

Narkotika i Norge

2018

Rapporten finnes i html-format på www.fhi.no

Utskriftsdato: 2019-01-18. 2. utgave med endring i historisk oversikt ved årstallet 1964 (side 102).

Ansvarlig redaktør: Linn Gjersing og Ellen J. Amundsen

Fagredaktør: Karl Erik Lund

Bidragstere (i alfabetisk rekkefølge): Ellen J. Amundsen, Ola Røed Bilgrei, Solveig Christiansen, Linn Gjersing, Marianne Lund, Thomas A. Sandøy, Astrid Skretting

Sekretariat: Marianne Lund, Ellen Amundsen og Erik Bull-Valen

Ekstern fagfelleevaluering: Svetlana Skurtveit

Narkotika i Norge

Rapporten omtaler bruk av narkotika i Norge, konsekvenser av narkotikabruk, samt omtale av tiltak og behandling.

Beskrivelse av rapporten

Om innholdet i Narkotika i Norge Side 4

Hva er narkotika? Side 8

Hvordan kan vi måle bruk av narkotika? Side 11

Bruk av narkotika

Narkotikabruk i Norge Side 16

Narkotikabruk blant ungdom Side 23

Problembruk av narkotika Side 29

Narkotikamarkedet Side 35

Doping – bruk, beslag og straffereaksjoner Side 43

Sniffing – lovgivning og omfang Side 51

Konsekvenser av narkotikabruk

Skader og problemer knyttet til narkotikabruk Side 55

Narkotikalovbrudd Side 62

Narkotikautløste dødsfall i Norge i 2016 Side 67

Tiltak og behandling

Kommunale tiltak rettet mot personer som bruker narkotika Side 72

Behandling for narkotikaproblemer i spesialisthelsetjenesten Side 78

Behandling for rusmiddelproblemer – en kortfattet historisk oversikt Side 85

Lovgivning vedrørende tjenestetilbudet til personer med rusmiddelproblemer Side 94

Tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke ved risikofylt rusmiddelbruk Side 98

Narkotika i historien

Historisk oversikt over narkotika i Norge 1912-2018 Side 101

Oppdateringer

Oppdateringer av kapitler i Narkotika i Norge Side 112

Datakilder

Datakilder om narkotika og narkotikabruk Side 113

Om rapporten

Om Narkotika i Norge Side 118

Vedleggstabeller

Vedleggstabeller til Narkotika i Norge Side 119

Om innholdet i Narkotika i Norge

En kort tematisk presentasjon av ulike sider ved narkotikabruk, med henvisning til videre lesning i artikler i publikasjonen Narkotika i Norge. Referanser gis hovedsakelig i artiklene det henvises til.

Hva er narkotika?

Narkotika brukes som en samlebetegnelse for alle illegale eller reseptbelagte rusgivende substanser (rusmidler), uavhengig av deres farmakologiske egenskaper, og som til enhver tid er registrert på Legemiddelverkets narkotikaliste. Les mer i Hva er narkotika.

Bruk av narkotika i Norge

Bruk av narkotika (rusgivende stoffer) har gjennom tidene vært innvevd i mange religiøse og sosiale ritualer. Før midten av 1960-tallet var den såkalt «klassiske narkomane» helsepersonell og pasienter som utviklet avhengighet fordi de hadde lett tilgang til morfin og andre opiat. Dette var målgruppa for den første spesialklinikk for behandling av narkotikamisbrukere i Norge som ble opprettet i 1961. Statens klinikk for narkomane (SKN) på Hov i Land var den første klinikk for behandling av narkotikaavhengighet i Europa. For øvrig var rekreasjonsbruk av narkotika (psykoaktive stoffer) begrenset (Hauge 2009).

På midten av 1960-tallet spredte bruk av narkotika seg blant ungdom i Norge og da først og fremst cannabis. Sniffestoffer og til dels også amfetamin og hallusinogene stoffer som LSD ble etter hvert tatt i bruk i tillegg til de tradisjonelle legemidlene morfin og andre opiat. Hauge knytter denne framveksten til utviklingen av egen ungdomskultur (Hauge 2009). Bruk av narkotika etter 1970 beskrives i Narkotikabruk i Norge, Narkotikabruk blant ungdom, Problembruk av narkotika og Narkotikamarkedet.

Artikkelen Historisk oversikt over narkotika i Norge gir en historisk oversikt over viktige hendelser og beslutninger på narkotikafeltet fra 1912 (da Haag-konvensjonen ble vedtatt) til i dag.

Konsekvenser av narkotikabruk

Helsekonsekvenser og andre skader og problemer

Bruk av de ulike stoffene har ulike helsemessige og sosiale konsekvenser. I Skader og problemer knyttet til narkotikabruk gis en oversikt over skader og problemer knyttet til narkotikabruk.

Straffeløpfølging av narkotikabruk og omsetning

Dette «nye» narkotikaproblemet utover 1960-tallet påkalte stor bekymring, og det ble relativt raskt tatt i bruk vide strafferammer. Norges narkotikapolitikk har, sammenlignet med de fleste andre vestlige land, blitt sett på som svært restriktiv. Fra rundt midten av 1980-årene inntrådte en

endring i straffep praksis. Stadig flere saker som bare gjaldt bruk og andre mindre alvorlige overtredelser ble avgjort ved forelegg. Mer nylig avgjøres nær alle mindre alvorlige saker (bruk og besittelse av små mengder narkotika) med bot. Også i mer alvorlige saker er straffenivået noe redusert (Hauge 2013).

Liberalisering av cannabisbruk skjer nå i amerikanske og australske stater, samt noen andre land, se oversikt i Cannabis policy: status and recent developments (EMCDDA 2018).

Reaksjoner fra politi og domstoler om illegal bruk og besittelse av narkotika beskrives i Narkotikalovbrudd.

Norge har de fleste politiske partier i Stortinget programfestet for perioden 2017 – 2021 at de vil ha en omlegging av dagens oppfølging av bruk og besittelse av narkotika fra justissektoren til helsesektoren og/eller nemder etter modell fra Portugal. Unntakene er Kristelig folkeparti og Fremskrittspartiet (Kilde: partiprogrammer). Kristelig folkeparti vil imidlertid også se på muligheter for alternativer til straff for de rusavhengige. Denne stadfestingen i partiprogrammene kan tyde på at det blir en omlegging av samfunnets reaksjoner på bruk av narkotiske stoffer om noen år. Utredning av hvilke endringer som er politisk mulige og eventuell endring i lovverk vil ta tid. Alle partier ønsker at narkotikaproduksjon og omsetning skal være forbudt (Kilde: partiprogrammer).

Tiltak og behandling

Kommunen har ansvar for å yte nødvendige helse- og sosialtjenester til personer med rusmiddelproblemer. I artikkelen Kommunale tiltak rettet mot personer som bruker narkotika beskrives kommunale tiltak rettet mot brukere med rusproblemer og/eller med psykiske helseproblemer.

Fra at behandling av henholdsvis alkohol- og narkotikaproblemer i utgangspunktet var to ulike systemer, har behandling for rusmiddelproblemer/-misbruk nå i flere år hatt en enhetlig organisering og ble fra 2004 en del av den statlige spesialisthelsetjenesten. Det kommunale hjelpetilbudet har også en enhetlig organisering. Dette innebærer at de fleste hjelpe- og behandlingenheter tar imot og yter tjenester både til dem som har problemer knyttet til bruk av alkohol og dem som har problemer knyttet til bruk av narkotika. En kortfattet historisk oversikt over behandling av rusmiddelproblemer finner du i [Behandling for rusmiddelproblemer – en kortfattet historisk oversikt, om lovgivningen knyttet til tjenestetilbud og behandling for rusmiddelbruk](#) finner du i [Lovgivning vedrørende tjenestetilbudet til personer med rusmiddelproblemer, og om tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke](#) finner du i [Tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke ved risikofyllt rusmiddelbruk](#).

En oversikt over antall personer som har vært i spesialistbehandling med en narkotikadiagnose, finner du i [Behandling for narkotikaproblemer i spesialisthelsetjenesten](#).

Forebygging

Forebygging skal bidra til å hindre at rusmiddelproblemer oppstår og utvikler seg. Dette skjer ved å arbeide for reduksjon av både tilgjengelighet og etterspørsel. For narkotika er det aller sterkeste

virkemiddelet – forbud – tatt i bruk.

Redusert tilgjengelighet for narkotika dreier seg om tiltak for å redusere produksjon, innførsel og omsetning. Felles for mange av disse tiltakene er at de krever et internasjonalt samarbeid.

Virkemidlene for å redusere etterspørselen kan rette seg mot hele befolkningen. Eksempler på dette er holdnings- og informasjonskampanjer. Offentlige og frivillige institusjoner og organisasjoner har i tillegg en rekke forebyggingsprogrammer som retter seg mot spesielle grupper, herunder barn, ungdom, gravide mfl.

Det er gjort mye forskning på mulige effekter av et stort mangfold av rusforebyggende programmer rettet mot barn og unge, men det er likevel behov for mer forskningsbasert kunnskap på dette feltet. De forebyggende programmene varierer med hensyn til innhold, målgruppe og arena. Målgruppen kan for eksempel være både foreldre og barn/ungdom, og for svært mange programmer er skolen den viktigste arenaen (UNODC 2015).

I tillegg er det et mål å forebygge at rusmiddelavhengige i en rehabiliteringssituasjon faller tilbake.

Det er ingen egen artikkel om kunnskapsbasert forebygging av narkotikabruk og narkotikaproblemer i publikasjonen Narkotika i Norge. Forebygging i kommunene av alkohol og narkotikabruk kan du lese om i Alkohol, narkotika og folkehelse (Folkehelseprofiler 2018).

Forebygging av overdoser og smittespredning er også viktige tiltak på lokalt nivå, les Forebygging av overdose (Helsenorge.no 2018b). Informasjon om hepatitt C finnes i artikkelen Hepatitt C (Helsenorge.no 2018c) og om HIV finnes på helsenorge.no sin temaside Hiv og aids (Helsenorge.no 2018d).

Referanser

EMCDDA (2018) European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Cannabis policy: status and recent developments

Folkehelseprofiler (2018), Alkohol, narkotika og folkehelse

Hauge R. (2009) Rus og rusmidler gjennom tidene, Oslo: Universitetsforlaget

Hauge R. (2013), kapittel i Bretteville-Jensen A.L. 'Hva vet vi om cannabis'

Helsenorge.no (2018a) Narkotika og Vanedannende medisiner

Helsenorge.no (2018b) Forebygging av overdose

Helsenorge.no (2018c) Hepatitt C

Helsenorge.no (2018d) Hiv og aids

Mørland J. & Waal H. Rus og avhengighet. Universitetsforlaget; 2016

UNODC, United Nations Office on Drugs and Crime. International standards on drug use prevention. Vienna: 2015.

WHO, World Health Organization. The health and social effects of nonmedical cannabis use. Geneva: 2017

Hva er narkotika?

Artikkelen diskuterer hva betegnelsen «narkotika» skal omfatte.

Hovedpunkter

- Et stoff er illegalt om det er registrert i Legemiddelverkets narkotikaliste
- Enkelte legemidler står også på denne listen, men bruken av disse er legal så lenge den er i samsvar med forskrivning fra lege
- Brukere av narkotika deles ofte inn i grupper etter hyppighet av bruk fordi dette i stor grad påvirker hvor store konsekvenser bruken får

Hva er narkotika?

Hva betegnelsen narkotika skal omfatte har endret seg over tid og kan være ulik i ulike land og miljøer (Westin et al. 2011). I Norge i dag brukes det som regel om alle ulovlige og reseptbelagte rusgivende substanser. En alternativ betegnelse er dermed illegale rusmidler. Hvilke rusmidler som er illegale reguleres gjennom Legemiddelverkets narkotikaliste (Legemiddelverket 2018). Et illegalt rusmiddel kan samtidig være et legalt legemiddel om det forskrives av en lege. Et eksempel er morfin som kan brukes legalt om det forskrives av en lege, mens det anses som et illegalt rusmiddel om det brukes uten forskrivning og med den hensikt å oppnå en ruseffekt. Narkotikalistene definerer derfor hvilke stoffer som er illegale, men forskrives stoffene av en lege og brukes i henhold til forskrivningen så er de legale legemidler (Helsenorge.no 2018).

Det har imidlertid også dukket opp stoffer/substanser på markedet som ikke har vært illegale og som gir rus, men som har de samme virkninger på kroppen som forbudte stoffer. Eksempler på dette har vært såkalte legal highs og syntetiske cannabinoider (Bretteville-Jensen & Bilgrei 2015). Disse har etter hvert blitt innlemmet i Legemiddelverkets narkotikaliste og er dermed illegale. Det kan imidlertid bli produsert nye slike, vanligvis syntetiske, stoffer.

