

## Förvånande SBU-slutsats om naltrexons nytta vid behandling av heroinberoende

SBU har nyligen publicerat en värdering av behandlingsforskningen på missbruksområdet [1]. Rapporten kommer för lång tid att påverka det kliniska arbetet, och har kommenterats tidigare [2]. En förvånande slutsats i SBU-rapporten var att opiatreceptorantagonisten naltrexon skulle vara effektiv för behandling av heroinberoende, en värdering som framförs utan ytterligare nyansering. Frågan är av stor betydelse för berörda patienter. Metadonunderhållsbehandling utgör annars ett dokumenterat verksamt alternativ vid heroinberoende, enligt samstämmiga värderingar inklusive SBUs egen. Eftersom denna behandling fortfarande inte når flertalet svenska patienter är frågan om alternativens effektivitet viktig.

### MARKUS HEILIG

FoUU-chef, psykiatrin vid Huddinge Universitetssjukhus  
markus.heilig@neurotec.ki.se

■ Naltrexon syntetiserades 1967, och redan på tidigt sjuttioal fanns i USA ett stort intresse för behandling av opiatberoende med detta medel. Efter flera små studier som visade blandade resultat gav amerikanska regeringen i uppdrag åt National Academy of Science (NAS) att avgöra frågan. Detta ledde till en av de största och mest påkostade multicenterstudierna på beroendområdet, klar 1977 och publicerad året därpå [3].

### NAS-studien

Resultaten av NAS-studien var entydiga. De redovisas och kommenteras kanske bäst i en översikt av Rockefeller-professorn Kreek, en av de ledande experterna på området [4]:

»After random assignment to study medication early 1976, 192 subjects received at least one dose of naltrexone in a study of medication. This included 42 street addicts, 48 former addicts in methadone treatment, and 92 post addicts. Although this study was planned to be conducted for a longer period of time, it had to be terminated early because of the extremely high drop-out rate. Of the 182 patients who were initiated in naltrexone treatment, 169 dropped out of treatment prior to completing 9 months of pharmacotherapy. ( ... ) Of the 13 subjects who completed 9 months of treatment, including seven receiving naltrexone and six receiving placebo, none came from the street addict group.«

Resultatet av NAS-studien illustreras i Figur 1, och har av uppenbara skäl an-

setts vara konklusivt. Endast ett litet antal studier har därför tillkommit senare. Dessa har ansetts ha begränsningar, bl a vad gäller duration, och/eller har riktats till särskilt utvalda patientgrupper, hos vilka man kunnat nå viss framgång [5].

### Bedömningen av naltrexon

Sammantaget har en relativt nyanserad värdering etablerats bland de flesta forskare och kliniker inom fältet [6, 7]: Naltrexon kan vara användbart för särskilda patientgrupper, såsom höggradigt motiverade personer med rimligt stabil social situation (t ex missbrukande medicinalpersonal under hot om delegitimering), personer under starkt legalt tryck (t ex villkorligt dömda), och möjligen personer tidigt i missbruksutvecklingen, innan kompulsivt beroende etablerats. Dessa patienter kan vara nog så viktiga att behandla, men utgör en liten minoritet av heroinberoende individer. Där emot har preparatet inte tillmätts någon effektivitet för oselekterade »street-addicts«.

### SBUs hantering av materialet

Grundbulten i ett evidensbaserat förhållningssätt är dock en beredskap att ompröva invanda uppfattningar när data ger grund för det. Jag har därför velat hålla ett öppet sinne, och med nyfikenhet försökt analysera underlaget för SBUs slutsats. Har SBU hittat evidens som varken National Institutes of Health [6] eller Institute of Medicine [7] tagit hänsyn till, och har vi därför anledning att ompröva den värdering som dessa instanser gjort? Knappast. Istället infinner sig ett antal frågor om SBUs hantering av materialet och rapportens trovärdighet.

Varje kliniker vet att den helt avgö-

rande utfallsvariabeln vid behandling av heroinister är retention i behandling. Heroinberoendets förlopp utan farmakologiskt assisterad behandling är nämligen att i stort sett inga patienter finns kvar i behandling efter 1 år [3, 8].

