
Er metadon løsningen?

REDAKSJONELT

WAAL H

I 1987 sendte Helsedirektoratet (nåværende Statens helsetilsyn) ut forskrifter som innskjerpet at metadon bareskulle forskrives fra institusjon og bare på indikasjonen smertebehandling. 24.7. 1998 sa sosialminister Magnhild Meltveit Kleppa til Dagsrevyen at Sosial- og helsedepartementet nå skal refundere metadonutgifter til pasienter imetadonassistert rehabilitering.

Dette er en betydelig kursendring. Årsakene er flere. For det første ble HIV-epidemien et problem i midten av 1980-årene og alt som kunne minske farene for blodbåren smitte kom i søkelyset. For det andre har en relativt høy andel brukere fortsatt et destruktivt heroinmisbruk til tross for utbygging av tiltak bygd på stoffri behandling. For det tredje er økende mortalitet og morbiditet blant forkomne heroinbrukere blitt et menneskelig og politisk problem. Gjennomsnittsalderen stiger, og mange har "brukt opp" sine muligheter i behandlingsapparatet og/eller mangler tilbudrettet mot deres situasjon over hele landet på tross av en betydelig innsats for å forhindre dette (1). Det narkotikapolitiske grunnlaget for å beholde den strenge vurderingen av metadonforskrivning er redusert.

Men det er ingen ny behandlingsform som nå tas i bruk (2). Vi har dessuten hatt et tilbud for stoffmisbrukere med immunsviktutvikling siden begynnelsen av 1990-årene (3). Et prøveprosjekt for behandlingsresistente heroinavhengigepasienter ble avsluttet i 1997 (4, 5). Utbyggingen av et landsdekkende tilbud ble varslet i den sistestortingsmeldingen om rusmiddelpolitikken (6).

Motstanden mot behandlingsformen har vært sterk og mange er fortsatt skeptiske. Hva er det egentlig som oppnås?

Metadon er et syntetisk opioid som kan oppløses i saft og er velegnet for peroral bruk. Det kan derfor drikkes under oppsyn. Ved urinanalyser kan man forsikre seg om at klienten ikke inntar andre rusmidler. Halveringstiden er vanligvis 20-30 timer og reseptorbindingen sterk. Det er derfor oftest tilstrekkelig å gi metadon en gang i døgnet. Vi kan også sørge for en så vidt jevn serumkonsentrasjon at pasienten har normale psykomotoriske funksjoner. Er konsentrasjonen tilstrekkelig høy, vil den sterke bindingen til reseptorene føre

til en slags relativ blokkade for andre opioider som heroin og morfin (7). Den som ønsker en rusvirkning, må ta svært høy dosering og effekten er likevel sterkt redusert.

Slik det fremgår helbreder metadon ikke på noen måte opioidavhengighet. Funksjonen er å nøytralisere langvarigefølger av neuroadaptasjon og minske problemene med "tenning", brått innsettende lyst på tilførsel.

Ett av de sikreste funnene i evalueringslitteraturen er at en høy andel av pasientene blir lenge i metadonbasert behandling. I denne tiden begår pasienten færre lovbrudd og skaper i mindre grad sosiale vansker (8). Menlongitudinelle studier har også vist at dette bare gjelder så lenge metadontildelingen varer (9). Dersom pasienten avbryter behandlingen eller blir kastet ut av programmet, vil de fleste raskt vende tilbake til sine atferdsmønstre. Pasienten er derfor bundet til en langvarig, eventuelt livsvarig behandling. Dette gjør det rimelig å konkludere at indikasjonen bare er sterk nok om totalgevinsten blir positiv (10).

En behandling basert på bruk av metadon er ikke billig. Medikasjonen må skje på en ordnet og kontrollert måte gjennom svært mange år. De aller fleste pasienter har betydelige psykososiale problemer og destruktive rusvaner. Effekten blir derfor langt mindre positiv uten kontrolltiltak og adekvat behandling av pasientens ulike vansker (11). Til gjengjeld kan mange som tilhører de mest forkomne gruppene i landet hjelpes. Dette er grupper med en høy dødelighet og betydelig menneskelig lidelse. Gevinsten i form av redusert kriminalitet og prostitusjon er også reell.