En ny problemstilling er knyttet til mulig avkriminalisering og legalisering av dagens narkotiske stoffer. Da vil enkelte rusgivende stoffer ikke lenger stå på Legemiddelverkets narkotikaliste og som sådan ikke lenger være narkotika ifølge definisjonen over. Dette åpner for andre inndelinger og betegnelser i fagfeltet.

De mest brukte narkotiske stoffene blir ofte delt inn etter cannabis, opioider (heroin, morfin), sentralstimulerende rusmidler (amfetamin, metamfetamin, kokain), hallusinogener (LSD/lysergisyredietylamid), sniffestoffer og *gamma*hydroksybutyrat/GHB (EMCDDA 2018). MDMA/ecstasy blir noen ganger gruppert med sentralstimulerende stoffer og av og til med hallusinogener. MDMA (3,4-metylendioksymetamfetamin) er virkestoffet i partydopet ecstasy.

. Nye psykoaktive stoffer (NPS) er betegnelsen for stoffer som ikke er regulert gjennom internasjonale narkotikaavtaler, men som utgjør en trussel mot folkehelsen som er sammenliknbar med andre stoffer omfattet av disse avtalene (EMCDDA 2018). De vanligste stoffgruppene blant

NPS er syntetiske cannabinoider og syntetiske katinoner. I de senere år har det også kommet mange nye benzodiazepinliknende stoffer og svært potente fentanyler (syntetiske opioider) med flere (Bretteville-Jensen & Bilgrei 2015).

En mer fullstendig liste over rusmidler, inklusive narkotiske stoffer, finnes blant annet i Store medisinske leksikon (2018).

Vanedannende legemidler ble omtalt i Rusmidler i Norge (2016), men blir ikke omtalt i Narkotika i Norge (denne publikasjonen).

Inndeling av brukere av narkotika i brukskategorier

Personer som bruker illegale rusmidler kan beskrives ut ifra hyppighet av bruk. Vi skiller mellom eksperimentbrukere (brukt noen få ganger), rekreasjonsbrukere (bruk stort sett i helgene og gjennomsnittlig et par ganger i måneden) og problembruk eller høyrisikobruk (bruk en gang i uka eller mer, ofte med inntak med sprøyter). Høyrisikobruk øker risikoen for sykdom, skade og tidlig død. Mer om omfang av høyrisikobruk finner du i artikkelen Problembruk av narkotika.

Avhengighet av narkotiske stoffer er en medisinsk diagnose som i dag ofte blir brukt som alternativ til betegnelsene problembruk og høyrisikobruk av narkotika (ICD-10 2016). Diagnosene er inndelt etter stoff på følgende måte:

- F11 Avhengighet av opioider
- F12 Avhengighet av cannabinoider
- F13 Avhengighet av sedativer og hypnotika (vanedannende legemidler)
- F14 Avhengighet av kokain
- F15 Avhengighet av andre stimulerende stoffer (enn kokain)
- F16 Avhengighet av hallusinerende stoffer
- F18 Avhengighet av flyktige stoffer
- F19 Avhengighet av flere og andre psykoaktive stoffer

Avhengighet er beskrevet i artikkelen Om avhengighet og hos Mørland og Waal (2016).

Hvordan skal bruk av narkotika forstås?

Gjennom historien har en vært opptatt av hva som ligger til grunn for bruk/ problembruk/ avhengighet, og hvordan en skal møte dem som bruker narkotiske stoffer og får problemer i tilknytning til slik bruk. Her har det vært, og er, ulike oppfatninger: Skal det forstås som en sykdom eller mer som symptom på ulike samfunnsmessige problemer og/eller personlige problemer? Uenighet om hvordan narkotikaproblemet skal forstås, finner en så vel blant politikere og sentrale myndigheter som blant ulike grupper fagfolk og lekfolk. I mange år var den dominerende årsaksforklaringen at bruk av rusmidler skyldes at noe var galt med samfunnet og at misbruk var et symptom på dårlig moral, sosial utstøting og på psykiske problemer. I de senere år har det vært en klar dreining mot å se problembruk i et sykdomsperspektiv. Dette har blant annet hatt som følge at mens personer med narkotikaproblemer tidligere ble betegnet som misbrukere har det mer og

mer gått i retning av å snakke om rusmiddelavhengige. Det er en pågående diskusjonen om hyppig bruk/avhengighet av rusmidler er en sykdom eller et produkt av sosiale faktorer og personlig disposisjon (Mørland & Waal 2016).

Referanser

Bretteville Jensen A.L. og Bilgrei O.B (2015) Nye psykoaktive stoffer. En rusmiddelrevolusjon? Universitetsforlaget, Oslo

EMCDDA 2018: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2018), *European Drug Report 2018: Trends and Developments*, Publications Office of the European Union, Luxembourg. http://www.emcdda.europa.eu/edr2018_en

Helsenorge.no (2018) og <https://helsenorge.no/legemidler/vanedannende-medisiner>

Legemiddelverket 2018

Mørland J. & Waal H. Rus og avhengighet. Universitetsforlaget; 2016

Rusmidler i Norge (2016) Kapittel 4

Store medisinske leksikon (2018)

Westin A.A., Strøm E.J.H., Rygnestad T. og Slørdal L. (2011) . Hva er egentlig narkotika? Tidsskrift for den norske legeförening ;131(16):1574-5

ICD-10 (2016) International classification of diseases and related health problems 10th revision. World Health Organization, chapter V Mental and behavioural disorders.

Hvordan kan vi måle bruk av narkotika?

Det finnes mange metoder for å kartlegge narkotikabruk, men ingen av dem gjenspeiler status og utviklingstrekk for slik bruk i befolkningen helt riktig.

Erfaring med og forskning om metodene gir imidlertid informasjon om deres sterke og svake sider og hvilke metoder som gir informasjon om hvilke undergrupper av brukere. Ofte vil sammenstilling av tall om narkotikabruk fra ulike kilder gi tilstrekkelig informasjon for aktuelle formål. I denne artikkelen gjennomgås de vanligste metodene for måling av narkotikabruk.

Hovedpunkter

- Narkotikabruk underrapporteres som regel i spørreundersøkelser i hele befolkningen eller blant brukere av rusmidler
- Narkotikabruk avsetter spor i kroppen som kan måles ved prøver av blod, urin, spytt, hår
- Registerdata kan gi verdifull informasjon om problemer ved bruk av narkotika
- Målinger i avløpsvann av narkotiske stoffer og deres metabolitter gir informasjon om forbruk av disse i oppsamlingsområdet for hvert renseanlegg
- Ved å kombinere ulike datakilder og modellere underliggende sammenhenger beregnes for eksempel omfang av sprøytebrukere

Typer av datakilder

Tilgang til informasjon om bruk av narkotika kan deles i tre hovedgrupper: A) undersøkelser om forbruk hos enkeltpersoner, B) undersøkelser/målinger som er knyttet til aggregerte grupper og C) metoder som indirekte kan anslå omfang av bruk eller misbruk. Nedenfor er det gitt eksempler i de tre kategorier som så vil bli utdypet i teksten:

- A1 Spørreundersøkelser i befolkningen
- A2 Spørreundersøkelser i utvalgte grupper (personer i behandling, i ulike tiltak, med risikabel bruk)
- A3 Biologisk materiale: Målinger i hår/spytt/blod/urin
- A4 Registerdata
- B Måling av rusmidler eller omdannelsesstoffer fra rusmidler i avløpsvann
- C1 Bruke ulike datakilder og etablerte sammenhenger mellom dem
- C2 Multiplikatormetoder

I spørreundersøkelser generelt kan det settes spørsmålstegn ved om personer svarer riktig. Avhengig av hva man spør om, vil det være ulike mekanismer som bidrar til dette: man husker ikke godt nok eller man vrir svaret - bevisst eller ubevisst - i retning av hva man vil forvente av seg selv eller det man tror den som intervjuer mener er bra. Dette er forhold som vi er oppmerksomme på,

som det delvis kan justeres for og som må tas hensyn til når vi trekker slutninger fra et datamateriale.

Mange personer med hyppig rusmiddelbruk har mistet, eller aldri hatt, en fast bolig eller jobb og kan også ha et dårlig sosialt nettverk. Mange har midlertidige adresser og kan ha lange fengsels- eller behandlingsopphold. Spørreundersøkelser basert på informasjon om bosted i sentrale registre vil i liten grad nå fram til slike grupper, enten det er intervjuere som oppsøker boligadresser eller spørreskjemaer som sendes med post til visse adresser. Grad av marginalisering blant brukere av et rusmiddel har innflytelse på hvordan rusmiddelbruken kan måles. Hvis bruk stort sett foregår i marginaliserte grupper, som ved heroinbruk, får vi lite informasjon gjennom spørreundersøkelser som tar utgangspunkt i at personer er registrert med riktig adresse.

De konkrete datakilder som er brukt i denne publikasjonen er beskrevet i her (artikkelen Datakilder narkotika)

Forbruk hos enkeltpersoner

A1: Spørreundersøkelser i befolkningen

En vanlig måte å måle rusmiddelbruk på har vært å sende spørreskjemaer hjem til et utvalg av befolkningen, ringe dem eller oppsøke dem hjemme for å få et personlig intervju. Med ny teknologi kan det gjennomføres undersøkelser via internett og mobiltelefon. Ved bruk av slike metoder er det viktig å sikre seg at narkotikabruk blant dem som svarer gir et representativt bilde av narkotikabruk i befolkningen eller at man kan justere resultatene for best mulig å sikre dette. Underrapportering er imidlertid et kjent fenomen, eller rapportering som går i en retning som er sosialt ønskelig hos de som svarer. De siste årene har andelen personer som svarer på slike undersøkelser blitt så lav at tilliten til at svargruppen er representativ er lav. Uansett hvor høy svarprosenten er, kan imidlertid representativiteten være svak. For eksempel når disse undersøkelsene sjelden sosialt marginaliserte grupper som bruker tunge narkotiske stoffer (Bye et al. 2013; Sandøy 2015; Statistisk sentralbyrå 2015).

A2: Spørreundersøkelser i utvalgte grupper

I Norge har det vært gjennomført undersøkelser blant f.eks. studenter, blant personer som tas inn i behandling for problemer med bruk av rusmidler og blant brukere av sprøyteutdelingstiltak. Hovedargumentasjonen for å spørre utvalgte grupper er å kartlegge rusmiddelbruk blant personer som ikke nås eller blir for få av i en generell spørreundersøkelse i befolkningen. Også her kan man kartlegge forbruk og konsekvenser relativt detaljert. For noen grupper, for eksempel personer som tas inn i behandling for problemer med narkotikabruk, vet vi at de har alvorlige problemer med slik bruk. Dermed får vi informasjon også om bakgrunnen for og konsekvenser av slik bruk.

Det vil alltid være usikkert hvem som er representert i slike utvalg av brukere av rusmidler. Derfor er det også usikkert om det er mulig å uttale seg om større grupper av rusmiddelbrukere basert på slike «ikke-representative» utvalg. Dette må vurderes for hver enkelt undersøkelse (Gjersing og Sandøy 2014; Bretteville-Jensen 2005).

A3: Biologisk materiale: Målinger i hår/spytt/blod/urin

Rusmiddelbruk avsetter spor i kroppen som kan måles ved prøver av blod, urin, spytt, hår etc. (Gjerde et al. 2011). Kunnskapen om de kjemiske prosessene som skjer i kroppen etter inntak av rusmidler utvides stadig, og dermed også hvilke stoffer som kan måles i biologisk materiale på ulike tidspunkter etter inntak av rusmidler. Det kan måles både inntak av rusmidler (stoffet selv eller et omdannelsesstoff) eller endringer i kroppen som følge av inntak av rusmidler. Noen stoffer omdannes raskt og kan dermed bare måles i et tidsvindu på noen timer, som for eksempel heroin i blod, mens alkoholinntak kan monitoreres i hår i flere måneder. Selv om undersøkelsesmetoden brukes i økende grad, er det pr. i dag uklart om mengde rusmiddel brukt og hvor lenge det er brukt kan kartlegges tilstrekkelig gjennom målinger i biologisk materiale. Det vil variere fra rusmiddel til rusmiddel og type biologisk materiale som foreligger. Formålet med en slik undersøkelse vil avgjøre om metoden er god nok alene.