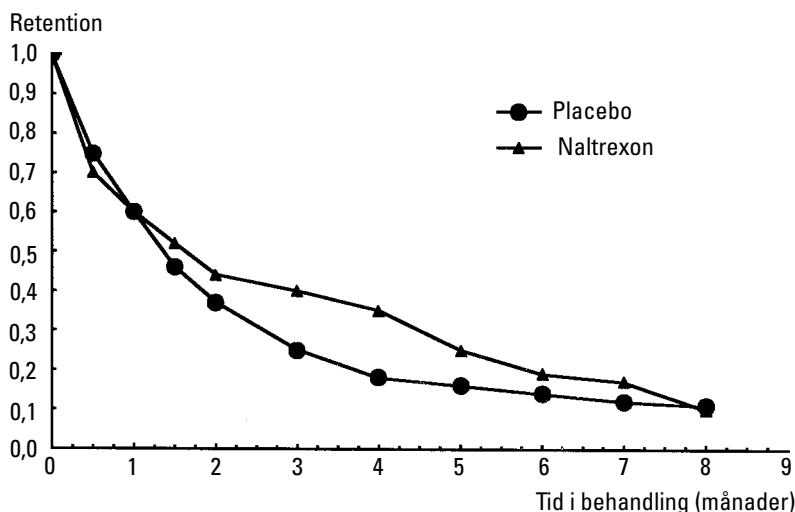
Även om kortvariga positiva effekter på missbruk och andra variabler kan uppnås med en behandling är dessa därför kliniskt ointressanta om patienten snart därefter ramlar ur behandling och återfaller. Figur 1 visar att redan efter 9 månaders behandling är retentionen nere på ca 10 procent med såväl placebo som naltrexon. Hur har då SBU-rapporten kunnat komma fram till en värdering som i sammanfattningen summariskt säger: »I motsats till vad som ofta hävdats visar den aktuella sammanställningen en positiv effekt av naltrexon på heroinmissbruk«?

### Närmare granskning av tre studier

En djupdykning i underlaget ger ett tydligt svar. SBU-rapportens metaanalys innefattar nio studier, däribland NAS-rapporten. Endast tre av de nio studierna [5, 9, 10] visar en positiv effekt på retentionen, och bidrar till att höja den sammanvägda effekten till en nivå som är måttligt men signifikant skild från 0. Dessa tre studier har följande egenheter:

1. I [5] utgörs målpopulationen av vilkorligt dömda personer som står inför hot om att få återgå i fängelse om de inte följer behandlingen. Detta kommenteras över huvud taget inte i SBU-rapporten

*Mot bakgrund av den höga mortaliteten vid heroinberoende blir konsekvensen att patienter dör i onödan. Frågan har därför en stor etisk dignitet, och kan enligt min uppfattning inte lämnas därhän för husfridens skull.*



Figur 1. Kumulativ andel patienter som stannat i behandling över tid. Återgivet ur referens [3].

när det gäller generaliserbarheten av resultaten, utan bakas samman med övriga studier i metaanalysen. Behandlingstiden i denna studie är 6 månader (se nedan).

2. Studie [9] har publicerats i en NIDA Research Monograph, utan normal peer review. Studien är liten, och kontrollgruppen har ej erhållit placebo. Viktigast är att man selekterat fram högt motiverade patienter genom en tvåveckors »meriteringsperiod« – bara de som klarat sig igenom denna har fått ingå. Genomsnittlig tid i behandling i naltrexongruppen är ca 29 veckor, dvs 7 månader (se nedan).

3. Studie [10] är främst en studie av abstinensbehandling, men innefattar även en grupp med längre naltrexonbehandling efter abstinensbehandling med klonidin. Studien är rimligt välgjord, men har en uppföljningstid på endast 6 månader.

#### Effekten borta efter 9 månader

Det står härvid klart hur SBU kunnat komma till sin slutsats, och varför den blivit så missvisande. Även NAS-studien tyder på att naltrexon har en viss effekt under de första månaderna av behandling (Figur 1). Redan efter 9 månaders behandlingstid är effekten dock borta, liksom 90 procent av patienterna. Om man bakar ihop retentionsiffror för korta och långa behandlingstider erhålls dock ett oprecist och i det här fallet gravt missvisande intryck av att naltrexon »har effekt«.

I sitt utmärkta kapitel över psykosocial behandling av narkotikaberoende har Mats Fridell undvikit att falla i samma fälla, och har som sig bör delat upp metaanalysen på olika duration. Det är anmärkningsvärt att SBUs projektgrupp inte förmått upprätthålla en enhetlig me-

todik och kvalitet mellan de olika kapitlen.

