

- nists. Arch Gen Psychiatry 1978;35:335-40.
4. Rawson RA, Glazer M, Callahan EJ, Liberman RP. Naltrexone and behavior therapy for heroin addiction. NIDA Res Monogr 1979;25:26-43.
  5. Mello NK, Mendelson JH, Kuehne JC, Sellers MS. Operant analysis of human heroin self-administration and the effects of naltrexone. J Pharmacol Exp Ther 1981;216:45-54.
  6. Ladewig D. Naltrexone – an effective aid in the psychosocial rehabilitation process of former opiate dependent patients. Ther Umsch 1990;47:247-50.
  7. San L, Pomarol G, Peri JM, Olle JM, Cami J. Follow-up after a six-month maintenance period on naltrexone versus placebo in heroin addicts. Br J Addict 1991;86:983-90.
  8. Lerner A, Sigal M, Bacalu A, Schiff R, Burganski I, Gelkopf M. A naltrexone double blind placebo controlled study in Israel. Isr J Psychiatry Relat Sci 1992;29:36-43.
  9. Shufman EN, Porat S, Witztum E, Gandacu D, Bar-Hamburger R, Ginaty Y. The efficacy of naltrexone in preventing reabuse of heroin after detoxification. Biol Psychiatry 1994;35:935-45.
  10. Gerra G, Marcato A, Caccavari R, Fontanesi B, Del Signore R, Fertonani G, et al. Clonidine and opiate receptor antagonists in the treatment of heroin addiction. J Subst Abuse Treat 1995;12:35-41.
  11. Cornish JW, Metzger D, Woody GE, Wilson D, McLellan AT, Vandergrift B, et al. Naltrexone pharmacotherapy for opioid dependent federal probationers. J Subst Abuse Treat 1997;14:529-34.
  12. Heilig M. Läkemedelsbehandling nödvändigt villkor för psykologisk terapi. Läkartidningen 2001;98:4488.
  13. Sees KL, Delucchi KL, Masson C, Rosen A, Clark HW, Robillard H, et al. Methadone maintenance vs 180-day psychosocially enriched detoxification for treatment of opioid dependence: a randomized controlled trial. JAMA 2000;283:1303-10.
  14. Osborn E, Grey C, Reznikoff M. Psychosocial adjustment, modality choice and outcome in naltrexone versus methadone treatment. Am J Drug Alcohol Abuse 1986;12:383-8.
  15. Preston KL, Silverman K, Umbricht A, Dejsens A, Montoya ID, Schuster CR. Improvement in naltrexone treatment compliance with contingency management. Drug Alcohol Depend 1999;54:127-35.
  16. Carroll KM, Ball SA, Nich C, O'Connor PG, Eagan DA, Frankforter TL, et al. Targeting behavioral therapies to enhance naltrexone treatment of opioid dependence: efficacy of contingency management and significant other involvement. Arch Gen Psychiatry 2001;58:755-61.
  17. Vaillant GE. A 20-year follow-up of New York narcotic addicts. Arch Gen Psychiatry 1973;29:237-41.
  18. Hser YI, Anglin D, Powers K. A 24-year follow-up of California narcotics addicts. Arch Gen Psychiatry 1993;50:577-84.
  19. Goldstein A, Herrera J. Heroin addicts and methadone treatment in Albuquerque: a 22-year follow-up. Drug Alcohol Depend 1995;40:139-50.
  20. Kirchmayer U, Davoli M, Verster A. Naltrexone maintenance treatment for opioid dependence (Cochrane review). In: The Cochrane Library. Oxford: Update Software;2001. Issue 4.

## Skadad eller sjuk i utlandet:

# Är hemtransport med SOS-International på 2001 års nivå?

SOS-International anlitas av försäkringsbolagen för hemtransport av skadade och sjuka i utlandet. Det är då inte bara en fråga om att boka tider på olika transportmedel, utan att man också måste göra en noggrann medicinsk bedömning av patienten. Detta är naturligtvis inte lätt på avstånd, men i det i inlägget refererade fallet var det så mycket som icke fungerade optimalt att SOS agerande starkt måste ifrågasättas. En oberoende granskning av SOS Internationals verksamhet föreslås för att hindra att fler patienter drabbas.