Resultater av måling av biologisk materiale for personer vil ha de samme svakheter knyttet til representativitet på befolkningsnivå som spørreundersøkelser i befolkningen.

Ved mistanke om påvirket kjøring, sender politiet blodprøver til avdeling for rettsmedisinske fag ved Oslo Universitetssykehus. Her testes prøvene for innhold av alkohol og narkotika. Ved obduksjoner sendes også slike prøver til samme sted. Det lages årlige statistikkrapporter som beskriver omfang av alkohol og type narkotika som blir påvist (OUS 2018).

A4: Registerdata

Ved innleggelse i behandling eller tiltak av annen type knyttet til rusmiddelbruk, er det vanlig å kartlegge hvilke rusmiddelproblemer personene har. Slik informasjon registreres lokalt og kan benyttes til utredning og forskning innen de rammer som lovverket setter. Informasjon om rusmiddelbruk før innleggelse i tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal for eksempel nå rapporteres til Norsk pasientregister som drives av Helsedirektoratet (Lauritzen og Amundsen 2013). Registerdata for rusbehandling er foreløpig i en utviklingsfase. Også data fra politi og domstoler for narkotikarelaterte lovbrudd og forseelser gir viktig informasjon.

Dødsårsaksregisteret gir informasjon om hvor mange dødsfall som vurderes til å være direkte utløst på grunn av inntak av hhv alkohol og narkotika (FHI 2018).

B Undersøkelser/målinger i aggregerte grupper

Måling av rusmidler eller omdannelsesstoffer fra rusmidler i avløpsvann

Siden rusmiddelbruk kan måles i urin, er det også mulig å måle rusmidler eller deres omdannelsesstoffer i kloakken eller mer generelt i vann/avløpsvann. Prøver tatt ved inntaket til renseanlegg vil fortelle, etter en omregning som tar inn mange faktorer, hvor mye som er brukt av de personer som har benyttet toaletter knyttet til renseanlegget i en periode forut for målingen. Det må tas hensyn til faktorer som hvor mye urin som ikke fanges opp av toalettene, lekkasjer og kjemiske prosesser i avløpsrørssystemer, alternative kilder (lovlige og ulovlige utslipp som ikke er inntatt av mennesker, for eksempel teknisk sprit til rengjøring) i tillegg til de momenter som er nevnt over om måling i biologiske materialer. Målinger gir informasjon om for eksempel antall gram kokain brukt pr dag pr 1000 innbygger i nedslagsfeltet til renseanlegget. Det viser ikke om noen få personer bruker mye eller om mange personer bruker lite (Frost & Griffiths 2008;

EMCDDA 2018)). Målingene vil også omfatte oppsamlingsfeltet for det enkelte renseanlegg og ikke nødvendigvis gi et representativt bilde for befolkningen.

Indirekte metoder

C1: Bruke ulike datakilder og etablerte sammenhenger mellom dem

I tillegg til metodene som er nevnt over, er det mulig å kombinere informasjon fra ulike datakilder for å anslå antall personer som bruker narkotika på en risikofylt måte. Utgangspunktet er som regel at det er etablert en teoretisk eller målt (empirisk) sammenheng mellom antall risikobrukere og en eller flere andre størrelser. Et eksempel er den stabile sammenhengen i ulike populasjoner mellom gjennomsnittlig drukket alkoholmengde i et år og andelen som var stordrikkere (Skog 1985). Ved nye undersøkelser av størrelsen på gjennomsnittlig drukket alkoholmengde anslås så andelen stordrikkere ut fra denne sammenhengen. Metodene kalles ofte *indirekte* og benyttes hyppigst i situasjoner hvor spørreundersøkelser ikke når fram til den gruppe man vil måle omfanget av. En rekke indirekte metoder er utviklet for å måle omfang av tungt narkotikabruk, men kan også benyttes for andre typer rusmiddelmissbruk. Det europeiske overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk (EMCDDA) har utarbeidet retningslinjer for indirekte metoder som måler omfang av det tunge narkotikamisbruket, hvor en av metodene er multiplikatormetoden (Hay et al. 1999; Kraus et al. 2004).

C2: Multiplikatormetoden

Multiplikatormetoden tar generelt utgangspunkt i at antall brukere, M (ukjent), multiplisert med en størrelse, p (kjent eller anslått), gir oss en kjent størrelse N . Det vil si at $M \cdot p = N$. Da kan vi beregne antall brukere, M , ved formelen $M = N/p$. La for eksempel M være et ukjent antall sprøytebrukere. La p være sannsynligheten for at en sprøytebruker blir innlagt i behandling i løpet av et år, noe som kan anslås i spørreundersøkelser blant sprøytebrukere. La så N være antall i behandling som oppgir at de har inntatt narkotika med sprøyter siste år. Da kan vi anslå antall sprøytebrukere ved formelen over. Metoden er god hvis grunnlagstallene er gode, blant annet bør verdien av p være målt i flere undersøkelser over tid (Bretteville-Jensen og Amundsen 2006).

Referanser

Bretteville-Jensen, A. L. (2005).

Økonomiske aspekter ved sprøytemisbrukernes forbruk av rusmidler. En analyse av intervjuer foretatt 1993-2004. Oslo: SIRUS rapport 4/2005

Bretteville-Jensen, A. L., & Amundsen, E. J. (2006). Omfang av sprøytebruk i Norge. Oslo: SIRUS rapport 5/2006

Bretteville-Jensen, A. L., & Amundsen, E. J. (2009). Heroinbruk og heroinbeslag i Norge Oslo: Oslo: SIRUS rapport 8/2009

Bye E.K., Amundsen E.J. og Lund M. (2013)

Bruk av tobakk, rusmidler og vanedannende legemidler i Norge – hovedfunn fra SIRUS' befolkningsundersøkelse i 2012

. Oslo: SIRUS rapport 6/2013

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction/EMCDDA (2018)
Latest data reveal drug taking habits in close to 60 European cities

Frost, N., & Griffiths, P. (2008). Assessing illicit drugs in wastewater (Vol. No 9). Luxembourg: EMCDDA/ Office for Official Publications of the European Communities

Folkehelseinstituttet/FHI (2018) Dødsårsaksregisteret - statistikkbank

Gjerde, H., Øiestad, E. L., & Christophersen, A. S. (2011).

Using biological samples in epidemiological research on drugs of abuse. Norsk Epidemiologi, 21(1).

Gjersing L. og Sandøy T.A. (2014) Narkotikabruk på gateplan i syv norske byer. Oslo: SIRUS rapport 1/2014

Hay, G., McKeganey, N., Wiessing, L., & Hartnoll, R. (1999). Methodological Guidelines to Estimate the Prevalence of Problem Drug Use on the Local Level. Lisbon: EMCDDA.

Kraus, L., Kümmler, P., Augustin, R., Pfeiffer, T., Simon, R., Wiessing, L., et al. (2004). Key Epidemiological Indicator: Prevalence of problem drug use. Lisbon: EMCDDA

Lauritzen G., og Amundsen E.J. (2013)

Pasienter tatt inn i behandling i 2011 for problemer knyttet til bruk av narkotiske stoffer og vanedannende legemidler

. Oslo: SIRUS rapport 3/2013.

Oslo Universitetssykehus/OUS (2018)

Alkohol og rusmidler. Temaside for statistikk, fakta og rapporter om alkohol og andre rusmidler.

Sandøy T.A. (2015) Bruk av illegale rusmidler: Resultater fra befolkningsundersøkelser 2012-2014. Oslo: SIRUS rapport 4/2015

Statistisk sentralbyrå/SSB (2015)

Dokumentasjonsrapport. Undersøkelsen om tobakk- og rusmiddelbruk i Norge.

Narkotikabruk i Norge

Oversikt over bruk av illegale rusmidler i den norske befolkningen. Vekt på utviklingstrekk og forskjeller mellom befolkningsgrupper. Datagrunnlaget er årlige spørreundersøkelser gjennomført av Statistisk Sentralbyrå (SSB) på bestilling fra Folkehelseinstituttet (FHI).

Hovedpunkter

- Cannabis er det mest utbredte illegale rusmidlet i Norge.
- Andelen som oppga cannabisbruk var relativt stabil i perioden 2012-2017.
- Majoriteten av dem som oppga cannabisbruk rapporterte bruk 1-5 ganger i løpet av livet.
- Flere menn enn kvinner oppga å ha brukt cannabis.
- Større andeler i de yngste aldersgruppene (16-24 og 25-34 år) oppga å ha brukt cannabis siste 12 mnd. og siste 4 uker sammenlignet med resten av befolkningen.
- Kokain var det nest mest brukte illegale rusmidlet i undersøkelsene, mens andelen som oppga bruk av ecstasy/MDMA har økt noe de siste årene.

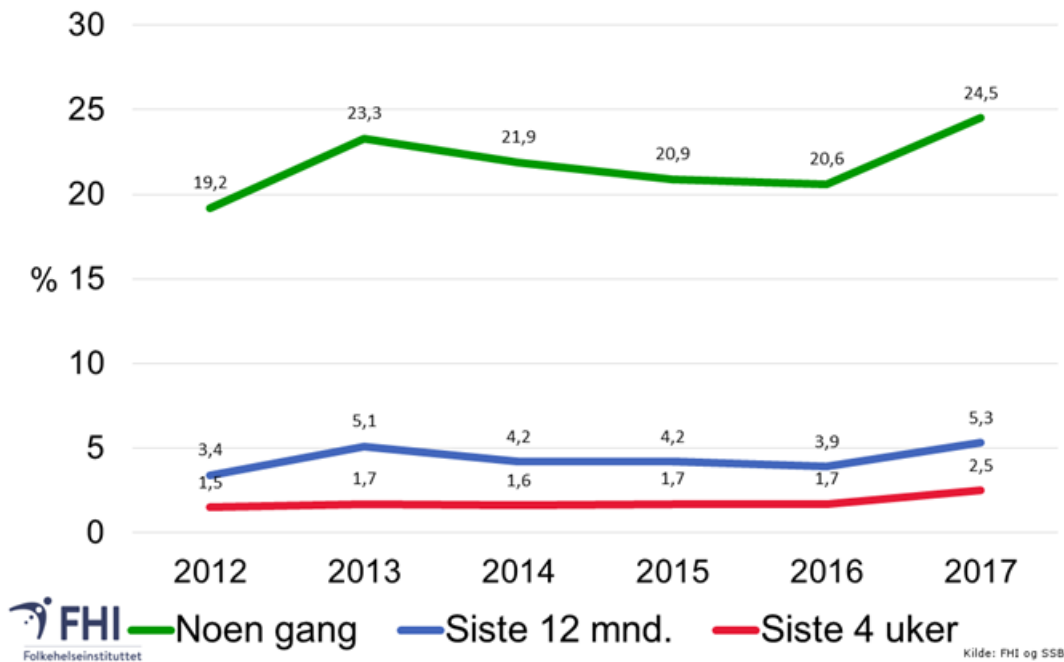
Narkotikabruk i den norske befolkningen

Hvert år blir et utvalg i Norge kontaktet med spørsmål om å delta i en spørreundersøkelse om bruk av tobakk, alkohol og narkotika. I perioden 2012-2017 har rundt 1800 personer i alderen 16-64 år besvart spørsmål om bruk av narkotika årlig. Det er disse svarene som utgjør datagrunnlaget for denne artikkelen. Svarprosenten for disse undersøkelsene har i gjennomsnitt ligget rundt 60 %. Tallene som presenteres her er vektet for kjønn, alder, utdanning og geografi (se artikkelen «Datakilder felles for flere substansområder» for mer informasjon om datagrunnlaget).

Cannabis

Cannabis (hasj, marihuana, cannabisolje, skunk, sensimilla) er det mest brukte illegale stoffet både i Norge og resten av den vestlige verden og er viet mest plass i denne artikkelen (EMCDDA, 2017). Figur 1 viser andeler i alderen 16-64 år som oppga å ha brukt cannabis henholdsvis noen gang, siste 12 måneder og siste fire uker. Den generelle tendensen er at cannabisbruken har vært relativt stabil i perioden 2012-2017. I overkant av en femtedel rapporterte bruk av cannabis noen gang, mens 4-5 % oppga bruk av cannabis siste 12 måneder. Andelen som rapporterte bruk av cannabis siste fire uker har ligget stabilt rundt 2 % i denne perioden.

