

# DEN GODA DÖDENS VILLKOR – VIKTIG DEBATT I VÅR TID

**Inte bara i Nederländerna utan också i Australien och i Oregon i USA har den officiella inställningen till eutanasi och läkarmedverkan till självmord nyligen ändrats. Intresset för att genom s k livstestamenten ge den enskilde ökat inflytande över vården under sin sista tid har ökat. Tiden är mogen för en genomgripande debatt om eutanasi också i Sverige, men den måste ingå i en diskussion om all vård i livets slutskede.**

I denna artikel ges en översikt över några aktuella internationella ställningstaganden till eutanasi och läkarhjälp till självmord. Dessutom berörs andra frågor som har samband med vård i livets slutskede.

Termen *eutanasi* reserveras för den situation där läkaren griper in i ett sjukdomsförlopp och medvetet förkortar patientens liv. *Medhjälp till självmord* innebär att läkaren ger en patient recept på läkemedel i dödlig dos eller anvisar möjligheter att på annat sätt beröva sig livet.

Från etisk synpunkt är det svårt att se någon relevant skillnad mellan eutanasi och läkarassisterat självmord. Juridiskt är skillnaden betydande, i varje fall med gällande svensk rätt. Eutanasi är direkt förbjudet och torde betecknas som mord eller dråp. Självmord eller självmordsförsök är inte kriminaliserat och därmed inte heller medhjälp till självmord. Skillnaden mellan gärningsmannaskap och medhjälp synes här vara av avgörande betydelse [1].

I ett fall där en läkare skrev ut läkemedel som en annan person gav till en svårt invaliderad man på dennes egen begäran, gällde frågan mord eller dråp, inte självmord [2].

I ett nu aktuellt svenskt fall har en

69-årig kvinna, som på en obotligt sjuk dotters begäran hjälpt denna att dö genom en överdos lugnande tabletter, blivit frikänd av tingsrätten. Domstolen har bedömt handlingen som medhjälp till självmord. Domen är överklagad.

Även om det straffrättsliga läget för läkarmedhjälp till självmord i vårt land är oklart, kan man förutsätta att en sådan gärning skulle kunna anses strida mot allmänna läkarinstruktionens krav på att läkare skall handla enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

## **Eutanasi i Nederländerna över 1 000 fall per år anmäls**

I Nederländerna har eutanasi (och läkarassisterat självmord) officiellt förekommit sedan början av 1980-talet. »Den holländska modellen» går ut på att en beslutskapabel, obotligt sjuk människa på egen begäran kan bli dödad inom sjukvårdens ram (frivillig eutanasi). Eutanasi är i princip olaglig, men läkaren slipper åtal om han följer bestämda föreskrifter i handläggningen av fallet och själv anmäler händelsen till åklagare.

Den praktiska tillämpningen redovisades 1994 i en artikel vars författare har anknytning till hälsovårdsmyndigheter och läkarförbund [3]. I Nederländerna inträffar 130 000 dödsfall årligen varav 40 procent sker i hemmet. 1983 anmäldes tio fall av eutanasi, 1992 anmäldes 1 322 fall. Endast enstaka fall har av åklagare förts till domstol.

Dessa anmälningar ger dock ingen fullständig bild av eutanasiens frekvens. Enligt uppgifter grundade på intervjuer och frågeformulär under strikt anonymitetsskydd förekom år 1990 ca 2 300 fall av eutanasi och 400 assisterade självmord, motsvarande 1,8 respektive 0,3 procent av alla dödsfall. Antalet patienter som begär eutanasi anges vara mångdubbelt större, vilket tyder på att man ofta funnit andra utvägar för den terminala vården.

Man beräknade att eutanasi förekom vid ett dödsfall av 25 i hemmet, vid ett på 75 på sjukhus och vid ett på 800 på vårdhem. Nästan alla patienter var i terminalt stadium, tre fjärdedelar hade cancer. Eutanasi var ovanlig för patienter över 75 år.

