
Virker metadon?

REDAKSJONELT

AAVITSLAND P

Metadonbehandling møter kunnskapsbasert medisin

Opiatet metadon har lang halveringstid og kan med én daglig dose kontinuerlig blokkere effekten av heroin og andreopiater. Vedlikeholdsbehandling med metadon skal erstatte heroinmisbruket slik at pasienten ikke stjeler eller prostituerer seg for å finansiere heroin, slutter med farlige injeksjoner og opprettholder kontakten medbehandlingsapparatet.

Behandlingen skal kunne gi "et leveverdig liv for langtkomne stoffavhengige hvor andre behandlingsopplegg har værtforgjeves" (1). Behandlingen ble drøftet på Forskningsrådets konsensuskonferanse i 1991 om medikamenters plass i rehabiliteringen av stoffmisbrukere (1). Blant motargumentene var faren for "håpløshetsstempling" av de langtkomnestoffmisbrukerne og lekkasje av metadon til det illegale markedet. Noen advarte mot at stoffmisbrukere kan mistemotivasjonen for rusfri behandling fordi de vet at når de bare blir elendige nok, vil de kvalifisere for livsforlengende og livsforbedrende metadonbehandling.

Konferansens ekspertpanel anbefalte et norsk forsøk som "kan hjelpe oss til å finne ut mer om effekten av metadonbehandling" (1). Panelet etterlyste "kontrollerte undersøkelser der systematiske sammenlikninger foretas mellom terapeutiske samfunn, stoff-frie polikliniske behandlingsprogrammer og programmer der metadon inngår". Panelet bad om "høy kvalitet på forskningsdesign" og ville ha svar på om man kan "oppnå klare effekter med hensyn til dødelighet, sykkelighet og stabilitet".

Sosialdepartementet bad i 1992 Oslo kommune sette i gang et forsøksprosjekt. De første pasientene startet behandlingen høsten 1994. Resultatene i 1997 (2) overbeviste Stortinget som enstemmig bad om et permanent og landsdekkende behandlingstilbud. Anført av sosialkomitéens leder, som mente at "metadon så langt har vist seg å reddeganske mange menneskeliv og bedret livskvaliteten for langt flere" (3), ble 31 millioner kroner bevilget for metadonbehandling.

Kritisk gransking av de nå publiserte rapportene (4, 5) avslører at forsøksprosjektet i Oslo ikke svarer på spørsmålet som ekspertpanelet stilte i 1991, og som Stortinget burde ha stilt i 1997: Virker metadon?

De 50 første pasientene ble fulgt fra behandlingsstart mellom august 1994 og desember 1995 til mai 1997. De ble intervjuet to-tre ganger i denne perioden om kriminalitet, prostitusjon, sysselsetting og inntektskilde. Forsøket hadde imidlertid ingen kontrollgruppe og var dermed ikke utformet for å svare på spørsmålet om metadon virker. Kritikerne månøye seg med utsagn som dette: Et "fåfall av kvinnene som hadde prostitusjon som viktig inntektskilde, har fortalt at de noen ganger har prostituert seg i løpet av behandlingen" (5).

Bare på ett område, overlevelse, er forsøkspersonene sammenliknet med en kontrollgruppe på 99 personer som søkte, men ikke kom med i prosjektet (5). I kontrollgruppen var mortaliteten 5,3 per 100 personår. Dermed var den 1,2 gangers så høy (95% konfidensintervall fra 0,4 til 3,7, p-verdi 0,73) som metadongruppens mortalitet på 4,3 per 100 personår (med intention to treat-analyse og forutsatt seks måneders gjennomsnittlig observasjon etter behandlingsavbrudd).

Likevel går pasienter og helsepersonell i demonstrasjonstog for å lette tilgangen på behandling. De viser til dennarkomane som er blitt et nytt menneske og endelig får gjort de tingene personen har ønsket hele livet. Metadon presenteres som et alternativ til overdosedødsfall. Selv motstandere ser ut til å ha godtatt at behandlingen reduserer dødelighet, smittefare og kriminalitet.