Cannabisbruk 16-64 år, 2012-2017



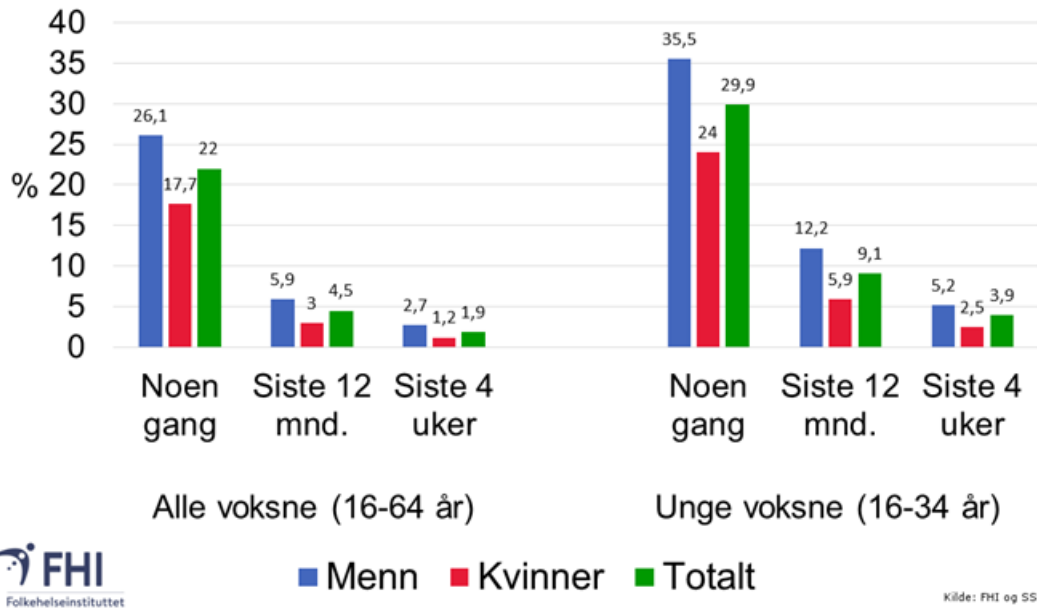
Figur 1:

Andel i alderen 16-64 år som oppga å ha brukt cannabis noen gang, i løpet av siste 12 mnd. og i løpet av siste 4 uker, 2012-2017. Kilde: FHI og SSB.

Estimatene blir mer robuste om man slår sammen undersøkelser til ett stort utvalg. De påfølgende figurene viser derfor resultater fra de tre siste undersøkelsesårene 2015, 2016 og 2017 kombinert.

I undersøkelsene var det en større andel menn enn kvinner som oppga å ha brukt cannabis. Som det fremgår av figur 2, rapporterte over en fjerdedel av menn i alderen 16-64 å ha brukt cannabis noen gang, mens den tilsvarende andelen blant kvinner var under en femtedel. Andelen i alderen 16-64 år som oppga bruk av cannabis siste 12 måneder og siste fire uker var over dobbelt så stor blant menn sammenlignet med kvinner. Figur 2 viser også at forekomsten av cannabisbruk var større blant unge voksne (16-34 år) enn i utvalget sett under ett. I underkant av en tredjedel av de unge voksne oppga bruk av cannabis noen gang, mens litt under 10 % oppga bruk siste 12 måneder. Også blant de unge voksne var det en større andel menn enn kvinner som rapporterte cannabisbruk. Samtlige kjønnsforskjeller i figur 2 er statistisk signifikante.

Cannabisbruk blant menn og kvinner, 2015-2017

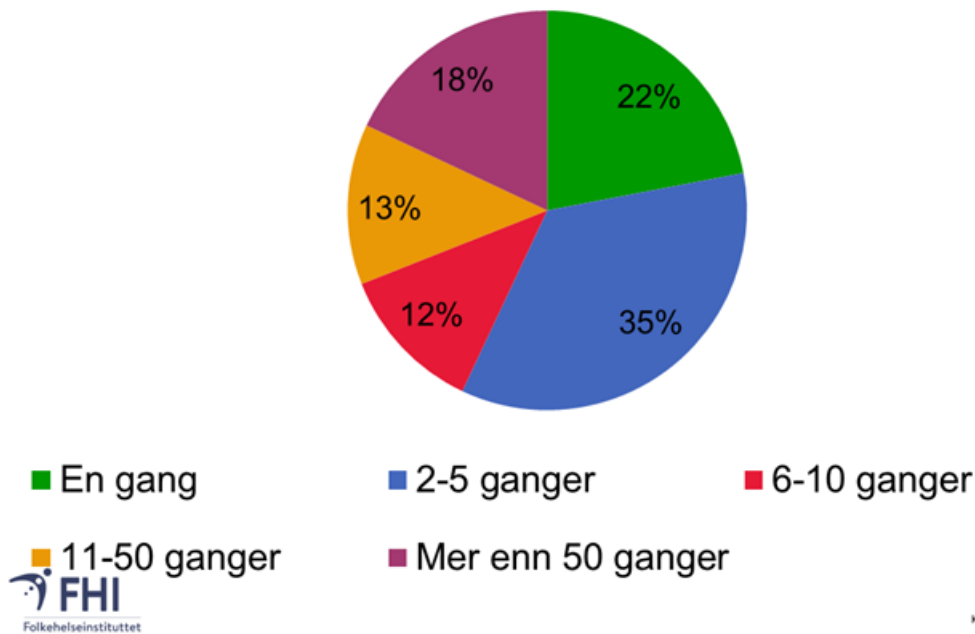


Figur 2:

Andel i alderen 16-64 år og 16-34 år som oppga å ha brukt cannabis noen gang, i løpet av siste 12 mnd. og i løpet av siste 4 uker etter kjønn, 2015, 2016 og 2017 kombinert. Kilde: FHI og SSB.

Det er viktig å understreke at de fleste som rapporterte bruk av cannabis bare hadde brukt rusmiddelet noen få ganger i løpet av livet. Figur 3 viser at blant personer som oppga å ha brukt cannabis én eller flere ganger, svarte oppunder 60 prosent at de har brukt det 1-5 ganger. Rundt en femtedel oppga bruk mer enn 50 ganger i løpet av livet. Gjennomsnittlig debutalder for cannabisbruk var 19 år i hele utvalget.

Bruksfrekvens blant 16–64-åringe som oppga å ha brukt cannabis én eller flere ganger, 2015-2017

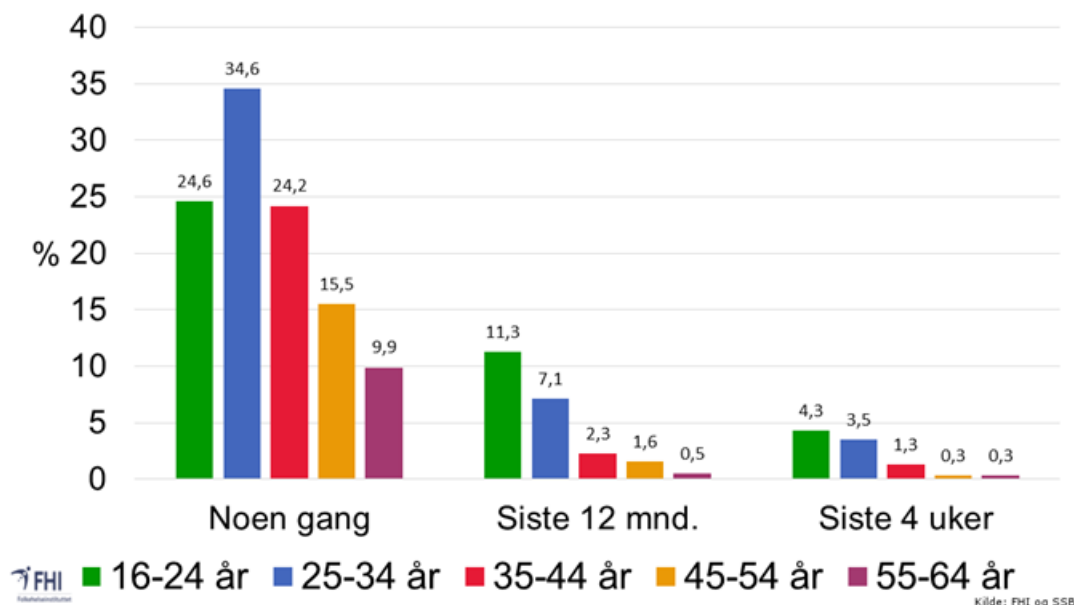


Figur 3:

Bruksfrekvens (antall ganger) blant 16–64-åringe som oppga å ha brukt cannabis én eller flere ganger i løpet av livet, 2015, 2016 og 2017 kombinert. Kilde: FHI og SSB.

Bruk av cannabis varierer også med alder. Figur 4 viser forekomsten av cannabisbruk i ulike aldersgrupper. Mens cannabisbruk noen gang var mest utbredt blant dem som var 25-34 år på undersøkelsestidspunktet, var bruk siste 12 måneder mest utbredt blant 16-24 åringer. Cannabisbruk siste fire uker var mest utbredt i de to yngste aldersgruppene. Nylig cannabisbruk var med andre ord mest utbredt blant de yngste, noe som også kommer tydelig frem i figur 2 over.

Cannabisbruk i aldersgrupper, 2015-2017



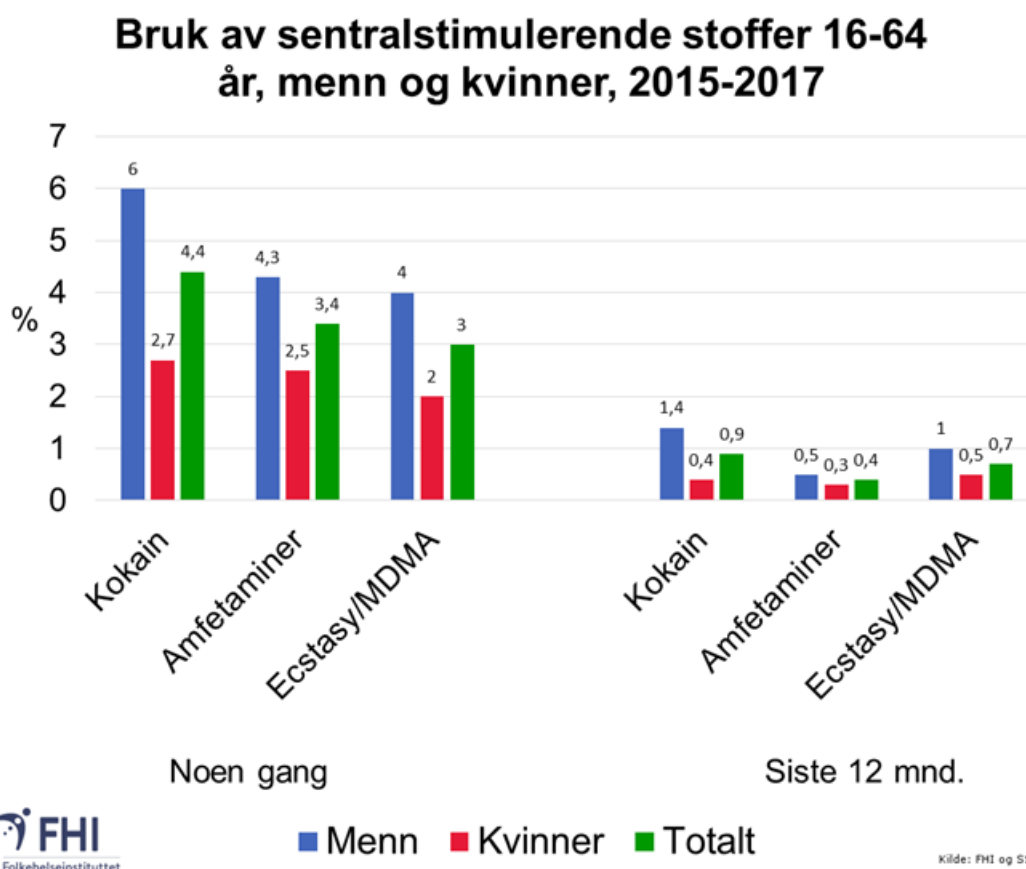
Figur 4:

Andel i alderen 16-64 år som oppga å ha brukt cannabis noen gang, i løpet av siste 12 mnd. og i løpet av siste 4 uker i aldersgrupper, 2015, 2016 og 2017 kombinert. Kilde: FHI og SSB.

Du kan lese mer om cannabis og cannabisbruk i Bretteville-Jensen (2013). Tema som omtales er: cannabisprodukter i endring, nasjonale og internasjonale utviklingstrekk i bruken av cannabis, den norske cannabiskulturen, det norske cannabismarkedet, psykiske og medisinske følger av cannabis, konsekvenser av cannabisbruk for arbeid og utdanning, tredjepartskader og samfunnskostnader av cannabisbruk, cannabis i lovgivning og rettspraksis, internasjonale utfordringer av cannabispolitikken, straff og alternative reaksjoner.