SBU-rapporten finner i en separat metaanalys att naltrexon har en säkerställd positiv effekt på missbruket. Återigen är analysen genomförd utan hänsyn till när i behandlingen effekten finns, och slutsatsen är därmed kliniskt ointressant. Ingen betvivlar att patienterna är mindre benägna att slösa bort pengar på heroin under de månader de deltar i behandling, eftersom de snabbt lär sig att de på grund av opiatreceptorblockaden inte kan påräkna drogens euforigivande effekter. Eftersom patienterna inom ett par månader därefter avbryter behandlingen och återfaller är den kliniska nyttan av detta obefintlig.

#### Australiensisk studie bekräftar

Den internationellt etablerade värderingen av naltrexonets bristande effektivitet hos oselecterade heroinister har helt nyligen bekräftats och givits en fördjupad relief av den stora, välgjorda australiensiska National Evaluation of Pharmacotherapies for Opiate Dependency (NEPOD). Studien har hittills endast presenterats i konferensföredrag, men huvudförfattaren, professor Richard Mattick, har varit vänlig nog att låta mig ta del av den i manusform.

I denna studie fanns (bl a) tre oberoende naltrexongrupper, där naltrexon gavs: 1) efter konventionell abstinensbehandling i slutet vård; 2) efter en omdebatterad snabbbehandling av abstinens; eller 3) till patienter som redan var heroinfria. Sexmånadersretentionen i de tre grupperna var 0, 9 respektive 5 procent.

Ett mycket oroväckande fynd var därtill att de naltrexonbehandlade grupperna hade en signifikant högre incidens av överdoser (fatala och icke-fatala),

och uppvisade en trend för förhöjd total mortalitet.

#### Metadon kontra naltrexon

Sammanfattningsvis har vi i realiteten följande läge: Ettårsretentionen i välskötta metadonprogram är ca 75–80 procent, och de långsiktigt gynnsamma effekterna av denna behandling avspeglas även i reducerad mortalitet [11, 12]. För naltrexon gäller istället – om vi inte talar om särskilt selekterade, små patientgrupper – att retentionen och missbruket påverkas på ett gynnsamt sätt under det första halvåret av behandling, men ettårsretentionen för preparatet är, liksom för placebo, lägre än, generöst räknat, 10 procent.

De kliniska implikationerna torde vara uppenbara. Vilket kliniskt intresse har en behandling som innebär att 90 procent av patienterna misslyckas inom 9 månader? Hur kan en sådan behandling etiskt försvaras när effektiv behandling samtidigt finns att tillgå? Inget av denna diskuteras i SBU-rapporten. Vad man istället har att säga om dessa två behandlingar är att »Metadon är effektivt« och »Naltrexon är effektivt«. Goddag yxskaft!

#### Fråga av stor etisk dignitet

Resultatet har blivit att ideologiska metadonmotståndare, okunniga om värderingen från de tunga amerikanska instanserna, med hänvisning till SBU-rapporten nu hävdar att metadonbehandling inte behövs. Detta riskerar leda till att svenska patienter i än större utsträckning än idag inte får en effektiv behandling. Mot bakgrund av den höga mortaliteten vid heroinberoende blir konsekvensen att patienter dör i onödan. Frågan har därför en stor etisk dignitet, och kan enligt min uppfattning inte lämnas därhän för husfridens skull.

SBUs arbete för evidensbaserad medicin är normalt mycket värdefullt och uppskattat. I det här fallet har det inte fungerat tillfredsställande. Jag vill inte spekulera om skälen, men det inträffade är olyckligt i sig, och bekymmersamt för SBUs trovärdighet på missbruksområdet i stort.

#### Ordna internationell hearing

Arbete pågår nu i Socialstyrelsens regi för att ta fram riktlinjer på detta område. Samtidigt är frågorna politiskt brännbara, och oenighet om evidensläget riskerar försvåra en modernisering av narkomanvården. Ett förslag för att reparera det inträffade, och hindra att debatten utvecklas till en schism inom den begränsade kretsen av svenska aktörer, är att i samband med riktlinjearbetet anordna en hearing med deltagande av såväl in-

ternationell expertis som experter från andra medicinska områden. Det skulle förvåna mig om man därvid finner anledning att konkludera annat än amerikanska Institute of Medicine gjort efter motsvarande arbetsätt:

»Naltrexone, a selective opioid antagonist, which was approved for the treatment of narcotic dependence 1984, has been found to prevent relapse to opioid dependence in patients who are very highly motivated, such as parolees and health care professionals« [7].

