

Metadon, virker det?

AV PETTER BRELIN

De av oss som har fulgt det norske LAR-prosjektet fra side-linjen, har kunnet observere et prosjekt og en behandling som har hatt sjeldent god oppslutning og støtte blant politikere og fagfolk. Vi har sett gleden og entusiasmen over endelig å kunne tilby en behandling til denne utsatte og svært syke gruppen mennesker. Entusiasme er bra, har vi tenkt, dette må virkelig være en flott behandling. Endelig kan storsamfunnet komme disse menneskene i møte med et tilbud som de kan ha nytte av.

Eller?

Jeg var av de troende. For noen år siden fikk jeg en telefon fra en bedriftslege som ønsket at jeg skulle ta over metadon-behandling på en pasient han hadde. Selvsagt kunne jeg det. Erna Solberg hadde nettopp lagt ned asylmottaket jeg hadde en bistilling på, jeg hadde ingen LAR-pasienter og tenkte at jeg også skulle gjøre en innsats for de som virkelig trenger det. For å begynne med noe nytt, må man lære det man skal gjøre. Jeg begynte med dokumentasjonen. Alltid kjekt å vite at det du gjør virker. Og, jeg fant en mengde dokumentasjon. På Chocrane lå det flere velskrevne, gode kunnskapsoppsummeringer. Som til min store overraskelse ikke viste noen meningsfulle effekter. For meg så det ut som om det var godt dokumentert at dette ikke virket.

Dermed ble også jeg en av de få, surmagede festbremsere som har innvendt at dette er en behandling som ikke gagnar noen, og som man etter et enkelt søk ikke kan få et eneste verdifullt bevis for at virker. Vi er få og har stort sett møtt massiv motstand mot våre argumenter, en motstand tuftet på mistanken om at vi ikke vil behandle disse menneskene fordi de er en plagsom pasientgruppe. Vi som ikke omfavner denne behandlingen er slemme og reaksjonære, de som behandler er snille og progressive.

Forskningsbaserte argumenter med tall og statistikk har det vært mindre av.

Nå har vi fått det.

I noen tid har Kunnskapssenteret hatt en utredning av metadon på trappene, den ble lagt frem i høst.

De har gjort det som man skal gjøre i forbindelse med en slik kunnskapsvaluering. De har lest undersøkelser og forskningsrapporter, de har finkjemmet tidsskrifter og databaser. Og de har funnet en god del. Dette kan vi si noe om. Og de finner...

Ingenting.

Det virker heller ikke når Kunnskapssenteret går igjennom tallene. I hvert fall leser jeg det slik. Kunnskapssenteret formulerer seg annerledes og ved første øyekast kan det se riktig så lovende ut. De får det til å høres positivt ut.

Men, dersom man kikker etter, finner de at det ikke er mulig å si at denne behandlingen reduserer dødeligheten.

Det tar vi igjen: Etter nesten 50 års forskning er det ingenting som tyder på at denne behandlingen reduserer dødeligheten. Dette er en erkjennelse som åpenbart er vanskelig å svelge, slik at de konkluderer selvsagt med at ytterligere forskning er nødvendig.

Ytterligere forskning etter 50 år.

«Retention in treatment»?

Kunnskapssenteret finner sikre og gode beviser på at LAR virker på noe. Bla. finner de at metadon (og Subutex) øker «retention in treatment». Med andre ord er det slik at dersom opiat avhengige får tilbud om metadon, vil de gjerne ha det. Av en eller annen grunn ansees det som en positiv parameter. Den oppvakte leser oppfordres nå til å lene seg tilbake og tenke seg om. Ved å evaluere legemiddeleffekter på denne måten, kan vi tilby en rekke nye, effektive behandlinger. Vi kan bruke drops og pastiller med god smak på de fleste problemstillinger. Hyperkolesterolemi behandler vi med Lacryl, vi måler om de tar pastillene sine og gleder oss over at så er tilfelle. Vi holder på med dette i 50 år, unngår å måle kolesterolet og sier at «ytterligere forskning må til» hvis noen spør. Da kan vi bare fortsette. Vi har en trygg og god jobb, samtidig vil det gi en enestående god følelse av at vi gjør noe nyttig. Pasientene vil tro at de er på rett vei. Alle blir glade.

Vi kan utvide dette slik at vi kan behandle overvekt med napoleonskake. Dette vil glede både oss i behandlingsapparatet og de overvektige. De får en god behandling og vi har suksess i den forstand at behandlingen virker. De spiser kaken sin. Hver dag.

Mindre bruk av illegale opiater?

En annen parameter som man finner positive funn på, er at misbrukerne bruker mindre illegale opiater. Det sies ikke noe om hvordan det går med det totale inntaket av opiater, slik at man ikke vet om metadonbehandlingen reduserer inntaket av morfinekvivalenter. Dette er en parameter som vi allikevel skal stoppe opp ved. Dette målet kan absolutt være meningsfylt. Ikke fordi de bruker mindre illegale opi-

ater, det er da virkelig ikke noe helseparameter. For meg er det lite viktig om du doper deg ved hjelp av LAR, eller om du klarer det på egen hånd. Jeg synes det er viktigere at dette kan være en parameter som antyder at man kan redusere smitte i misbruker miljøet. Metadon brukes som kjent ikke i sprøyter. Men, noen sterk sammenheng er det ikke, og noen voldsom effekt kan vi neppe håpe på.