Sentralstimulerende stoffer

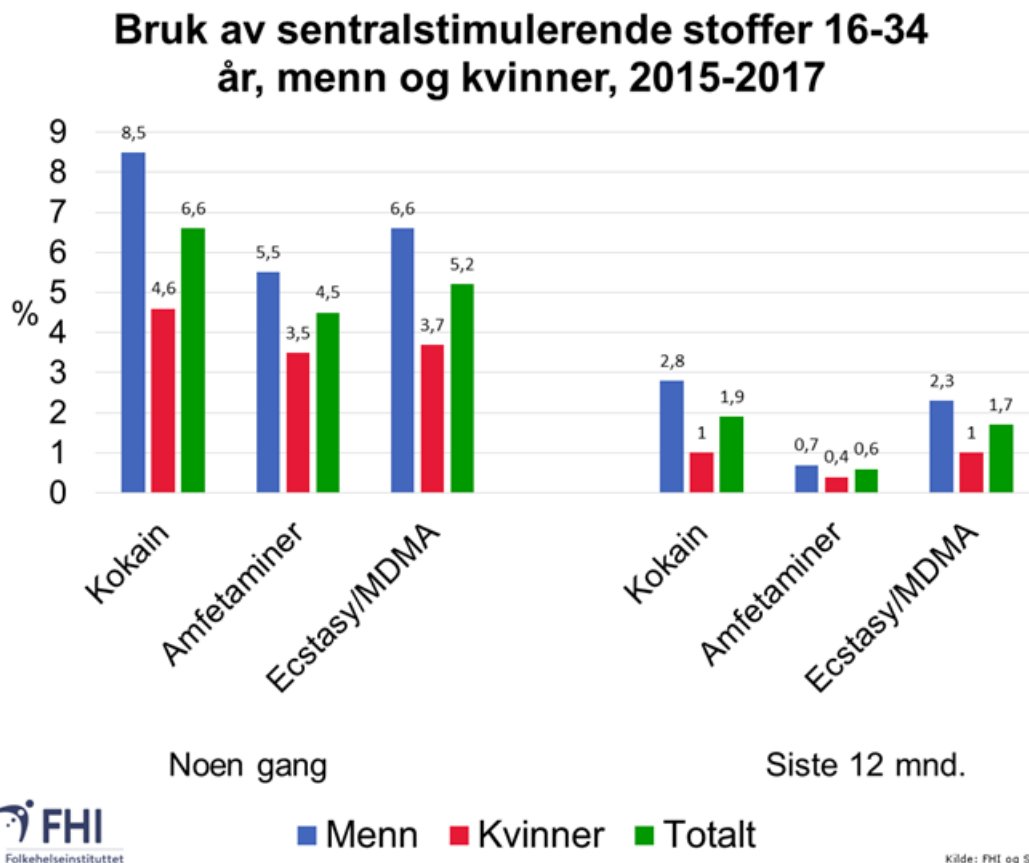
Etter cannabis er de sentralstimulerende stoffene kokain, amfetaminer (amfetamin /metamfetamin) og ecstasy/MDMA (3,4-metylendioksymetamfetamin) de mest rapporterte illegale stoffene i befolkningsundersøkelsene. Figur 5 gir en oversikt over forekomsten av disse stoffene blant alle voksne (16-64 år). Også her er data fra 2015, 2016 og 2017 slått sammen. Mens det var rundt 3-4 % av totalutvalget som oppga bruk av de enkelte stoffene noen gang, rapporterte under 1 % bruk av et av de sentralstimulerende stoffene siste 12 måneder. Også for disse stoffene var det forskjeller i bruk mellom menn og kvinner. Rundt dobbelt så store andeler menn oppga bruk av stoffene henholdsvis noen gang og siste 12 måneder sammenlignet med kvinner. Bortsett fra for bruk av amfetaminer siste 12 måneder, er alle kjønnsforskjeller i figur 5 statistisk signifikante.



Figur 5:

Andel i alderen 16-64 år som oppga å ha brukt kokain, amfetaminer eller ecstasy/MDMA noen gang og i løpet av siste 12 mnd. etter kjønn, 2015, 2016 og 2017 kombinert. Kilde: FHI og SSB.

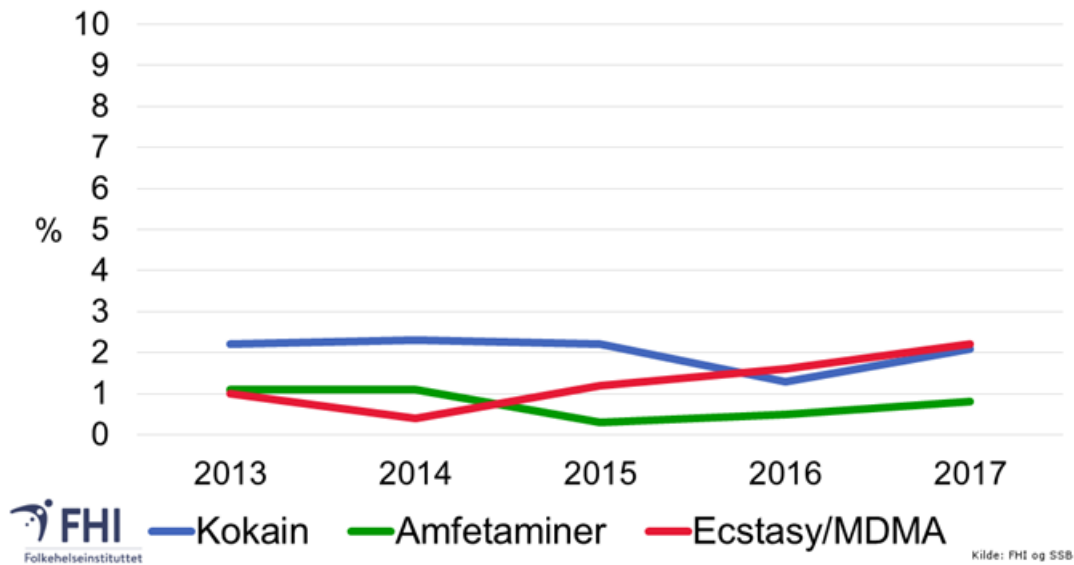
I likhet med cannabis, er bruk av sentralstimulerende stoffer mest utbredt blant de unge voksne. Figur 6 viser bruk av de samme sentralstimulerende stoffene noen gang og siste 12 måneder i aldersgruppen 16-34 år. 4-7 % oppga bruk av de enkelte stoffene noen gang, mens oppunder 2 % rapporterte bruk av kokain og ecstasy/MDMA siste 12 måneder. Små andeler oppga nylig bruk av amfetaminer både i totalutvalget og blant de unge voksne.

**Figur 6:**

Andel i alderen 16-34 år som oppga å ha brukt kokain, amfetaminer eller ecstasy/MDMA noen gang og i løpet av siste 12 mnd. etter kjønn, 2015, 2016 og 2017 kombinert. Kilde: FHI og SSB.

Mens andelen personer som rapporterte bruk av kokain og amfetaminer har vært relativt stabil de siste årene, har andelen som oppga bruk av ecstasy/MDMA økt noe. Denne oppgangen underbygges av økende beslag av ecstasytabletter og MDMA-pulver/krytaller (KRIPOS, 2017). Figur 7 viser utviklingen i siste års bruk av kokain, amfetaminer og ecstasy/MDMA blant 16-34 åringer i perioden 2013-2017. Andelene er små og endringer fra ett år til et annet må tolkes med forsiktighet, men som figuren viser rapporterte en høyere andel ecstasy/MDMA-bruk i 2017 enn i 2014. Andelen 16-34 åringer som oppga å ha brukt ecstasy/MDMA siste 12 måneder var i 2017 rundt 2 prosent og på nivå med kokain.

Bruk av sentralstimulerende stoffer siste 12 mnd. blant 16-34 åringer, 2013-2017



Figur 7:

Andel i alderen 16-34 år som oppga å ha brukt kokain, amfetaminer eller ecstasy/MDMA i løpet av siste 12 mnd. i perioden 2013-2017. Kilde: FHI og SSB. Data i Vedleggstabell 8.1

Referanser

Bretteville-Jensen, A. L. (Ed.) (2013). Hva vet vi om cannabis? Oslo: Universitetsforlaget.

EMCDDA. (2017). Europeisk narkotikarapport 2017: Trender og utviklinger. Luxembourg: Den europeiske unions publikasjonskontor.

KRIPOS. (2017). Narkotika- og dopingstatistikk 2017.

Narkotikabruk blant ungdom

Artikkelen beskriver bruk av illegale rusmidler blant 15–16-åringer i Norge og Europa. Den viser utvikling i bruk av ulike stoffer over en 20-årsperiode, og sammenligner norske tall med tall fra andre europeiske land. Datagrunnlaget er den europeiske skoleundersøkelsen ESPAD, som har blitt gjennomført hvert fjerde år i perioden 1995-2015.

Hovedpunkter

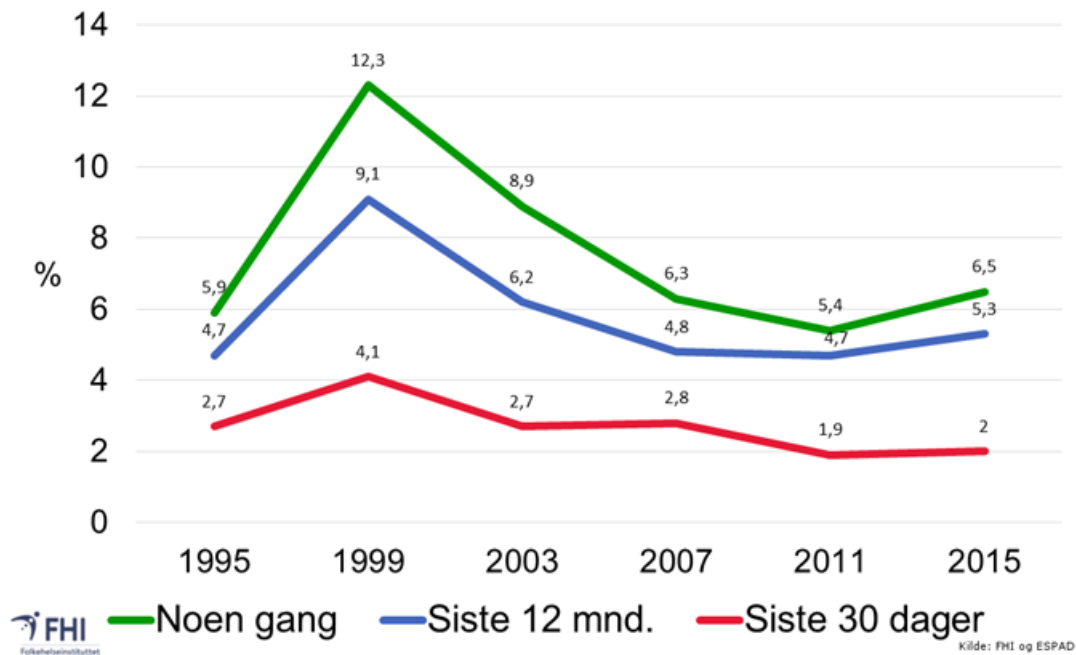
- Cannabis er det mest utbredte illegale rusmidlet blant norske ungdommer.
- Det har vært en nedgang i cannabisbruk blant ungdom siden årtusenskiftet.
- Sammenlignet med andre land i den europeiske skoleundersøkelsen, har Norge i alle undersøkelsesårene vært blant landene med de laveste andelene rapportert cannabisbruk.
- I overkant av 1 % oppga noen gangs bruk av andre narkotiske stoffer enn cannabis i de to siste undersøkelsesårene 2011 og 2015.

Cannabis

Alle undersøkelser om bruk av rusmidler viser at cannabis (hasj og marihuana) er det mest utbredte av de illegale stoffene i Norge (se artikkelen Narkotikabruk i Norge). Tidligere undersøkelser blant 15-20 åringer i regi av det daværende Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS), viste at det var en klar økning i andelen som oppga at de hadde brukt hasj eller marihuana noen gang, fra i underkant av 10 % i 1990 til omkring 18 % ved årtusenskiftet. Det var deretter en jevn nedgang til i overkant av 10 % i 2008, som var det siste året disse undersøkelsene ble gjennomført (Vedøy & Skretting, 2009).