De vanligaste orsakerna till begäran om eutanasi var meningslöst eller outhärdligt lidande eller att »slippa förnedring». Endast i 5 procent nämndes direkt smärta som den viktigaste orsaken, men den var bidragande orsak i 40 procent av fallen.

Det synes av dessa undersökningar också framgå att läkare i Nederländerna i mer än 1 000 fall under ett år skrivit ut eller administrerat läkemedel i avsikt att förkorta patientens liv utan att denne uttryckligen begärt det. Det har gällt slutstadier av främst malign sjukdom, där patienten varit döende [3, 4].

## **Skärpta riktlinjer för läkare**

Det torde vara uppgifter av denna art som kommit Royal Dutch Medical Association (KNMG) att 1995 revidera de riktlinjer som varit vägledande för eutanasi sedan 1984 [5].

De nya riktlinjerna vidhåller definitionen av eutanasi som »intentionally taking the life of a person upon his or her explicit request». De utesluter sålunda patienter som inte är beslutskompetenta. Det fastslås nu att eutanasi måste föregås av konsultation med en *oberoende* läkare; man kan inte nöja sig med att rådfråga en kollega från samma praktik. Den konsulterade läkaren måste själv undersöka patienten.

Det sägs också att en läkare måste vara beredd att diskutera eutanasi med sin patient; om han har samvetsbetänkligheter måste han tala om det för patienten, så att denne har möjlighet att vända sig till annan läkare.

Grundvalarna för den holländska eutanasi-modellen är att en önskan att dö måste komma av fri vilja (inte vara påtvingad), den måste vara bestående och välöverlagd. Patientens lidande måste vara outhärdligt och utan hopp om bättring, men det klargörs också att lidandet kan vara fysiskt såväl som mentalt.

Med dessa riktlinjer vill KNMG försäkra sig om att eutanasi sker inom fastställda gränser [5].

## **Eutanasi utan begäran accepteras**

En ny utveckling i den holländska modellen kan möjligen anas i ett mål som nyligen avgjorts av en appella-

### **Författare**

GUNNAR DAHLSTRÖM  
professor emeritus, Uppsala

tionsdomstol i Amsterdam [6]. En gynekolog var åtalad för att han på föräldrarnas begäran givit en dödande injektion till en tre dagar gammal flicka med hydrocephalus, spina bifida och hjärnskador.

Appellationsdomstolen anförde att operation inte kunnat lindra barnets hopplösa lidande. Läkaren hade att välja på att ge smärtlindring, som i sig kunnat medföra döden, eller att medvetet avsluta flickans liv. När läkaren följde föräldrarnas önskan handlade han enligt »scientifically responsible medical opinion» och i samklang med medicinskt etiska normer. Åtalet ogillades.

Detta är det första avgörandet i en serie fall som av åklagare förts till domstol, där eutanasi utförts utan patientens egen begäran. De gäller t ex spädbarn, patienter i coma och åldersdementa [6].

### Oregonlag om läkares medverkan till självmord

I Oregon i USA antogs i november 1994 en lag (Death with Dignity Act) som blivit mycket omskriven. Den tillåter läkare att under vissa strikt reglerade förhållanden *medverka vid självmord*.

En beslutskapabel person med obotlig sjukdom kan hos sin läkare skriftligen begära att få recept på läkemedel i dödlig dos. Vittnen skall intyga att patienten handlat av fri vilja och utan tvång. Femton dagar efter denna skrivelse skall patienten muntligt upprepa sin begäran; därefter måste ytterligare 48 timmar förflyta innan recept får utfärdas.

Begäran kan beviljas endast till sjuka i terminalt stadium. Minst en oberoende läkare måste bedöma patientens sjukdom och prognos [7].