I denne situasjonen er det viktig med rigorøse evalueringer av behandlingens effekter. Ragnar Hermstad og medarbeidere presenterer i dette nummer av Tidsskriftet en systematisk oversikt over dobbeltblinde randomiserte, placebokontrollerte forsøk av metadon vedlikeholdsbehandling av heroinmisbrukere (6). Forfatterne fant bare to slike studier. Begge viste at flere pasienter som fikk metadon fortsatte behandlingen enn pasienter som fikk placebo. Den eneste studien dokumenterte også mindre heroinbruk i behandlingsgruppen.

Inspirert av kunnskapsbasert medisin oppfordrer Hermstad og medarbeidere til randomiserte forsøk i Norge for å bestemme metadons effekt på dødelighet, kriminalitet, prostitusjon, smittefarlig atferd og sosiale ferdigheter.

Tilhengerne av kunnskapsbasert medisin har med stor selvtillit preget den medisinske debatten de senere årene (7). Metoden er etter hvert blitt et mektig våpen; nå de lærebokforfattere som ikke kan redegjøre for hvordan de har forholdt seg til Cochrane-databasen. Denne basen markedsføres som den best tilgjengelige kunnskap innen medisinen. I systematiske oversikter veltes en rekke medisinske sannheter med henvisning til at det ikke er utført vitenskapelig tilfredsstillende studier av tiltakene. Noen vil kalle det skadefro og lite konstruktiv nedringing.

En mer relevant kritikk er at mange konsentrerer seg om bare randomiserte, kontrollerte studier og utelukker kvasikontrollerte studier, pasient-kontrollstudier og kohortstudier. Et naivt spørsmål: Kan resultater fra ti slike studier

oppveie resultatet fra et randomisert, kontrollert studie? Og hva gjør man der randomiserte kontrollertestudier ikke lar seg utføre av for eksempel etiske grunner (8)?

Nettopp den store tiltroen som kunnskapsbasert medisin har fått, fordrer at brukerne opptrer varsomt. Fallhøyden er stor.

En fordel med den systematiske oversikten er de eksplisitte søke- og vurderingskriteriene. Slik åpen holdning er forutsetning for kritikk og debatt. Det gjør det mulig å gjenta oversikten og eventuelt peke på studier som forfatterne har oversett eller vurdert feil. Dette står i motsetning til de mer dogmatiske litteraturgjennomganger, som foreksempel på to sider kan slå fast (1): "Vi har søkt etter og gjennomgått litteratur (...). Metadon er godtdokumentert." Basta.

Hermstad og medarbeideres litteraturoversikt vil provosere. Tidsskriftet fører gjerne metadondebatten videre. Er metadonbehandling egentlig det den gir seg ut for? Tilsynelatende gir verken litteraturen eller det norske forsøksprosjektet et positivt svar. Hva er da kunnskapsgrunnet?

Preben Aavitsland

LITTERATUR

1. Helgesen GEM, Børresen HBJ. Medikamenter i behandlingen av stoffavhengige. Forskrivning av vanedannende legemidler. Oslo: Norges allmennvitenskapelige forskningsråd, 1992.
2. Stortingsmelding nr. 16 (1996-97). Narkotikapolitikken.
3. Alvheim J. Beklagelig om metadon. Dagbladet 26.6.1998.
4. Skretting A. Evaluering av metadonprosjektet i Oslo. Del 1: Etablering, inntak av pasienter og forholdet til øvrige behandlingstiltak. Oslo: Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, 1997.
5. Ervik R. Evaluering av metadonprosjektet i Oslo. Del 2: Behandlingsforløp og -status. Oslo: Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, 1997.
6. Hermstad R, Johannessen G, Michelsen K. Hvilke effekter har vedlikeholdsbehandling med metadon på rehabiliteringen av heroinavhengige? Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 3139-41.
7. Sackett DL, Rosenberg WMC, Muir Gray JA, Haines RB, Rickardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996; 312: 71-2.
8. Black N. Why we need observational studies to evaluate the effectiveness of health care. BMJ 1996; 312: 1215-8.

Publisert: 30. august 1998. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 13. juni 2026.