Data fra den norske delen av den europeiske skoleundersøkelsen, ESPAD, viser at det var en klar økning fra 1995 til 1999 i andelen 15-16 åringer som oppga at de hadde brukt cannabis noen gang, siste 12 måneder og siste 30 dager, men at det så var en jevn nedgang i de påfølgende undersøkelsesårene (se figur 1). Mens det i 1999 var rundt 12 % som oppga at de hadde brukt cannabis noen gang, var denne andelen sunket til rundt halvparten i 2015. Andelen som rapporterte at de hadde brukt rusmidlet i løpet av de siste 12 månedene var naturlig nok noe lavere, men ligger relativt tett på bruk noen gang, noe som reflekterer respondentenes alder. Det at andelen som oppga bruk siste 30 dager var såpass mye lavere enn for bruk noen gang/siste 12 måneder kan være en indikasjon på at mange av dem som prøver hasj eller marihuana ikke går over til å bruke rusmidlet regelmessig, men bare bruker det én eller noen få ganger. Av de som i 2015-undersøkelsen oppga at de hadde brukt cannabis noen gang, hadde litt over halvparten brukt hasj eller marihuana kun én eller to ganger. Utviklingen for bruk i løpet av siste 12 måneder og siste 30 dager var den samme som for bruk noen gang, med en økning fra 1995 til 1999 etterfulgt av en nedgang. I 1999-undersøkelsen oppga eksempelvis 4 % at de hadde brukt cannabis i løpet av siste 30 dager, mens den tilsvarende andelen i de to siste undersøkelsesårene var rundt 2 % (Bye & Skretting, 2017; ESPAD, 2016; Skretting, Vedøy, Lund, & Bye, 2017).

Cannabisbruk blant 15-16-åringer, 1995-2015

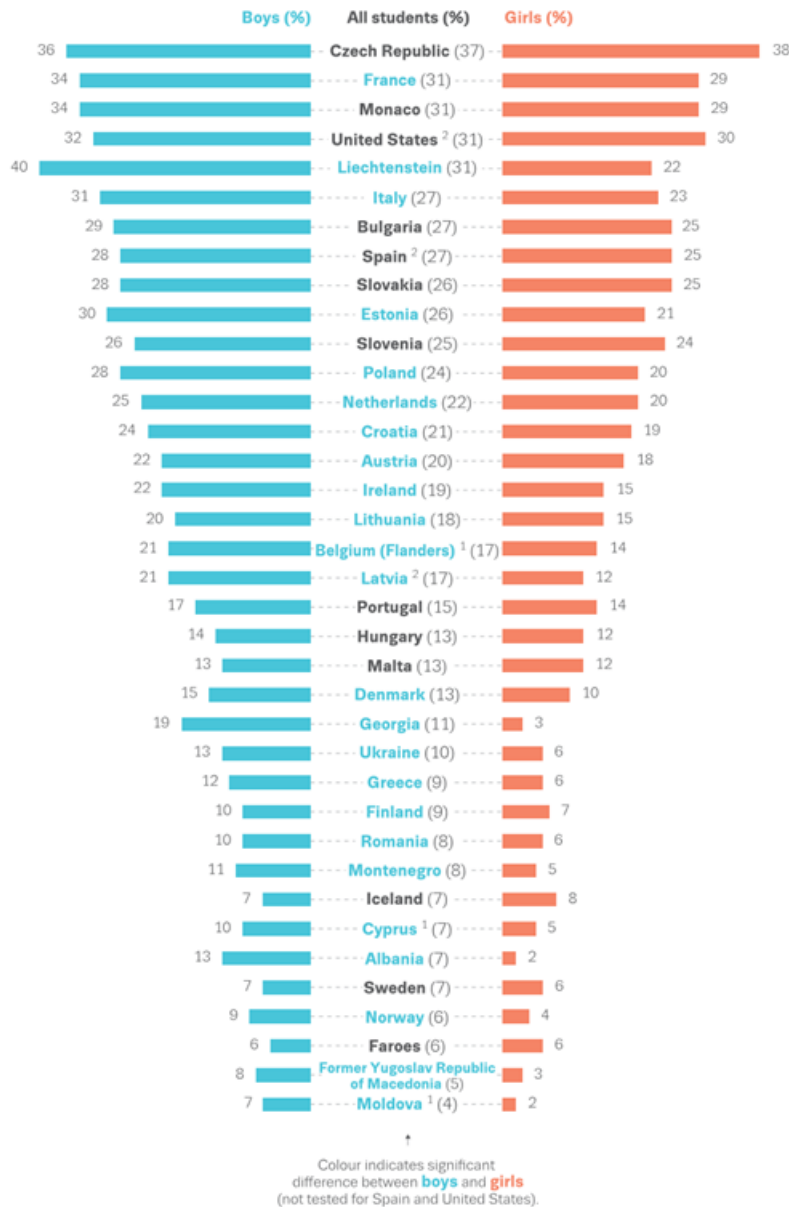


Figur 1:

Andel 15-16-åringer i Norge som oppga å ha brukt cannabis noen gang, i løpet av siste 12 mnd. og i løpet av siste 30 dager, 1995-2015. Kilde: FHI og ESPAD.

Det har gjennomgående vært en høyere andel gutter enn jenter som oppga å ha brukt cannabis både noen gang, i løpet av siste 12 måneder og i løpet av siste 30 dager. I 2015 rapporterte rundt 8 % av guttene og 2 % av jentene at de hadde brukt cannabis i løpet av de siste 12 månedene (Bye & Skretting, 2017). Dette samsvarer godt med resultater fra Ungdata 2017, der 6 % av guttene og 3 % av jentene i 10. trinn oppga å ha brukt cannabis siste år (Bakken, 2017).

Som det fremgår av figur 2, som viser andelen som oppga å ha brukt cannabis noen gang i alle land som inngikk i ESPAD-undersøkelsen i 2015, gjør denne kjønnsforskjellen seg gjeldende i de fleste land (ESPAD, 2016). Videre ser vi at norske ungdommer befinner seg helt i det nedre sjiktet sammenlignet med andre land i Europa (og USA). Mens det i land som Frankrike og Tsjekkia var over 30 % som oppga å ha brukt cannabis noen gang, var altså andelen i Norge 6,5 %.



¹ Belgium (Flanders), Cyprus and Moldova: limited geographical coverage.

² Latvia, Spain and United States: limited comparability.

Figur 2:

Andel 15-16 åringer i ulike europeiske land og USA som oppga å ha brukt cannabis noen gang, 2015.

Kilde:

ESPAD.

Merknad: bilde hentet fra ESPAD, Additional graphs.

Det er viktig å understreke at denne type undersøkelser ikke gir noe bilde av andelen som har eller vil få problemer knyttet til bruk av rusmidler. For mange vil det begrense seg til eksperimenterende bruk. Andelen som sa at de hadde brukt cannabis mer enn fem ganger har i perioden 2003-2015 variert mellom 2 og 3 % (Bye & Skretting, 2017).

Andre narkotiske stoffer

Spørreskjemaundersøkelser om bruk av rusmidler blant ungdom viser generelt at såkalte "harde" stoffer som amfetamin, kokain o.l. er svært lite utbredt. Som det framgår av tabell 1 var det

omkring 1 % som oppga at de hadde brukt amfetamin, ecstasy, kokain eller LSD noen gang i de to siste undersøkelsesårene. Utviklingen i bruk av amfetamin og ecstasy følger utviklingen for cannabisbruk, med en moderat topp i 1999 etterfulgt av signifikant lavere andeler i 2011 og 2015. Andelen som rapporterte bruk av kokain var signifikant høyere i 2007 enn i 2011 og 2015, mens utviklingen i LSD-bruk har vært stabil i perioden 2007-2015.

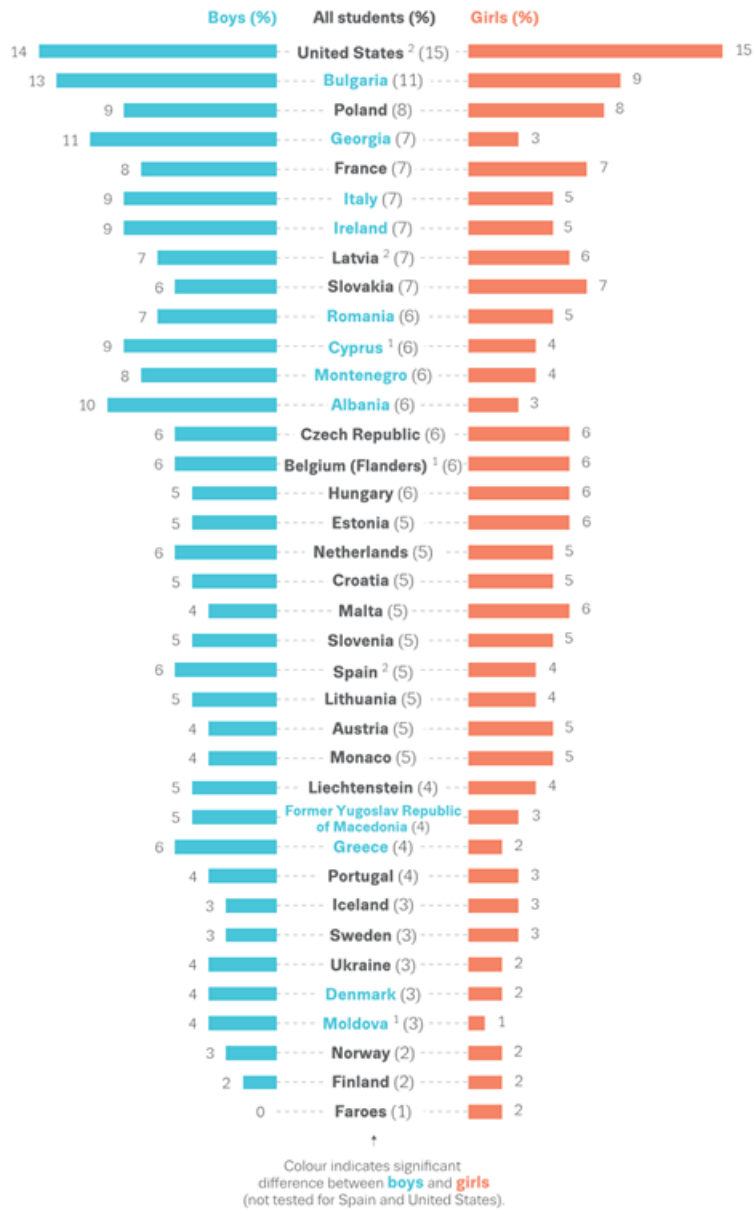
	1995	1999	2003	2007	2011	2015
Amfetamin	1,1	2,6	1,7	2	1,3	1,2
Ecstasy	2	2,5	1,4	1,8	1,3	1,2
Kokain	0,9	1,3	1	1,9	1,2	1,1
LSD	0,9	1,5	0,9	1,5	1,1	1,2

Tabell 1

: Andel 15-16-åringer i Norge som oppga at de noen gang hadde brukt amfetamin, ecstasy, kokain eller LSD, 1995-2015. Prosent.

I 2015 ble det også spurt om bruk av nye psykoaktive stoffer, det vil si syntetiske stoffer med samme virkning som mer kjente narkotiske stoffer som cannabis og ecstasy. Disse stoffene kalles gjerne «legal highs», «research chemicals» eller syntetiske cannabinoider. Stoffene finnes i ulike former, som urteblandinger, pulver, krystaller eller piller (se Bretteville-Jensen & Bilgrei, 2015). I ESPAD-undersøkelsen for 2015 oppga 1,7 % av 15-16 åringene bruk av slike stoffer noen gang.

Norske ungdommer befinner seg helt i det nedre sjiktet sammenlignet med andre land i Europa og USA også når det gjelder bruk av andre stoffer enn cannabis. I figur 3, som viser noen gangs bruk av andre illegale stoffer enn hasj og marihuana, finner vi Norge mot bunnen sammen med våre naboland Sverige, Danmark og Finland.



¹ Belgium (Flanders), Cyprus and Moldova: limited geographical coverage.

² Latvia, Spain and United States: limited comparability.

Figur 3:

Andel 15-16-åringar i ulike europeiske land og USA som oppga å ha brukt andre illegale stoffer enn cannabis (amfetaminer, kokain, crack, LSD eller andre hallusinogener, heroin og beroligende medikamenter uten resept) noen gang, 2015. Kilde: ESPAD.

Merknad: bilde er hentet fra ESPAD: Additional graphs.