Lagen föregicks av en folkomröstning, där 52 procent av de röstande ansåg att assisterat självmord borde legaliseras. Oppositionen har varit stark, bl a från kyrkligt håll men även från American Medical Association som anser att lagen är oetisk. Liknande lagförslag diskuteras i flera andra stater i USA.

En federal domstol stoppade i augusti 1995 lagens ikraftträdande, och det är osäkert om eller när den kan börja tillämpas. Domstolen ansåg att de goda resultat som kunde uppnås inte uppvägsde risken för fel och missbruk [8].

### Eutanasilag i Australien

I Northern Territories i Australien har 1995 antagits en lag (Rights of Terminally Ill Act) som tillåter eutanasi på patientens begäran om vissa specificerade villkor är uppfyllda.

Patienten skall vara i slutstadiet av en obotlig sjukdom och uppleva smärta och/eller lidande som outhärdliga. Två

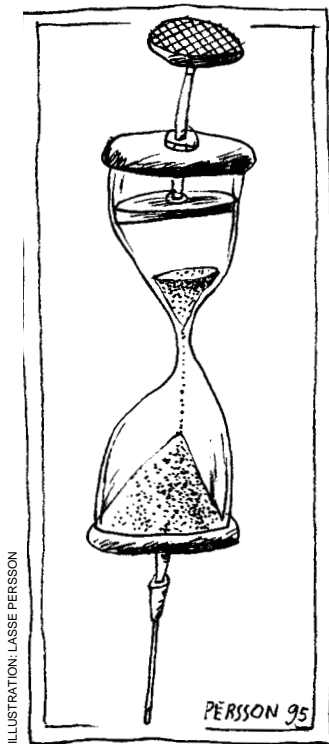


ILLUSTRATION: LASSE PERSSON

Bör patienten få läkarhjälp för att avkorta sitt liv?

läkare, varav en med psykologisk utbildning, skall ha funnit att patienten lider av en dödlig sjukdom för vilken det inte finns någon botande behandling. Andra villkor skall garantera att begäran sker av fri vilja och är nogt överlagd. Läkaren skall ha presenterat alla behandlingsalternativ, inklusive palliativ vård. Den fullständiga lagtexten är publicerad i Bulletin of Medical Ethics [9].

Opinionsundersökningar har visat ett starkt stöd för lagen bland allmänheten. Motstånd har rests från bl a Australian Medical Association, som menar att det gäller förhållanden mellan läkare och patient som inte lämpar sig för lagstiftning.

Liknande lagar övervägs i ytterligare tre stater i Australien [10].

Sju läkare i Melbourne har i ett öppet brev förklarat att läkarassisterat självmord redan förekommer och att de medverkat. De hävdar att det finns patienter med fysiskt eller mentalt lidande som är utom räckhåll även för sofistikerad behandling. Om en sådan patient klart och tydligt begärt att hans liv skall avslutas har de enligt brevet tillmötesgått denna begäran. De menar att de därmed handlat i den medicinska etikens bästa traditioner och att det skulle ha varit grymt att handla på annat sätt [11].

### HD-dom i Irland om att avbryta behandling

Även i andra länder har frågor om att avstå från eller att avbryta livsuppehåll-

lande behandling, eutanasi och läkarassisterat självmord behandlats i domstolar eller av särskilda kommittéer under de senaste åren.

På Irland har Högsta domstolen medgivit att näringstillförsel genom gastrostomi till en 45-årig kvinna får avbrytas. Hon hade legat »nästan kroniskt medvetlös» i 23 år efter en hjärnskada vid operation.

Domskälen är beaktansvärda: Näringstillförsel genom sond inkräktar på den kroppsliga integriteten. Den kan inte anses vara normal nutrition. Utan näringstillförsel genom sond skulle kvinnan dö på kort tid och hon måste därför räknas som terminalt sjuk. Eftersom döendet är en del av livet och är dess yttersta följd, innebär rätten till liv också rätten till en naturlig död, rätten att låta naturen ha sin gång utan livsuppehållande artificiell näringstillförsel som inte har någon kurativ effekt [12].