Bruken av metadon setter på flere vis søkelys på legerollen overfor medikamentavhengige. Lovgivningen gir legene en portvaktfunksjon ved at det bare er de som kan sørge for legal tilførsel. For pasienten er legen derfor både en potensiell hjelper og en som kan nekte ham eller henne et ønsket middel. Kravet fra helsemyndighetene i Norge har vært at vi skal si nei til å forskrive midler som forlenger avhengighet og kan bli videresolgt. Kravet fra pasienter og pårørende er at vi skal minske lidelse og funksjonsproblemer.

Vedlikeholdsbehandling med metadon kan sees som en mellomvei mellom disse motstridende målene. Når bruken veves inn i systematisk behandlingsarbeid, tar man i bruk medikamentets muligheter til å minske lidelse og bedre funksjonsamtidig som mulighetene til salg og doseøkning motarbeides. Det er en rolle hvor kontrolliden utformes mest mulig konstruktivt og integreres i et samarbeid med pasienten.

Når sosialministeren nå forteller om økt satsing på metadon, innebærer dette derfor ingen abdikasjon fra målene med helsepolitikken. Men det innebærer nok en erkjennelse av at kontrolliden har fått en for dominerende plass. Den økt mortaliteten og morbiditeten blant forkomne rusbrukere har gjort det ønskelig å finne tilbake til en mer helsedominert politikk med tydeligere behandlingsrettet rolle for legene (12.)

Det er likevel grunn til å advare mot overdrevne forhåpninger. Metadon kan bare bli et hjelpemiddel og kan ikke erstatte et tålmodig og langvarig psykososialt hjelpearbeid. Legenes kontrollrolle vil fortsatt være viktig. Ulike B-

preparater skaper ofte betydelige vansker i behandlingen. Effekten minsker dessuten ved økt tilgang til andreopioider.

Helge Waal

LITTERATUR

1. Hauge R, Østby L. Narkotikabruk i kommunene 1993-1996. Oslo: Rusmiddeldirektoratet og Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, 1998.
2. Dole VP, Nyswander ME. A medical treatment for diacetylmorphine addiction: a clinical trial with methadone hydrochloride. *JAMA* 1965; 193: 80-4.
3. Welle-Strand G og medarbeidere. Evalueringsrapport for prosjektet "Metadonbehandling av Hiv-positive stoffmisbrukere med langtkommen immunsvikt". Oslo: Oslo kommune, 1992.
4. Skretting A. Evaluering av metadonprosjektet i Oslo. Del 1. Etablering, inntak av pasienter og forholdet til øvrige behandlingstiltak. SIFA rapport Nr. 4/97. Oslo: Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, 1997.
5. Ervik R. Evaluering av metadonprosjektet i Oslo. Del 2: Behandlingsforløp og status. SIFA rapport Nr. 5/97. Oslo: Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, 1997.
6. St. meld. nr. 16 (1996-97). Narkotikapolitikken.
7. Lowinson JH, Marion IJ, Herman JMA, Dole VP. Methadone maintenance. I: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG, red. Substance abuse. A comprehensive textbook. 2. utg. Baltimore: Williams & Wilkins; 1992: 550-61.
8. Farrel M, Ward J, Mattick R, Hall W, Stimson GV, des Jarlais D et al. Methadone maintenance in opiate dependence: a review. *BMJ* 1994; 300: 997-1001.
9. Goldstein A, Harrera J. Heroin addicts and methadone treatment in Albuquerque: a 22-year follow-up. *Drug and Alcohol Dependence* 1995; 40: 139-50.
10. Waal H. Metadon til hvilket formål, med hvilke etiske implikasjoner? *Nordisk Alkoholtidsskrift* 1996; 13: 275-9.
11. Ball JC, Ross A. The effectiveness of methadone treatment: patients, programs, services and outcomes. New York: Springer, 1991.
12. Waal H. Tilbake til en mer helsedominert narkotikapolitikk? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995; 115: 1048.

Publisert: 30. august 1998. *Tidsskr Nor Legeforen*.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 28. juni 2026.