

---

# Metadonbehandling av opiatavhengige

---

KORRESPONDANSER

ØISTEIN KRISTENSEN

Ruspoliklinikken

---

Metadon er en kompetitiv agonist til heroin og benyttes i substitusjonsbehandlingen for å fortrenge eller redusere effekten av heroin. En slik beskyttende effekt skal kunne oppnås ved serumkonsentrasjoner over 650 nmol/l. Konsentrasjoner over 1 950 nmol/l gir vanligvis bivirkninger uten bedret blokadeeffekt (1). I Veiledningsheftet for leger og helsepersonell i metadonassistert rehabilitering skriver Frogopsahl & Waal at «doseringsnivået har vært, men er ikke lenger særlig omstridt (2). Det terapeutiske vinduet er på 600 – 1 200 nmol/l». Den riktige individuelle dosen for pasienten skal bestemmes på grunnlag av klinisk vurdering understøttet av måling av serumspeilet. En gylden regel er at pasienten ikke skal ha abstinensplager og heller ikke være psykomotorisk påvirket.

Ved medikamentassistert rehabilitering i Agder (MARIA) har vi i vel ett år prøvd å etterleve disse prinsipper. Det har imidlertid kommet opp en del problemer som vi gjerne vil ha belyst.

Det første gjelder serumkonsentrasjonsmåling og skifte av laboratorium. I den første perioden sendte vi serum til Ullevål sykehus, i den siste perioden til Regionsykehuset i Trondheim. I en overgangsperiode gikk samme prøven til begge laboratorier. Svarene varierte svært, med 20 – 40 % høyere verdi fra laboratoriet i Trondheim.

Det er tidligere vist at kvinner må ha høyere dose for å få samme effekt som menn. Vi trodde ikke det skulle være så stor forskjell. I gjennomsnitt måtte kvinner (n = 9) ha 25 mg metadon mer enn menn (n = 19) for å bli stabilisert og bare en av kvinnene klarte seg med den anbefalte dosering på 60 – 100 mg. Alle de andre brukte 110 – 150 mg. Bare to av 19 menn overskred den anbefalte dosering. Kvinnene som var ca. 30 % høyere dosert, hadde et serumnivå som gjennomsnittlig var 130 nmol/l lavere enn mennene og de var også mindre fornøyd, noe som kanskje skulle tilsa at de fortsatt var underdosert. Gjennomsnittlig serumnivå målt ved Ullevål var 726 nmol/l for kvinner og 854 nmol/l for menn.

Vi lurte svært på om dette var en ren kjønnsforskjell, eller om det kunne være andre forklaringer som f.eks. interaksjoner med andre legemidler. Mistanken falt etter hvert på benzodiazepingruppen. Denne gruppen medikamenter er uhyre populær i misbrukerkretser i og med at den ikke oppdages ved vanlig immunologisk screening. Ved ny teknikk (Trondheim) kan også disse spores. I seks tilfeller fant vi et betydelig fall i serumkonsentrasjonen på opptil 50 % etter inntak av benzodiazepiner hos stabile kvinnelige pasienter med god etterlevelse (compliance). Den samme interaksjonen har vi påvist hos menn.

Det er svært uheldig å gi benzodiazepiner til opiatavhengige i medikamentassistert rehabilitering, ettersom det både gir ny avhengighet og abstinens i tillegg til at effekten av metadon reduseres. Kvinner trenger 25 % høyere metadondose enn menn og det er vanskelig å forholde seg til det anbefalte terapeutiske vindu med alle de forbehold som må tas. Inntil videre tror vi det er sikrest å forholde seg til det kliniske bildet.

---

## LITTERATUR

1. Inturissi CE, Veberly K. The levels of methadone in methadone maintenance. *Clin Pharmacol Ther* 1972; 13: 633 – 7.
2. Frogopsahl G, Waal H. Veileder for leger og helsepersonell i metadonassistert rehabilitering. Oslo: MARIO, Oslo kommune, Rusmiddeletaten, 1999.

---

Publisert: 20. februar 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 19. juni 2026.