### Läkarassistentens vid självmord avslags i Kanada

I Kanada initierades 1993 en häftig debatt när en 45 års kvinna med amyotrofisk lateralskleros hos domstol begärde rätt till läkarassistent för att kunna ta sitt liv. Högsta domstolen avslag begäran med knappast möjliga majoritet. Kvinnan avled senare med hjälp av en oidentifierad läkare i närvaro av en vän som var parlamentsledamot. Detta väckte en mediastorm.

Opinionsundersökningar har visat att 80 procent av befolkningen i Kanada är positiv till läkarassisterat självmord. En särskild parlamentskommitté har motsatt sig avkriminalisering av eutanasi och assisterat självmord. Man föreslår i stället strafflindring om gärningen utförts av medkänsla och barmhärtighet. Framför allt föreslås klarare juridiska regler för när det är berättigat att avstå från eller avbryta livsuppehållande behandling. Kommittén vill också ge palliativ vård högsta prioritet i sjukvården [13].

### Nej till lagfäst eutanasi i Storbritannien

I Storbritannien granskade 1994 en överhuskommitté för medicinsk etik livsuppehållande behandling, eutanasi och andra frågor rörande vård i livets slutskede [14]. I rapporten understryks den beslutskompetente patientens absoluta rätt att avböja behandling. Där diskuteras hur onödigt aggressiv behandling skall undvikas, när livsuppehållande behandling kan avbrytas etc. Man motsätter sig eutanasi, främst därför att det är svårt att sätta gränser som förhindrar missbruk.

Kommittén lägger stor vikt vid livstestamenten om patientens önskan om

att avstå från livsuppehållande behandling (advance directives) men anser att de inte behöver lagfästas. Det finns klara etiska grunder för att livstestamenten bör respekteras på samma sätt som den beslutskompetente patientens begäran att behandling skall avbrytas [14].

### Argument för och emot eutanasi

De argument som används i dagens diskussioner om eutanasi och assisterat självmord är gamla och beprövade.

Anhängarna stöder sig på patientens rätt att bestämma över sig själv. Rätten att avböja livsuppehållande behandling accepteras av nästan alla samhällen av västerländskt snitt; eutanasi är, menar de, inget annat än en konsekvens av denna rätt.

För eutanasi talar också barmhärtighet och medkänsla mot de människor som i slutet av sitt liv utsätts för outhärdliga fysiska eller psykiska lidanden; de måste ges rätt till en god död, till och med till eutanasi om de så önskar.

Motståndarna – och de tveksamma – hänvisar främst till »det sluttande planet». En legaliserad eutanasi kan vidgas över de fastställda gränserna till människor som aldrig bitt om eutanasi – så som synes ha skett i Nederländerna.

Den »fria viljan» kan också vara bedräglig; den sjuke kan vara rädd för att belasta sina anhöriga och begär därför eutanasi. Risken finns, menar man, att eutanasi ersätter en god terminalvård om samhällsekonomin sviktar. Önskan att dö kan också bero på en behandlingsbar depression.

### Rätten att bestämma kan aldrig vara absolut

Rätten att bestämma över sig själv kan dock aldrig vara absolut. Individens intresse måste ställas mot medmänniskornas. Om eutanasi skadar människorna i samhället måste den kunna förbjudas. Och motståndarna anser att deras argument visar att en legalisering av eutanasi är mot medmänniskornas intresse.

Anhängarna genmäler att många opinionsundersökningar på olika håll visar klar sympati i befolkningen för eutanasi och assisterat självmord. Det är riktigt, men det finns här skäl att notera att läkarorganisationer ofta uttalat sig negativt. I det sammanhanget måste erkännas att det – historiskt sett – knappast är läkare som ivrigast hävdar patientens rätt att bestämma över sig själv.

