hud og slimhinder

Ydelse	Podning fra hud og slimhinde.
Ny/eksisterende	Ny
Målgruppe/ Symptomer	Børn med børnesår, forkølelsessår, inficeret eksem, øre- eller øjenbetændelse og sår ved anus.
Behandling	Der podes med vatpind (evt. kulpodepind) som i egnet dyrkningsmedium, sendes til nærmere undersøgelse på mikrobiologisk afdeling.
Kommentar/ Særlige forhold	Disse undersøgelser kan have stor betydning for hvilken behandling der skal iværksættes.
Antal ydelser/2005	0
Forventet antal ydelser/år	400
Anskaffelsespris	
Afskrivningstid	
Hjælpepersonale	Kan bruges.
Utensilieforbrug	Stuarts medium, podedinde, engangshandsker, forsendelsesmateriale.
Foreslået prisniveau	40 kroner
Særlig tiltag	

Miljøundersøgelse ”husstøvmidetest”

Ydelse	Miljøundersøgelse ”Husstøvmidetest”
Ny/eksisterende	Ny
Målgruppe/ Symptomer	Børn med husstøvmideallergi, hvor en påvisning af husstøvmider i miljøet kan have afgørende betydning for planlægning af videre forløb.
Behandling	Der udleveres et filter som kan påmonteres en støvsuger, derefter indsamler forældre fra områder hvor der mistænkes at være forekomst. (Madras, tæpper i soverum eller opholdsrum, evt. sommerhus)
Kommentar/ Særlige forhold	I Odense er denne metode kun mulig fra sygehuset. Det medfører at de praktiserende børnelæger må henvise til børneafdelingen som led i en allergologisk udredning. Forældre må så tage en fridag og hente et filter på sygehuset og få 10 min. instruktion fra en sygeplejerske. De indsamler materiale, det indsendes til centralt laboratorium som analyserer materialet. Svaret sendes til sygehuset hvor en speciallæge gennemser resultatet og sender svaret, samt en kommentar, videre til den praktiserende speciallæge. (Det skal anføres at der ikke vil være nogen problemer med at give instruktion eller tolke svaret hos den praktiserende speciallæge, som uanset er den som tilrettelægger det videre forløb for patienten.)
Antal ydelser/2004	0
Forventet antal ydelser/år	50
Anskaffelsespris	Filtre, ca. 150 kr. pr stk. Betaling af laboratorieundersøgelsen.
Afskrivningstid	0
Hjælpepersonale	Instruktion i opsamling kan udføres af hjælpepersonale. Tolkning af resultat ved speciallægen
Utensilieforbrug	
Foreslået prisniveau	1.500 kr. til dækning af filter, instruktion og laboratorieundersøgelsen.

Streptokokantigenstest

Ydelse	Streptokokantigentest
Ny/eksisterende	Ny
Målgruppe/ Symptomer	Recidiverende halsinfektioner. Mistanke om akut halsbetændelse.
Behandling	Der tages prøve fra halsen, en hurtigtest vil kunne påvise en streptokokinfektion.
Kommentar/ Særlige forhold	Det er yderst vigtigt at behandling kan påbegyndes umiddelbart ved en streptokokinfektion. Påvisning sikrer at man undgår unødvendig behandling med penicillin i de tilfælde, hvor der ikke påvises streptokokker i halsen.
Antal ydelser/2004	0
Forventet antal ydelser/år	200
Anskaffelsespris	
Afskrivningstid	
Hjælpepersonale	Kan udføres af hjælpepersonale
Utensilieforbrug	
Foreslået prisniveau	70 kr.

Referencer:

DBOs moderniseringsoplæg:

Dansk Børnelæge Organisation

Oplæg til moderniseringsforhandlinger i pædiatri år 2005

udgave af den 15-02-2005

Sundhedsstyrelsens Specialevejledning:

Specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet

Vejledning

Sundhedsstyrelsens vejledning vedr. specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet, 2001

Målbeskrivelse for pædiatrisk lægeuddannelse:

Tilgængelig på Sundhedsstyrelsens hjemmeside:

http://www.sst.dk/publ/div/Maalbesk_pdf/paediatri_0204_101.pdf

Sundhedsstyrelsens vejledning om visitation til højt specialiseret behandling på lands- og landsdelsafdelinger:

Tilgængelig på Indenrigs- og sundhedsministeriets hjemmeside:

<http://www.im.dk/Index/dokumnet.asp?o=70&n=1&h=18&t=3&d=1895&s=4>

Vedrørende pædiatriens historie og udvikling:

”Pædiatri i Danmark

Træk af den historiske udvikling”

Erik Thamdrup

Lægeforeningens forlag

København 1994

....