Sosiale effekter?

Hva så med de sosiale effekter ved å behandle med metadon? Hovedbegrunnelsen for å innføre denne behandlingen i Norge var tross alt å rehabilitere folk til et verdig liv med bolig og jobb. Metadon skulle hjelpe folk tilbake til samfunnet. Den norske evalueringen av LAR-prosjektet (som er så tynn at den ikke en gang ble inkludert av Kunnskapscenteret), konkluderte med at det ikke var mange som kom i arbeid. Av andre sosiale parametre er det ikke noen som viser effekt i Kunnskapscenterets oppsummering. Men, det er lett å finne en annen kilde som gir oss en sterk pekepinn på hvordan det går med den sosiale rehabiliteringen. I en Chocrane-oppsummering finner de at det ikke er noen reduksjon i kriminalitet. Det er knapt mulig å tenke seg en parameter som sier mer om sosial rehabilitering enn kriminell atferd. I Kunnskapscenterets gjennomgang er dette ikke tatt med som parameter.

Når de ikke nevner dette, må det være tillatt å stoppe opp og undres. Hva kan det komme av at de som skal presentere all tilgjengelig kunnskap på en objektiv måte, unnlater dette? Er det en irrelevant parameter? Neppe.

Det vi sitter igjen med er altså at LAR kan virke forebyggende mot smittespredning. Det er selvsagt en god ting, men er det nok?

Det er en del ting rapporten ikke sier noe om. Ting vi burde vite, men som få ser ut til å bekymre seg over. Nedenfor følger noen eksempler

Kan LAR innvirke på rekrutteringen til miljøet?

Det hevdes at antallet injiserende opiatmisbrukere er doblet de siste 6–8 årene. Samtidig som vi innførte LAR. Det er sikkert ikke noen sammenheng, men en ting kan vi være sikre på, LAR har i hvert fall ikke redusert rekrutteringen.

Overdoser med metadon

Hva med alle de utenfor LAR som dør av overdose der metadon er en del av bildet?

For noen måneder siden snakket jeg med en kollega som hadde deltatt i en resuscitering av en opiat-naiv 17-åring. Han fikk sin første opiat dose i form av metadon han hadde

kjøpt. Metadon fra LAR-prosjektet. Det gikk heldigvis bra, han hadde flaks.

I den lille byen der jeg bor er det uvanlig med overdoser. For to dager siden hadde også vi dessverre en overdose. Metadon igjen. Jeg hadde kjent ham lenge. Han hadde brukt mye forskjellige rusmidler i mange år, men opiat var han uvant med. Dosen han hadde kjøpt av en eller annen som syntes han hadde fått for mye metadon, ble for stor. Min pasient døde. Jeg var hjemme hos ham for å skrive dødsattest. Det var en trist opplevelse. Og et helt unødvendig dødsfall. I søppelkassen fant politiet et tomt glass som hadde inneholdt metadonløsning.

Det stod ikke noe pasientnavn på glasset, men legens navn stod der.

Og, med dette kommer et annet viktig spørsmål som ingen vet noe om. Er lekkasjen av metadon fra LAR så stor at det gir en overdødelighet for de som er utenfor LAR? Det er rapporter fra rettsmedisinsk institutt om at metadon er medvirkende i en stor andel av overdose-dødsfallene, foruroligende nok også hos mange utenfor LAR.

Forblir LAR-pasientene lengre opiatavhengige?

Et annet sentralt, lite belyst tema er om LAR-pasientene faktisk forblir lenger i opiatavhengigheten. Hva skjer med mennesker som har brukt dette medikamentet over lang tid? Jeg har noen tidligere heroinister som pasienter, de har sluttet uten hjelp fra LAR. Ville de sluttet dersom de fikk metadon? I «EBM-verdenen» ville man spurt om hva som er «number needed to harm», dette er det nok ingen som vet. Fordi spørsmålene ikke er stilt?

Velg selv

Slike kunnskapsoppsummeringer, som nå foreligger om LAR, skal man ta til seg. Vi skal høre på ekspertene, men vi skal ikke ukritisk svelge det de serverer. Vi må selv lese tallene, sjekke begrepene og evaluere effektene. Jeg er en svoren tilhenger av tiazidvedtaket, og har ingen problemer med å bruke simvastatin som primærbehandling mot hyperkolesterolemi, men det må komme helt andre tall og funn dersom jeg skal begynne med metadon på mine pasienter.

Du som leser dette, får lese rapporten selv. Tror du at du gjør mer nytte enn skade med metadonbehandling, skal du behandle. Finner du at det er uriktig og kanskje potensielt skadelig å bruke denne behandlingen, skal du ikke lenger akseptere at dine motiver trekkes i tvil. Det er helt legitimt å betvile verdien av metadonbehandling, det har Kunnskapscenteret sagt i sin rapport, du må bare lese den litt grundig.