### Ökat intresse för livstestamenten

Eutanasi och assisterat självmord är delar av ett större problemkomplex som handlar om vården i livets slutskede. Sådana krav blir sannolikt mindre på-

## Danskt livstestamente

I Danmark har livstestamenten lagfästas, men vilken konsekvens de får för läkarens handlande beror på vilka alternativ patienten kryssat för i livstestamentet. Detta anger tre situationer, och den enskilde kan sätta kryss för ett, två eller tre önskemål:

1 Jeg ønsker ikke livsforlængende behandling, hvis jeg er i en situation, hvor jeg er uafvendeligt døende.

2. Jeg ønsker ikke livsforlængende behandling i tilfælde af, at sygdom, fremskreden alderdomssvækkelse, ulykke, hjertestop eller lignende har medført en så svær invaliditet, at jeg varigt vil være ude af stand til at tage vare på mig selv fysisk og mentalt.

3. Jeg ønsker under den i punkt 1 nævnte situation at blive holdt fri for smerter med smertestillende/bæroligende midler, selv om det skulle medføre risiko for fremskyndelse af dødstidspunktet.

Livstestamentena registreras centralt i ett särskilt register vid Rigshospitalet i Köpenhamn. Den officiella broschyren om systemet preciserar hur läkarna skall uppfylla önskemålen på följande sätt:

»Har man i livstestamentet givet uttryck för, at man ikke ønsker behandling, hvis døden er uafvendelig (punkt 1 i testamentet), skal lægerne altid rette sig efter det.

Har man ønsket ikke at blive behandlet for at forlænge livet, hvis man ligger hjælpeløs hen uden håb om bedring (punkt 2), skal lægen tage det med i sine overvejelser om behandling.»

trängande i en miljö där god terminalvård är tillgänglig för alla utan ekonomiska restriktioner och där »överbehandling» av döende människor inte behövs befaras.

En god terminalvård innebär bl a att människor vet att de kan skaffa sig inflytande över sin behandling även när de inte längre kan ge direkt uttryck för sina önskemål.

Intresset för »livstestamenten» är stort internationellt.

De tillåter en människa att behålla ett visst inflytande över sin behandling även när hon inte längre är beslutskompetent. En svårighet är att man i ett testamente inte kan förutse alla de situationer som kan inträffa, men även en mera allmänt hållen viljeyttring kan ge läkaren anvisning om patientens livsinställning och önskemål.

I diskussioner hos oss anför man ibland som skäl mot livstestamenten att man inte kan veta om patienten ändrat

mening sedan testamentet skrevs. Det är ett skäl som enligt min mening saknar bärkraft. Testamentet används först när patienten är i det absoluta slutskedet av livet och inte längre själv kan kommunicera med sin omgivning. Så länge kommunikation är möjlig skall läkaren diskutera olika möjligheter direkt med patienten. Och så länge patienten är beslutskapabel kan han när som helst återkalla livstestamentet.

En allvarligare svaghet är att det tycks vara svårt att sprida kunskap om vad livstestamenten innebär. Det är rimligtvis samma orsaker till det som till att det är svårt att få människor att ta ställning till donation av organ. Det är svårt att aktualisera tanken på döden, svårt att sätta sig in i att den tillhör livets realiteter.

### Tiden mogen för debatt om eutanasi i Sverige

Även i Sverige har en debatt om eutanasi (och assisterat självmord) hållits vid liv men den har varit mindre intensiv än i länder där lagstiftning varit aktuell. Statens medicinsk-etiska råd gav 1992 ut en debattskrift om eutanasi [15] och frågor av denna karaktär har ofta ventilerats i medierna. De togs också upp av ett par talare när Svenska Läkaresällskapets delegation för medicinsk etik firade 25-årsjubileum [2, 16].