### Referenser

1. Berglund M, Andreasson S, Franck J, Friedell M, Håkanson I, Johansson BA, Lindgren A, et al. Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. Rapport nr 156/1-2. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2001.
2. Heilig M. Välkommen SBU-rapport visar att det finns effektiva metoder mot missbruk. Läkartidningen 2001;98:3903-4.
3. Anonymous. Clinical evaluation of naltrexone treatment of opiate-dependent individuals. Report of the National Research Council Committee on Clinical Evaluation of Narcotic Antagonists. Arch Gen Psychiatry 1978;35:335-40.
4. Kreek MJ. Long-term pharmacotherapy for opiate (primarily heroin) addiction: Opioid antagonists and partial agonists. In: Schuster CR, Kuhar MJ, eds. Pharmacological aspects of drug dependence: Toward an integrated neurobehavioral approach. Berlin: Springer Verlag; 1996:563-98.
5. 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.
6. Anonymous. Effective medical treatment of opiate addiction. National Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction. JAMA 1998; 280:1936-43.
7. Institute of Medicine. Dispelling the myths about addiction: Strategies to increase understanding and strengthen research. Treating addictive disorders. Washington DC: National Academy Press; 1997:73-94.
8. 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.
9. Rawson RA, Glazer M, Callahan EJ, Liberman RP. Naltrexone and behavior therapy for heroin addiction. NIDA Research Monograph 1979;(25):26-43.
10. Gerra G, Marcato A, Caccavari R, Fontanesi B, Delsignore, Fertoni G, et al. Clonidine and opiate receptor antagonists in the treatment of heroin addiction. J Subst Abuse Treat 1995;12:35-41.
11. Gronbladh L, Ohlund LS, Gunne LM. Mortality in heroin addiction: impact of methadone treatment. Acta Psychiatr Scand 1990; 82:223-7.
12. Gunne LM, Gronbladh L. The Swedish methadone maintenance program: a controlled study. Drug Alcohol Depend 1981; 7:249-56.

### Replik:

## Det finns evidens för både metadon och naltrexon

Marcus Heilig framför i sitt inlägg kritiska men konstruktiva synpunkter på SBUs värdering av naltrexon som långtidsbehandling vid opioidberoende. Vi kommer här att diskutera de frågor Heilig ställt. Samtliga refererade studier publicerade före 2001 är redovisade i SBU-rapporten [1].

**MATS BERGLUND**  
professor, överläkare, alkohol- och narkotikakliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö  
[mats.berglund@alk.mas.lu.se](mailto:mats.berglund@alk.mas.lu.se)

**BJÖRN AXEL JOHANSSON**  
ST-läkare, barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö  
[bjorn\\_axel.johansson@alk.mas.lu.se](mailto:bjorn_axel.johansson@alk.mas.lu.se)

**STEN THELANDER**  
projektsamordnare, sakkunnig i psykiatri, SBU, Stockholm  
[thelander@sbu.se](mailto:thelander@sbu.se)

II SBU-arbetet besvarar frågan vilka behandlingstyper som är effektiva vid alkohol- och narkotikaproblem. Statistiker har deltagit under arbetet. En sammanfattning i metaanalysens form har genomförts där detta varit möjligt. Vår arbetsmetodik har varit att systematiskt gå igenom samtliga studier och sammanfatta resultaten [1]. Tendensen i ett stort antal studier med få individer eller stort bortfall kan ge en totalt statistiskt säkerhetsställd effekt.

**SBUs sammanfattning om naltrexon**  
Beträffande naltrexon sammanfattar SBU: »Ytterligare ett behandlingsalternativ är naltrexon, som blockerar effekten av heroin, dvs missbrukaren får ingen ruseffekt av heroin. I motsats till vad som ofta hävdats visar den aktuella sammanställningen en positiv effekt av naltrexon på heroinmissbruk.

Naltrexon är dock inte godkänt i Sverige för användning mot heroinberoende.« I slutsatsen sägs att »naltrexon ger också minskat missbruk (Revia dock ej godkänt för denna indikation i Sverige)« [1].