**BO HOLMSTRÖM**  
docent i kirurgi vid Karolinska institutet;  
tidigare överläkare vid Danderyds sjukhus  
*Bo.Holmstrom@kids.ki.se*

■ Jag kom till Kreta på en torsdag kl 11.30 och råkade falla redan i ankomsthallen på vänster höft. Stark smärta – misstanke på kollumfraktur. Transport till sjukhus där en röntgenundersökning verifierade diagnosen. Jag meddelade att jag genast önskade transport till hemortssjukhuset för definitiv behandling, och skrevs in tills vidare kl 15.00.

### Sökte själv SOS-International

Sjukhusets läkare tyckte att jag själv skulle kontakta SOS-International för hemtransport. Jag ringde dem och talade med Pia som tog alla uppgifter. Jag meddelade att jag önskade transport snarast under kvällen eller natten för att kunna opereras på hemortssjukhuset dagen därpå, dvs inom 24 timmar. Jag bad att få tala med deras läkare och han skulle ringa upp. Jag upprepade denna begäran två gånger men ingen ringde. På avdelningen fanns en telefon för inkommande samtal som jag kunde nå genom att sängen flyttades. Den gick dock ej att ringa ut på.

### Ringde på kvällen

SOS ringde senare på eftermiddagen och meddelade att det gick ett plan till Sverige på kvällen, och frågade om jag kunde sitta? Man hade alltså inte fattat hur jag var skadad! Jag meddelade att jag måste transporteras liggande på bår. Jag fick veta att en läkare måste åtfölja en patient som transporteras på bår. Man kunde inte få tag i någon idag. (Det visade sig emellertid att den som kom på lör-

dagskvällen mycket väl kunde ha kommit tidigare.)

### På sjukhuset

Sjukhusets insats bestod av en säng och tre matbrickor per dag samt, ankomstdagen, 2 000 ml saltlösning iv. Någon som helst sjukvård i form av tvättning, liggsårprofilax och dylikt förekom ej, vilket var tråkigt, eftersom det var 30 grader varmt. Den unga kvinnliga läkare som skrev in mig kom upp en gång och kunde meddela att jag var fri att avresa när, vart och på vilket sätt jag ville, vilket meddelades SOS-International.

Jag låg alltså platt på rygg orörlig i tre dygn i mina kläder. Redan efter första natten fanns två ömmande punkter med viss subkutan induration på sakrums högra sida. Eftersom ett liggsår katastrofalt ökar komplikationsrisken vid operation ägnade jag mig i fortsättningen intensivt åt att massera området.

På fredagen meddelades att en åtföljande läkare skulle komma på lördagskvällen. Till sist, mellan lördag och söndag, hade Vingresors representant hittat ett privatsjukhus dit vi kunde få flytta och få varsin säng. (Eftersom min hustru har nedsatt syn och svårt att klara sig i främmande omgivning, och jag saknade vårdare, fick hon stanna på sjukhuset och vi delade på nätterna den smala sängen).

SOS nekade mig att flytta av medicinska skäl, trots att någon medicinsk vård ej gavs på det sjukhus där jag låg, och att läkarna sagt att jag var fri att avresa när, vart och på vilket sätt jag ville.

### Hemtransporten

På lördagskvällen, efter drygt två dygn, ankom den vänlige, danske överläkare som skulle eskortera mig under resan. Han medförde en specialmadrass som

skulle hålla mig relativt fixerad och minska smärtorna under transporten. På grund av omständigheterna under transporten fick han en mycket otacksam uppgift.

Kl 05.30 söndagen den 10 september startade hemtransporten. Efter att ha flyttats över på den medförda madrassen, som kunde blåsas upp och höften därmed immobiliseras, låg jag relativt bra och fördes med ambulans till flygfältet för avfärd kl 07.15 med Olympic Airways Boeing 737-400 till Aten. Inlastning skulle ske baktill från babordsidan till en ställning uppställd över de tre akterska radernas stolsryggar. Detta arrangemang gällde samtliga flygplan.

Det visade sig emellertid att ingången bak var för trång. En bår kunde icke på ett enkelt sätt föras in genom denna ingång till kabinen. Då man försökte tippa båren visade sig den medförda madrassen läcka och deformerades med intensiva smärtor som följd. Dessutom sviktade bårstängerna, vilket också medförde rörelser i frakturen och starka smärtor. Slutligen kom jag med knuffar, tryck och ryck upp på ställningen.