I Läkartidningen har under hösten 1995 förekommit ett par mycket tänkvärda inlägg kring temat eutanasi. I nr 43/95 frågar Fallberg och Borgenhammar om tiden är mogen för en öppen, varsam debatt om »döds kvalitet», om frågor kring en god död. I nr 46/95 föreslår Böttiger – i anslutning till en recension av Jersilds bok »En gammal kärlek» – en regeringskommission med uppgift att på ett fördomsfritt sätt kartlägga och diskutera möjligheten av att tillåta en reglerad eutanasi i Sverige.

Jag tror också att tiden är mogen för en genomgripande eutanasidiskussion även hos oss. Men den måste ingå i en diskussion om vård i livets slutskede, om livsuppehållande behandling, om livstestamenten etc.

### Har de vackra principerna genomsyrat vardagsvården?

År 1978 föreslog en utredning (SOU 1978:82) bl a att sjukvårdens resurser i livets slutskede bör koncentreras på den fundamentala omvårdnaden; läkarens främsta uppgift är att med respekt för den sjukes integritet minska hans lidande.

Omkring 1990 inarbetades utredningens synpunkter i skrifter från Societalstyrelsen om smärtlindring, om vård i livets slutskede och om avbrytande av livsuppehållande behandling. Det är där klart utsagt att alla människor har rätt att

bestämma över sitt eget liv och att få dö under värdiga former – men också att åtgärder vars enda syfte är att orsaka en patients död aldrig är tillåtna.

Mycket arbete har lagts ner på att omsätta dessa principer i vårdens verklighet, men om de genomsyrat den vet vi inte. Det bör vara möjligt att få en bild av det genom attitydundersökningar. Man bör också kunna få en uppfattning om hur allmänhet och vårdpersonal ställer sig till livstestamenten och till eutanasi. Man bör kunna få veta hur ofta patienter eller anhöriga ställer frågor om eutanasi och om sådana frågor diskuteras öppet eller avvisas.

Det finns nu många erfarenheter att hämta från andra länder, men de kan aldrig helt ersätta kunskaper från vårt eget samhälle. Och endast med en god kunskapsgrund blir samtal om rätten till vår död, om livstestamenten och om eutanasi meningsfulla.

### Litteratur

1. Rynning E. Samtycke till medicinsk vård och behandling. En rättsvetenskaplig studie. Uppsala: Iustus förlag, 1994:146 Akad avh.
2. Ottosson JO. Går pliktetiken mot en renäsans? Läkartidningen 1995; 92: 3469-72.
3. Van der Wal G, Dillmann RJM. Euthanasia in the Netherlands, BMJ 1994; 308: 1346-9.
4. Pijnenborg L, van Delden JJM, Kardaun JWPF, Glerum JJ, van der Maas PJ. Nationwide study of decisions concerning the end of life in general practice in the Netherlands, BMJ 1994; 309:1209-12.
5. Sheldon T. Dutch doctors tighten euthanasia guidelines. BMJ 1995; 311: 708.
6. Sheldon T. Dutch appeal court dismisses case against doctor. BMJ 1995; 311: 1322.
7. Alpers A, Lo B. Physician assisted suicide in Oregon. A bold experiment. JAMA 1995; 274: 483-7.
8. Gianelli DM. Assisted suicide show-down, headed to high court. American Medical News 1995; 38:1.
9. Official statements. Rights of the terminally ill act 1995 (Northern territory Australia). Bull Med Ethics 1995; nr 108: 8-11.
10. Cordner SM. Reactions to Australian state's euthanasia law. Lancet 1995; 345: 1561-2.
11. News. Australia. Bull Med Ethics 1995; nr 109: 3.
12. Wall M. Irish supreme court approves right-to-die case. Lancet 1995; 346: 368.
13. Kondro W. Canada's euthanasia debate renewed. Lancet 1994; 343: 534.
14. Review. House of lords on care for dying. Bull Med Ethics 1994; nr 105: 13-6.
15. Statens medicinsk-etiska råd. Eutanasi – en debattskrift. Etiska vägmarken 5. Stockholm, 1992.
16. Karlsson Y. Läkaresällskapets etikdelegation 25 år: Resurser, vardagsfrågor bör komma mer i centrum. Läkartidningen 1995; 92: 3460-6.