Referanser

Bakken, A. (2017). *Ungdata. Nasjonale resultater 2017, NOVA Rapport 10/17*. Oslo: NOVA.

Bretteville-Jensen, A. L., & Bilgrei, O. R. (Eds.). (2015).

Nye psykoaktive stoffer: en rusmiddelrevolusjon?. Oslo: Universitetsforlaget.

Bye, E. K., & Skretting, A. (2017).

Bruk av rusmidler og tobakk blant 15-16 åringer: Resultater fra ESPAD 1995-2015. Oslo: Folkehelseinstituttet.

ESPAD. (2016).

ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Skretting, A., Vedøy, T. F., Lund, K. E., & Bye, E. K. (2017).

Rusmidler i Norge 2016: Alkohol, tobakk, vanedannende legemidler, narkotika, sniffing, doping og tjenestetilbudet
. Oslo: Folkehelseinstituttet.

Vedøy, T. F., & Skretting, A. (2009).

Ungdom og Rusmidler: Resultater fra spørreskjemaundersøkelser 1968-2008. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Problembruk av narkotika

Beregninger av hvor mange personer som har ulike typer av problembruk.

En gruppe av narkotikabrukere har et mer risikofylt inntak enn andre. De bruker mye rusmidler og på en måte som forårsaker faktisk skade eller øker risikoen for problemer: sykdom og tidlig død, psykiske lidelser og/eller sosiale problemer. Det er viktig å vite omfanget av problematisk bruk for å kunne målrette tiltak og behandling.

Hovedpunkter

- Antall med høyrisikobruk av opioider (heroin mv.) ble i 2013 beregnet til 9 000 personer, med et usikkerhetsintervall fra 6 700 til 14 000. I tallet er ingen av de ca. 7 000 i legemiddelassistert rehabilitering medregnet
- Antall sprøytebrukere i 2016 er beregnet til 8700 personer, med et usikkerhetsintervall fra 7 400 – 10 500 personer. Situasjon var stabil i hele perioden 2004 til 2016. Siden befolkningen øker finner vi en nedgang i beregnet antall sprøytebrukere per 1 000 innbyggere 15-64 år, fra 2,72 i 2004 til 2,52 i 2016
- Høyrisikobruk av cannabis er beregnet til å omfatte 0,4 % av befolkningen i aldersgruppen 16-64 år. Dette tilsvarer 12 300 personer med et usikkerhetsintervall fra 7 000 til 17 600
- Antall med høyrisikobruk av amfetaminer i 2013 er beregnet til 11 900 (usikkerhetsintervall 6 300-17 600) personer, hvorav 5 500 (usikkerhetsintervall 4 650-6 400) kan sies å være sosialt marginaliserte, mens 6 400 (usikkerhetsintervall 1 650-11 150) kan sies å være sosialt integrerte
- Antall med høyrisikobruk av kokain i 2013 er beregnet til ca. 5 000 (usikkerhetsintervall 900 til 9 200) personer. 450 (usikkerhetsintervall 320-630) av disse kan sies å være sosialt marginaliserte
- I 2013 og 2017 ble det gjennomført spørreundersøkelser blant personer med risikofylt narkotikabruk i sju norske byer. Det var en nedgang i injisering av heroin og en økning i injisering av metadon eller subutex. Amfetaminer var det vanligste stoffet å injisere.

Definisjoner

EUs narkotikabyrå, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), reviderte i 2012 definisjonen av problembruk av narkotika (problem drug use). Definisjonen, eller begrepet, skal omfatte «

stadig tilbakevendende narkotikabruk som forårsaker faktisk skade (negative konsekvenser) for personen (inkluderte avhengighet, men også problemer med somatisk og psykisk helse/ sosiale problemer) eller setter personen i en situasjon med høy sannsynlighet/risiko for å bli plaget av slike skader

». Problembruk blir nå ofte kalt «høyrisiko» narkotikabruk (high risk drug use) for å vektlegge en måte å bruke narkotika på som gir høy risiko for problemer og skader.

Risiko for problemer og skader vil avhenge både av hyppighet av bruk, inntaksmåte og type stoff. Dessuten kan samtidig bruk av flere stoffer øke risikoen for skader. EMCDDA har derfor etablert flere mål (indikatorer) for problembruk. Tre mål inngår i Folkehelseinstituttet sin rapportering til EMCDDA: 1) antall høyrisikobrukere av opioider, 2) antall sprøytebrukere og 3) antall høyrisikobrukere av cannabis. I tillegg foreslår EMCDDA at en velger ut andre mål som er nødvendige for å beskrive høyrisikobruk i eget land. Risikofylt bruk av kokain, amfetamin, katinoner, GHB (Gammahydroksybyturat), benzodiazepiner, flyktige substanser og andre stoffer kan være aktuelt å inkludere. Samtidig bruk av stoffer kan, som nevnt, være risikofylt, men det er vanskelig å etablere et egen mål for dette. I Norge er det mest aktuelt å kartlegge høyrisiko kokain- og amfetaminbruk.

Selv om det foreligger en definisjon for høyrisiko narkotikabruk, må denne gjøres målbar (operasjonaliseres) i hvert enkelt land fordi datagrunnlagene er forskjellige. En vanlig måte å måle dette på er å inkludere personer som rapporterer om bruk en gang i uken eller mer og hvor bruken har vart i seks måneder eller mer de siste 12 måneder. Denne type narkotikabruk kan være skjult og man må ta i bruk indirekte metoder for å beregne antallet. EMCDDA har forslag til mange metoder i sine retningslinjer, men de må tilpasses tilgjengelige datagrunnlag i hvert land (EMCDDA 1997). Definisjonen av høyrisiko cannabisbruk er annerledes, se nedenfor.

Avhengighet av narkotiske stoffer er en medisinsk diagnose basert på et sett av kriterier. Personer som oppfyller kriteriene sies å være rusavhengig eller å ha en ruslidelse. Se for eksempel Folkehelse rapporten (Folkehelseinstituttet 2014). Det vil naturligvis være overlapp mellom personer som anses å ha en ruslidelse og personer som rapporterer om høyrisikobruk av narkotika. Både fagbakgrunn (medisinsk, folkehelseorientert, samfunnsvitenskapelig mfl.) og problemstilling (medisinsk behandling, kartlegging av faktisk bruk, årsaker til narkotikabruk, forebygging mfl.) vil ha betydning for hvilket mål eller begrep som det er mest hensiktsmessig å benytte.

Høyrisiko bruk av opioider

Heroin blir ofte kategorisert som det mest skadelige narkotiske stoffet på grunn av høy dødsrisiko ved inntak. Men også andre opioider (opium, morfin, kodein, oksykodon, metadon, buprenorfin, fentanyl, petidin) kan brukes hyppig og i doser som forårsaker dødsfall, så vel som sosiale problemer og helseskader.

Høyrisiko opioidbrukere er en heterogen gruppe som omfatter marginaliserte grupper som har brukt illegale stoffer i mange år, men også sosialt inkluderte personer som ble avhengige av opioider gjennom bruk av legemidler (morfin, oksykodon). Personer i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) får forskrevet opioidene metadon og buprenorfin (Subutex eller Subuxone) som legemiddel. I estimeringen av antall høyrisiko brukere av opioider, er

ikke

pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR), og som ikke inntar heroin eller andre opioider, inkludert. Pasienter som selger sin LAR medisin og tar andre opioider istedenfor, eller i tillegg, er i prinsippet medregnet.

Da det ikke foreligger spørreundersøkelser eller registre som gir et samlet anslag på antall høyrisiko opioidbrukere, må antallet beregnes ved indirekte metoder. I Norge benyttes

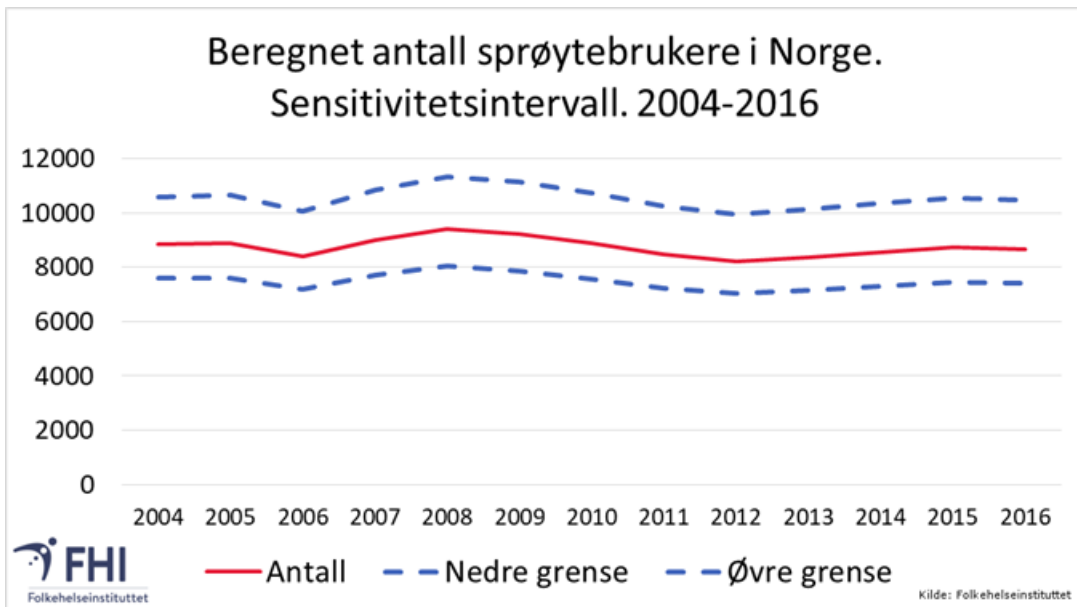
dødelighetsmultiplikator (Mortality multiplier) og behandlingsmultiplikator (Treatment multiplier) (EMCDDA 1997).

Gjennomsnittlig for 2010-2012 ble det anslått at 7 700 personer i alderen 15-64 år hadde en risikofylt opioidbruk. Antallet var imidlertid svært usikkert. Det kunne være så lavt som 6 200 personer og så høyt som 10 300 personer. Anslaget ble basert på 1) at risikoen for opioidrelatert død i denne gruppen var 1.5 til 2.5 per 100 personår. Det tilsvarer narkotikarelatert dødelighet blant sprøytebrukere som ofte injiserer heroin og andre opioider. Anslaget ble også basert på 2) gjennomsnittlig antall opioidrelaterte dødsfall i 2010-2012, justert ned fordi noen av disse sannsynligvis var rekreasjonsbrukere. Noen av de 7 700 høyrisiko opioidbrukere vil være pasienter i LAR, men disse kan ikke identifiseres direkte. Vi kan få et anslag på antall i LAR som er høyrisikobrukere av opioider ved å anslå hvor mange i LAR som bruker andre opioider ved siden av det de får forskrevet. I en undersøkelse blant LAR pasienter i 2012 svarte ni til ti % av totalt 7450 personer at de hadde brukt morfin/heroin i tillegg til forskrevet opioid (Waal et al. 2013). Dette tilsvarer at ca. 700 personer i LAR kan være høyrisikobrukere.

For 2013 ble det benyttet en annen estimeringsmetode enn i 2010-2012. Den baserte seg på 1) antall døgnplasser i tverrfaglig spesialisert rusmiddelbehandling som ble benyttet av personer med hoveddiagnose opioider, samt 2) en multiplikator fra studien av narkotikabruk i sju byer i Norge (Gjersing & Sandøy, 2014) Anslaget på antall høyrisikobrukere av opioider ble 9 000 personer, med et usikkerhetsintervall fra 6 700 til 14 000. Definisjonen av høyrisikobruk er inntak en gang per uke eller mer. I tallet er ingen av de ca. 7 000 i LAR medregnet. Usikkerheten i anslagene for 2010-12 og 2013 er så stor at vi ikke kan påstå at det har vært en økning.

Inntak av narkotika med sprøyter

Antall personer som injiserer narkotika i en populasjon av høyrisikobrukere har vært beregnet indirekte i flere år. En dødelighetsmultiplikator basere seg på 1) antall narkotikautløste dødsfall hvor avdøde var i alderen 15-64 år og justert ned med et anslag for avdøde som var sosialt integrerte og 2) et estimat for årlig dødsrisiko blant høyrisikobrukere som injiserer (2,9 med nedre grense 2,4 og øvre grense 3,4 per 100 personår). Det beregnes et tre-årlig gjennomsnitt. Et avrundet resultatet for 2016 var 8700 personer, med et usikkerhetsintervall fra 7 400 til 10 500 personer som gir god sannsynlighet for å dekke det egentlig tallet. Figur 1 viser en stabil situasjon for hele perioden 2004 til 2016. I Norge øker befolkningen i alderen 15-64 år, så den stabile situasjonen i antall sprøytebrukere gir en nedgang i antall sprøytebrukere per 1 000 innbygger, fra 2,72 i 2004 til 2,52 i 2016.