Efter ankomsten till Aten var svårigheterna att komma ur planet ännu värre än att komma in. Det var helt enkelt för trångt för att kunna få ut och in en patient med fraktur på bår. Man försökte att lägga mig i en hängmatta av lakan och bära genom att hålla ihop i mitten ovan kroppen (på två man!), vilket komprimerade frakturen och gav starka smärtor. Nästan stående kom jag så småningom ut och ned på en ny bår. Ambulans till en Airbus och inlastning som var smärtfri genom att båren lätt kom in.

### I Köpenhamn

I Köpenhamn skedde urlastningen med hjälp av en bår som kunde delas och de bägge halvorna skjutas in från vardera sidan, vilket gick mycket smidigt. Urloadningen gick lika bra som ilastningen i Aten, och med ambulans fördes jag till nästa plan, en SAS DC 9. Detta hade en ingång rakt bakåt men med en mycket brant (45 grader!) och smal trappa. Jag bars upp i planet med fötterna först och huvudet nedåt.

Någon sele, som tog belastningen på axlarna, fanns ej. Jag fick hålla mig fast med händerna i båren. På grund av fel på väderradarn kunde planet inte starta utan byte skedde till en annan DC 9, dvs upp på båren igen, utför den branta trappan med huvudet nedåt, ambulans till nya planet, inlastning med huvudet nedåt i den nya branta trappan och så till ro på ställningen.

På Arlanda slutligen skedde överföring till den sista ambulansen för transport till hemortssjukhuset, dit jag ankom

**Figur 1.** Ambulanstransport från seklets början.

kl 19.30 efter 14 timmars transport. Transportmedel: fyra flygplan, fem ambulanser och sammanlagt nio förflyttningar.

### Total höftplastik i stället för osteosyntes

Operation är utförd men på grund av den 3 dygn långa fördröjningen blev det inte bara en osteosyntes utan en total höftplastik, alltså ett betydligt större ingrepp än som primärt behövts. Vid samtal med SOS' läkare nu efteråt talar han (invärtesmedicinare) om för mig (kirurg) att höftplastik under alla omständigheter är den riktiga behandlingen av en patient med fraktur av min typ och i min ålder!

Detta är inte en etablerad sanning och jag instämmer inte! Det är inte SOS som skall bestämma typ av operation, vilket de nu faktiskt kom att göra.

### Diskussion

En informell enkät till de ortopediska specialitetsföreningarna i Sverige, Finland och Norge visar att man rekommenderar att patienten opereras inom 24 timmar! Trombos (lungemboli), liggsår och pneumoni är tre allvarliga komplikationer vid fraktur, och bidrar till att operation bör ske inom 24 timmar. Detta tycks vara okänt för SOS, som anser att 3 dygns väntan var fullt försvarligt.

Min slutsats är alltså att man inte kan lita på att SOS-Internationals hemtransport är på år 2001-nivå. Efter denna upplevelse måste jag starkt ifrågasätta SOS-Internationals insatser. Jag anser att handläggningen har varit plågsam, oprofessionell, direkt felaktig och klandervärd. SOS har missförstått sin uppgift att transportera en sjuk patient och snarare förflyttat ett kolli till annan ort vid för SOS lämpliga tidpunkter och med för dem lämpliga omlastningar. En obero-

ende inspektion och granskning av SOS-Internationals rutiner behövs tydligen. Detta kan inte få drabba fler patienter.

### Frågor

Med anledning av ovanstående erfarenheter har jag följande frågor till SOS-International:

1. Varför kontaktade icke SOS läkare mig? Fanns det överhuvudtaget någon läkare i tjänst? Vilken specialitet hade denne i så fall?
2. Varför transporterades jag, med en färsk, icke fixerad fraktur, icke inom 24 timmar med eget flygplan till hemorten?
3. Hur kan man fråga om jag kunde sitta när man visste diagnosen?
4. Man meddelade också att »alla plan var fulla«. Hur så? Om det inte fanns plats förrän om 2 veckor, skulle jag ligga kvar och vänta på det då?
5. Med vilken rätt nekades den överflyttning till privatsjukhuset som ordnats av Vingresor? Enligt läkarna på det sjukhus där jag låg kunde jag fritt bestämma det. Jag betraktar det närmast som trakasseri.
6. Hur kan man ordna en transport med tre (som blev fyra) flygplansbyten vid denna skada?
7. Hur kan man använda en Boeing 737-400 för denna typ av transport? Vet inte SOS att det ej går att på ett ansständigt sätt få in en bår genom bakre ingången?
8. Av vilken anledning tar man in en bår i DC9 med huvudet nedåt i den branta trappan? •

**Nästa sida:**  
**SOS-International svarar.**