# ENTERAL NUTRITION I HEMMET

## Vart tredje barn utan komplikationer

**Enteral nutrition i hemmet är en behandling som kan erbjudas barn med otillräckligt näringsintag, ofta till följd av långvariga sjukdomstillstånd. Hos knappt vart tredje barn förekom inga komplikationer.**

**Nutritionsteam med olika specialister hjälper föräldrarna och barnen att genomföra behandlingen. För att kartlägga behovet av dessa arbetslag har en inventering av enteral nutrition till barn i Stockholms län genomförts. Dessutom kartlades indikationer för behandlingen och frekvensen av komplikationer.**

Antalet barn med kroniska sjukdomar som får enteral nutrition i hemmet (hementeral nutrition, HEN) har under de senaste åren stadigt ökat i Sverige. Den främsta förklaringen till detta torde vara att läkare, vårdpersonal och föräldrar i allt större utsträckning uppmärksammar att undernäring är vanligt hos kroniskt sjuka barn. Utländska studier av sjukhusvårdade barn har visat tillväxthämning och avmagring i denna grupp jämfört med normalmaterial [1-3]. Andra studier har visat att aktivt nutritionsstöd spelar en stor roll i omvårdnaden av barn som har sjukdomar i mag-tarmkanalen, medfödda hjärtmissbildningar, funktionella handikapp, metabola sjukdomar eller cancer [4].

Enteral nutrition innebär att föda tillförs till mag-tarmkanalen med tekniska hjälpmedel. Denna metod används när barn inte kan äta tillräckligt på vanligt sätt.

1991 bildades vid barnklinikerna på Karolinska sjukhuset och S:t Görans sjukhus ett nutritionsteam bestående av läkare, nutritionssköterska och dietister. Numera är även logoped och kurator knutna till teamet. Genom att lära upp föräldrar att sköta enteral nutrition i hemmet kan vårdtiden på sjukhus kortas. Barnen får normaliserad tillväxt trots sjukdom och kan ha fördelar av att vistas i hemmiljö istället för på sjukhus.

Indikationerna för HEN är numera allmänt accepterade, Tabell I.

Kvalificerad vård av barn i hemmet kräver resurser för uppläring av föräldrar, för att följa upp effekterna och för att lösa uppkomna problem. Målsättningen med denna studie var att inventera förekomsten av HEN till barn i hela Stockholms län för att därefter bedöma underlaget för pediatrika nutritionsteam i en definierad befolkning. Vi avsåg också att kartlägga aktuella indikationer för HEN och se vilka komplikationer som uppkommit av denna behandling.

### METOD

Samtliga dietister vid länets barnkliniker kontaktades och ombads att rapportera vilka barn och ungdomar med HEN som de hade kännedom om. Vi skrev till barnens föräldrar och förklarade målsättningen med studien och bifogade en enkät som de fyllde i och sände in icke anonymt. Vi avsåg att använda ett prevalensdatum, men sen inrapportering och problem med felaktiga adresser gjorde att vi studerade tidsperioden 1 december 1993 till 1 mars 1994.

### RESULTAT

Genom kontaktpersonerna erhöll vi namn på 90 barn och ungdomar med hementeral nutrition. 55 föräldrar besvarade enkäten (61 procent) angående 23 pojkar och 32 flickor. Bortfallet har studerats med avseende på prevalens men inte beträffande indikationer och komplikationer.

### Författare

BERIT BJÖRNESTAM  
nutritionssköterska

ELISABET BLANK LINDHOLM  
läkarsekreterare

YIGAEEL FINKEL

biträdande överläkare, docent; samtliga vid enheten för pediatrik gastroenterologi och nutrition, barnklinikerna, Karolinska sjukhuset/S:t Görans sjukhus, Stockholm.