Dessa slutsatser är baserade på en metaanalys av tio studier för opioidpositiva urinanalyser [2-11]. Dessutom gjordes en konservativ metaanalys där de två studierna med störst effektmått exkluderades [5, 10]. Vidare redovisas en reten-

tionsanalys [2-5, 7-11]. Opioidpositiva urinanalyser samt retention var båda primära effektmått. Totalt ingår 568 respektive 548 individer i metaanalyserna.

### Frågan om naltrexons effektivitet

Heilig argumenterar för att en av de tidiga studierna (Hollister 1978) med 192 individer var konklusiv avseende naltrexons ineffektivitet [3]. Framför allt den låga retentionen skulle tala för att behandlingen ej hade effekt. Heilig poängterar att naltrexon i Hollisters studie har viss effekt under de första månaderna. Efter 9 månaders behandling var effekten emellertid borta.

### Retention eller drogfrihet?

Heilig betonar i första hand retentionen som det primära effektmåttet. Detta menar vi är problematiskt. I analysen av naltrexon har vi i första hand betonat missbruksfrihet, vilket vi även gjort inom övriga områden i rapporten. Retention, framför allt vid jämförelse mel-

*Det känns positivt att det föreligger evidens för både agonist- och antagonistbehandling vid opioidberoende. Preparaten har båda för- och nackdelar. Tillsammans med patienten avgör läkaren vilken behandling som är mest lämplig.*

lan metadonunderhållsbehandling och naltrexonbehandling, kompliceras av att metadon i sig är ett narkotikum, där beroende utvecklas i motsats till vad som är fallet vid behandling med naltrexon.

### Lika avseende hälsotillstånd

I Heiligs tidigare inlägg [12] nämns Sees och medarbetares studie. Differensen i retention mellan dem som fortsätter med metadon och dem som inte gör det, är stora (85 procent mot 20 procent). Skillnader i illegalt opioidanvändande når också signifikant nivå, men i båda grupperna hade mer än 50 procent använt heroin varje månad.

Det förelåg inga skillnader mellan grupperna vad gällde medicinskt tillstånd, arbete, alkoholanvändande, familjesituation och psykiatrisk hälsa mätt med Addiction Severity Index 6 månader efter avbrytandet av metadon [13]. Förändringarna i retention motsvaras således inte av en generell förbättring inom olika funktionsområden.

### Missbruksfrihet i självselektionsstudie

Det finns inga jämförelser mellan naltrexon och metadon i randomiserade studier. I en självselektionsstudie, där patienterna kunde välja mellan metadon och naltrexon (Osborn och medarbetare, 1986), fann man inga skillnader i psykosocial stabilitet mellan dem som valde naltrexon respektive metadon.

Bortfallet i naltrexongruppen var betydande, 22 av 30 patienter jämfört med 4 av 30 patienter i metadongruppen, medan antalet missbruksfria individer var lika stort, fyra i vardera gruppen [14]. Trots ett betydande bortfall i naltrexongruppen var således missbruksfrekvensen lika stor i båda grupperna.

### Analys av frivårdsklientel

Bland de randomiserade studier som ingår i vår analys har ingen författare specifikt inkluderat positivt selekterade patienter som exempelvis läkare eller sjuksköterskor. Två av studierna utgör frivårdsklientel [2, 11]. Heilig menar att detta är en specifik subgrupp, där legala hot finns om återupptagande av fängelsevård vid återfall. Vi menar att huvuddelen av tunga heroinister är kriminellt belastade med upprepade fängelsevisningar bakom sig, interneringar som ofta avslutas med frivård.

I Currans och Cornishs frivårdsstudier [2, 11] redovisas ingen större effektstorlek jämfört med övriga författare. I Cornishs studie blev 26 procent i naltrexongruppen och 56 procent av patienterna i kontrollgruppen återintagna till fängelse under studieperioden, vilket var signifikant på 5-procentsnivån [11].

Heilig menar att de villkorligt frigivna håller sig drogfria på grund av hot om återintagning. Cornishs arbete pekar istället på en naltrexoneffekt.

### Korta behandlingstiderna en svaghet

Vi är ense med Heilig om att behandlingseffekterna som redovisas föreligger under det första behandlingshalvåret. I allmänhet har studierna denna längd. Det är givetvis en svaghet med studiernas relativa kortvarighet. Denna korta längd gäller dock flertalet andra studier som analyseras av SBU både inom alkohol- och narkotikaområdet.