Bilag

Bilag 1: Patientforløb – Vækstproblemer

Bilag 2: Patientforløb – Astma og høfeber

Bilag 3: Patientforløb – Hovedpine

Bilag 4: Patientforløb – Afførings- og/eller urininkontinens

Bilag 5: Oversigt over laboratorieydelser

BILAG 1

Gennemgang af patient med vækstproblemer

- Anamneseoptagelse incl. udspørgen om andre søskendes og forældres vækst i barndommen
- Objektiv undersøgelse og vurdering af evt. pubertetstegn
- Indtegning af vækstkurve (højde- og vægtkurve). Ofte skal værdier først fremskaffes fra egen læge
- Urinstix og dyrkning
- Kostgennemgang, evt. via diætist
- Stillingtagen til undersøgelser

BILAG 2

Gennemgang af patient med astma, høfeber og eksem

- Anamneseoptagelse (gennemgang af hele tre sygdomme)
- Objektiv undersøgelse
- Gennemgang af luftvejsatlas
- Instruktion i peakflowmåling (brug af PF-meter, skemaudfyldelse)
- Instruktion i medicindeviser (f.eks. turbohaler)
- Priktest for allergi

- Instruktion i lungefunktionsundersøgelse
- Evt. reversibilitetstest (lungefunktion før og efter astmamedicin)
- Evt. løbetest
- Gennemgå behandling af eksem inkl.. vejledning i smøring af huden med diverse hudpræparater
- Skriftlig behandlingsplan for alle tre symptomgrupper/sygdomme
- Opfølgning på behandling ved kontroller

BILAG 3

Gennemgang af en patient med hovedpine

- Anamneseoptagelse, som også omfatter drikke- og spisevaner, sovetider/søvn mønster motion/fritidsinteresser, forhold til familie og kammerater, faglige og sociale kompetencer.
- Grundig objektiv undersøgelse, inkl. neurologisk undersøgelse (muskelkraft, reflekser, balance, koordination, synsfelt, synsstyrke), rygundersøgelse og blodtryk
- Instruktion i hovedpinedagbog

- Evt. henvisning til øjenlæge
- Evt. henvisning til MR/CT-scanning af hjernen
- Vurdering af hovedpinedagbog
- Stillingtagen til behandling
- Evt. henvisning til fysioterapeut
- Evt. starte forebyggende behandling udover anfaldsbehandling.
- Følge op på den iværksatte behandling

BILAG 4

Gennemgang af en patient med afførings-og urininkontinens

- Anamneseoptagelse og grundig objektiv undersøgelse, inkl. rektaleksploration, rygundersøgelse og reflekser i benene
- Instruktion i væske-og vandladningsskema
- Instruktion i afføringsdagbog
- Udlevering af Texashat (målebæger)
- Instruktion i toiletræning, faste toilettider/klokkesletsvandladninger
- Urinstix og dyrkning
- Henvisning til ultralydsscanning af nyrer og urinveje, inkl. blæretømning

- Evt. anmode om skoleudtalelse
- Evt. tale med pædagoger i børnehave
- Vurdering af indsendt væske-og vandladningsskema
- Vurdering af afføringskema
- Stillingtagen til evt. behandling, som Minirinbehandling, afføringsmiddel, ringeapparat
- Evt. instruktion i ringeapparat
- Evt. belønningssystem
- Hvis der konstateres forstoppelse, så gennemgang af kost og instruktion i fiberrig kost
- Ved opfølgning ofte nye skemaer igen

BILAG 5

Udviklingen i antallet af laboratorieydelse

Yd. Nr.	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Vækst i pct.
7103	603	596	624	433	390	251	- 58,4
7136	91	68	72				- 100,0
7152	15	1					- 100,0
7155				3			
7156		1		1		3	
7159	7	6	5	44	16	18	157,1
7160				1			
7161	13			3	1		- 100,0
7162	2						- 100,0
7165	1						- 100,0
7166	97	73	7	13	22	11	- 88,7
7167	5	2					- 100,0
7168	38	42					- 100,0
7169	397	198	4	16	13	11	- 97,2
7172	23	14	15	22	10	4	- 82,6
7177	40	40					- 100,0
7178			3				
7179	195	247	203	168	127	99	- 49,2
7180	339	383	529	451	498	1.017	200,0
7181	1			2			- 100,0
7182	5	1					- 100,0
7183	5.830	222	59	12	62	149	- 97,4
7184	36	44		1			- 100,0
7186	42	44					- 100,0
7188	1	1					- 100,0
7189	155	271	343	316	445	802	417,4
7190	987	997	902	988	1.170	1.426	44,5
7208	21	23	12	25	17	17	- 19,0
7210	114	136	72	150	97	102	- 10,5
7212	6	5	1	2			- 100,0
7213	8.696	5.385	10.965	18.298	13.874	14.068	61,8
7230					60	83	
7233				1			
7298	2	4	3	6	1	9	350,0
I alt	17.762	8.804	13.819	20.956	16.803	18.070	1,7