Retentionen för naltrexonbehandlade patienter varierar med Gerra 91 procent efter 12 veckor [10], Rawson 63 procent efter 40 veckor [4], Lerner 60 procent efter 8 veckor [8], Cornish 52 procent efter 26 veckor (frivårdsklientel) [11] ner till Hollister 12 procent efter 32 veckor [3] och Curran och Savage 10 procent efter 36 veckor (frivårdsklientel) [2]. Flertalet studier visar således bättre retention än Hollisters.

### Försök att öka retentionen

Kontrollerade försök att öka retentionen har gjorts; Preston och medarbetare (1999) förstärkte naltrexontagandet genom att utdela värdekuponer (kontingensförstärkning). På detta sätt kunde man höja retentionen till 42 procent jämfört med kontrollgruppens 4 procent [15].

I en nyligen publicerad studie av Carroll och medarbetare (2001) studeras 127 opioidberoende individer, som randomiserades till tre olika behandlingar; standard naltrexonbehandling, naltrexonbehandling + kontingensförstärkning samt naltrexonbehandling i samarbete med nära anhörig.

Kontingensförstärkningen ökade även här behandlingsretentionen från 5,6 veckor till 7,4 veckor i ett 12-veckorsprogram. Opioidanvändandet minskade signifikant. Carroll visar att man genom att potentiera naltrexonbehandlingen med en enkel, icke-farmakologisk intervention kan öka följsamheten i behandlingen samt minska missbruket [16].

### Långtidsförloppet

SBU-rapporten har även studerat långtidsförlopp. Här används en 20-årig personlig uppföljning som ett minimikriterium för inklusion. Slutsatsen är att både alkohol- och narkotikaberoende är kroniska tillstånd.

Tre heroinstudier (Vaillant 1973, Hser 1993, Goldstein 1995) visar ett likartat förlopp. I den första studien med patienter från Lexington förelåg en stabil missbruksfrihet i 25 procent [17]. I

den andra studien som innefattade kriminella narkomaner i Kalifornien sågs en stabil missbruksfrihet på 22 procent utan metadon, och ytterligare 7 procent missbruksfria i metadonprogram [18].

I den tredje studien, som utgick från ett metadonprogram i New Mexico, förelåg en stabil missbruksfrihet efter 20 år utan metadon på 5 procent. 20 procent deltog fortfarande i metadonprogrammet [19]. Totalsiffrorna för stabil missbruksfrihet med eller utan metadon är påfallande lika. Ett observandum är den låga frekvensen missbruksfrihet utan metadon i långtidsuppföljning av metadonprogram.

Den i SBU-rapporten citerade Cochraneanalysen har nu utkommit i reviderad form [20]. Inga nya artiklar har inkluderats. Som tidigare saknas Gerras viktiga arbete från 1995 [10]. Cochrane-gruppen har en annan uppfattning än vi beträffande möjligheten att göra metaanalytiska beräkningar inom naltrexonområdet.

Vi avser att publicera vår metaanalys liksom andra analyser i SBU-rapporten som separata vetenskapliga artiklar. Vi kommer då att förfina våra analyser och inkludera statistisk analys av de faktorer som kan påverka förloppet. Vi kommer aktivt att diskutera dessa frågor i internationella vetenskapliga forum.

### Behandling på evidensbaserad grund

Det är angeläget att de nationella behandlingsprogrammen lutar sig mot evidensen. Vi deltar gärna i detta arbete. I SBU-rapporten redovisas att naltrexon har effekt på opioidmissbruk. Framtida evidensbaserad forskning får avgöra om naltrexon är mer lämpligt för selekterade patientpopulationer jämfört med exempelvis agonister.

Det känns positivt att det föreligger evidens för både agonist- och antagonistbehandling vid opioidberoende. Preparaten har båda för- och nackdelar. Tillammans med patienten avgör läkaren vilken behandling som är mest lämplig.

### Referenser

1. Berglund M, Andreasson S, Franck J, Friedell M, Håkanson I, Johansson BA, et al. Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapsmanställning. Rapport nr 156, volym 1-2. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2001.
2. Curran S, Savage C. Patient response to naltrexone: issues of acceptance, treatment effects, and frequency of administration. NIDA Res Monogr 1976;9:67-9.
3. Hollister LE, Bearman JE, Duster TS, Freedman DX, Gallant DM, Harris LS, et al. Clinical evaluation of naltrexone treatment of opiate-dependent individuals. Report of the National Research Council Committee on Clinical Evaluation of Narcotic Antago-

- 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