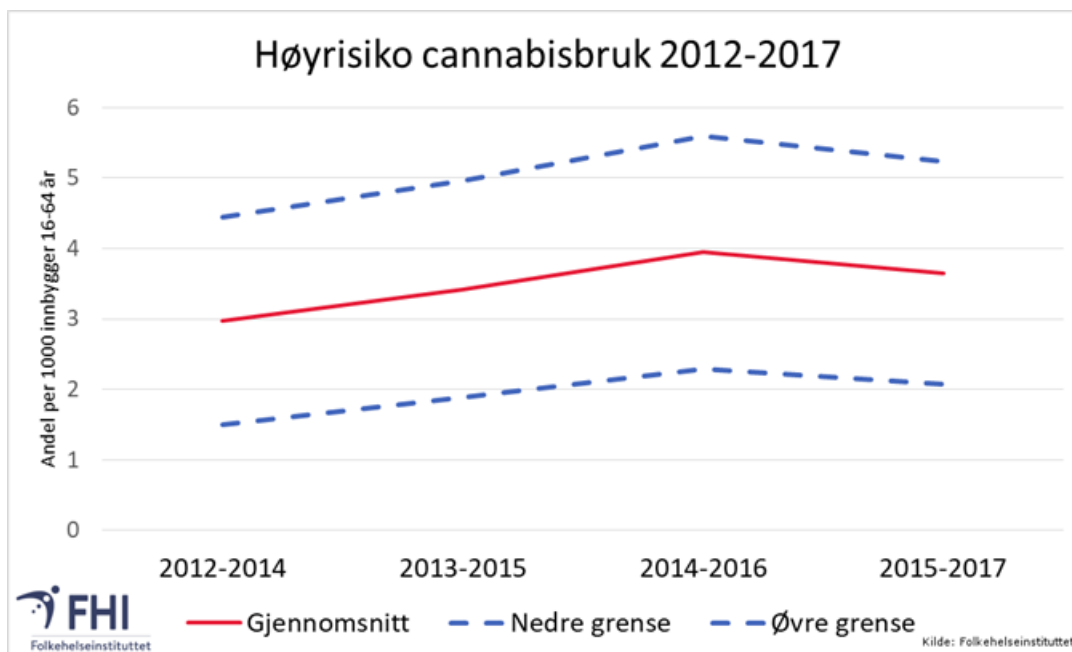
**Figur 1:**

Beregnet antall sprøytebrukere i Norge med sensitivitetsintervall. 2004-2016. Data i Vedleggstabe II 5.1 Kilde: Folkehelseinstituttet

Høyrisiko cannabisbruk

Beregningen av antall høyrisikobrukere av cannabis baserer seg på spørreundersøkelser i befolkningen. Dermed vil antallet begrense seg til de som svarer på slike undersøkelser. Mange problembrukere av andre stoffer bruker også mye cannabis, men de er ikke med i beregningen her. Personer som oppgir at de har brukt cannabis mer enn 20 dager de siste 30 dager før undersøkelsen blir definert som høyrisikobrukere. I spørreundersøkelsene SSB/FHI gjennomførte i 2015 til 2017, svarte 0.36 % i aldersgruppen 16-64 år, at de hadde brukt cannabis i 20 dager eller mer i løpet av de siste 30 dager. Dette tilsvarer 12 300 personer i alderen 16-64 år. Usikkerheten er imidlertid også her stor. Intervallet fra 7 000 til 17 600 personer vil med stor sannsynlighet dekke det riktige antallet.

Det kan ikke påstås at det har vært en økning i høyrisikobruk av cannabis fra 2012 til 2017, se figur 2 som viser tre års glidende gjennomsnitt med konfidensintervaller. Det er en høy sannsynlighet for at bildet vist i figuren kan forekomme selv om det ikke har vært noen økning i høyrisiko cannabisbruk i befolkningen.



Figur 2:

Høyrisiko cannabisbruk 2012-2017, tre års glidende gjennomsnitt per 1000 innbyggere 16-64 år. Data i Vedleggstabell 5.2 Kilde: Folkehelseinstituttet

Som nevnt omfatter ikke anslaget høyrisiko cannabisbrukere som er sosialt marginalisert og som dermed ikke nås med spørreundersøkelser.

Annen høyrisikobruk av narkotika

Bruk av amfetaminer, kokain og andre narkotiske stoffer forårsaker få forgiftningsdødsfall av stoffene, men hyppig og risikofylt bruk kan føre til dødsfall av andre årsaker, samt personlige, sosiale og helsemessige problemer.

Basert på samme indirekte metode som for opioidbrukere, er det beregnet at det i 2013 var 11 200 som brukte amfetaminer en gang per uke eller mer. Usikkerheten i anslaget er stor, et intervall fra 8 700 til 17 100 vil med stor sannsynlighet dekke det riktige tallet. Basert på en annen multiplikator metode er anslaget 11 900 (usikkerhetsintervall 6 300-17 600) personer, hvorav 5 500 (usikkerhetsintervall 4 650-6 400) kan sies å være sosialt marginaliserte mens 6 400 (usikkerhetsintervall 1 650-11 150) kan sies å være sosialt integrerte. Denne metoden benytter anslag på antall sprøytebrukere, andelen av disse som injiserer amfetamin, anslag for andelen marginaliserte amfetaminbrukere som ikke injiserer, samt anslag fra spørreundersøkelser i befolkningen over antall personer som bruker amfetaminer to ganger per uke eller mer.

Basert på sistnevnte metode, er det beregnet at det i Norge er ca. 5 000 høyrisiko kokainbrukere, med et svært bredt intervall for usikkerhet fra 900 til 9 200 personer. 450 (usikkerhetsintervall 320-630) av disse kan sies å være sosialt marginaliserte. Samlet sett og spesielt blant sosialt marginaliserte, er altså amfetaminbruk vanligere enn kokainbruk.

Det er her viktig å være klar over at samme person kan være høy-risikobruker av både cannabis, opioider og amfetaminer, kanskje også kokain. Det finnes foreløpig ikke gode anslag for hvor stort et slikt overlapp er.

Problembruk av narkotika i syv norske byer

Høsten 2013 ble det foretatt en undersøkelse av til sammen 1 020 personer med problembruk av narkotika i Oslo, Bergen, Stavanger, Sandnes, Kristiansand, Trondheim og Tromsø. 80 % oppga å ha tatt stoff i sprøyte i løpet av de siste uker, 60 % oppga å ha injisert amfetamin, 43 % å ha injisert heroin, mens 29 % oppga å ha injisert både amfetamin og heroin. Mens det i Oslo var en større andel som oppga å ha injisert heroin enn amfetamin, var amfetamin vanligere å injisere i de andre byene (Gjersing og Sandøy 2014).

Undersøkelsen ble gjentatt i 2017 blant 497 personer. Resultater fra denne undersøkelsen sammenlignes med et underutvalg på 884 personer fra undersøkelsen i 2013. Blant hovedfunnene var at alderen var økt med ca. to år og at en lavere andel hadde en ustabil bosituasjon. Det var en mindre andel av de intervjuede som injiserte heroin, mens en større andel injiserte metadon eller subutex. Amfetamin var det vanligste stoffet å injisere de siste fire uker (51 %) (Gjersing 2017).

Referanser

EMCDDA (1997) Estimating the prevalence of problem drug use in Europe. Pompidou Group, Lisbon

Gjersing L. og Sandøy T.A. (2014) Narkotikabruk på gateplan i syv norske byer. SIRUS Rapport 1/2014

Gjersing L.R. (2017) Narkotikabruk på gateplan i syv norske byer 2017.

Folkehelse rapporten (2014) Ruslidelser i Norge Folkehelseinstituttet

Waal H., Bussesund K., Clausen T., Håseth A., Lillevold P.H. (2013) Statusrapport 2012. LAR som det vil bli fremover? SERAF rapport nr. 1/2013

Narkotikamarkedet

Artikkelen beskriver utviklingen i det norske narkotikamarkedet med utgangspunkt i beslagsstatistikk fra Kripos. Cannabis dominerer markedet, etterfulgt av amfetamin og metamfetamin, mens MDMA utgjør en stadig større del av beslagene. Det gis også en beskrivelse av nye internettmarkeder for illegale stoffer.

Hovedpunkter

- Basert på beslagsstatistikk fra Kriminalpolitisen (Kripos) dominerer cannabis det norske narkotikamarkedet, etterfulgt av amfetamin og metamfetamin.
- MDMA utgjør en stadig større andel av beslagene.
- Det norske narkotikamarkedet har endret seg mye de siste årene – mange nye psykoaktive stoffer er tilgjengelige og ulike internettmarkeder har endret måten illegale rusmidler omsettes på.
- De fleste av de identifiserte forsyningskjedene følger imidlertid veletablerte smuglerruter fra ulike europeiske land.
- Narkotikaproduksjon i Norge begrenser seg til innendørs cannabisdyrking.

Det norske narkotikamarkedet

Vi har av naturlige grunner ikke registerdata om omsetning av narkotika slik vi har for alkohol, tobakk og legemidler. Når vi skal beskrive narkotikamarkedet må vi derfor bruke andre datakilder. En slik kilde er beslagsstatistikk fra Kripos. Andre aktuelle datakilder er spørreundersøkelser om opplevd tilgjengelighet og prisutvikling for ulike stoffer. Etter hvert framstår også informasjon fra ulike internettsider som en viktig datakilde. Dette gjelder både internettsider som selger nye psykoaktive stoffer eller dopingmidler, og såkalte kryptomarkeder på det mørke nettet, der salg av en rekke illegale rusmidler foregår.

Beslag

Beslag av narkotika gjøres både av politiet og tollvesenet. Mens beslag ved grenseoverganger (f. eks. Svinesund, utenlandsferjer, postforsendelser fra utlandet, flyplasser) stort sett gjøres av tollvesenet, vil det som regel være politiet som står for beslagene innenlands (f. eks. gatebeslag). Store enkeltbeslag vil ofte være resultat av lengre etterretnings- og etterforskningsarbeid i et samarbeid mellom tollvesen og politi. Dette er et samarbeid som foregår så vel nasjonalt som internasjonalt. De fleste beslag omfatter imidlertid mindre mengder. Hvor mange beslag som gjøres i et gitt år vil blant annet være et resultat av innsats og prioriteringer. Endringer som må antas å påvirke antall beslag, er eksempelvis bedre teknisk utstyr ved etterretning/etterforskning, nye etterforskningsmetoder og økt bruk av narkotikahunder.

Kriminalpolitisenralen – Kripos – samordner registreringen av beslag av narkotika fra politi og toll. Dette for å unngå dobbelttelling i beslag der både politi og tollvesen er involvert. Beslag som gjøres i fengslene og forsvaret inngår også i oversikten. Den forteller hva, hvor mange og hvor mye narkotika som årlig beslaglegges. Antall beslag er definert ut fra hvor mange ganger et type stoff er registrert. Det kan med andre ord registreres flere beslag i en og samme sak hvis det beslaglegges flere typer stoff. De årlige oversiktene fra Kripos offentliggjøres rett etter årsskiftet. Ettersom ikke alle beslag fra foregående år vil være ferdig analysert ved publisering, vil dette være foreløpige tall. Beslagstall som inngår i Rusmidler i Norge blir oppdatert etter de justeringer som foretas av Kripos i etterkant.

Sak	Journalført oppdrag mottatt ved Kripos. Saksantallet er uavhengig av den påtalemessige bruk av begrepene bruk, besittelse, oppbevaring, omsetning og innførsel. Det betyr at ett og samme forhold kun er registrert som én sak hos Kripos.
Beslag	I én sak kan det ofte være flere beslag. Det kan dreie seg om ulike stofftyper, eller at beslagene er gjort på forskjellige steder og på ulike tidspunkt. Delpakninger med en og samme stofftype regnes derimot som ett beslag dersom beslagene er gjort på samme tid og samme sted.
Mengde	For doping- og legemidler oppgis mengden i antall medisinske doser (f. eks. tabletter), mens det for ecstasy og LSD oppgis antall «rusdoser» (tabletter eller andre enheter). For GHB/GBL oppgis mengden i liter, og for øvrige stofftyper i gram eller kilo.

Tabell 1:

Definisjoner fra Kripos mht. beslag

.

Kilde: Kripos

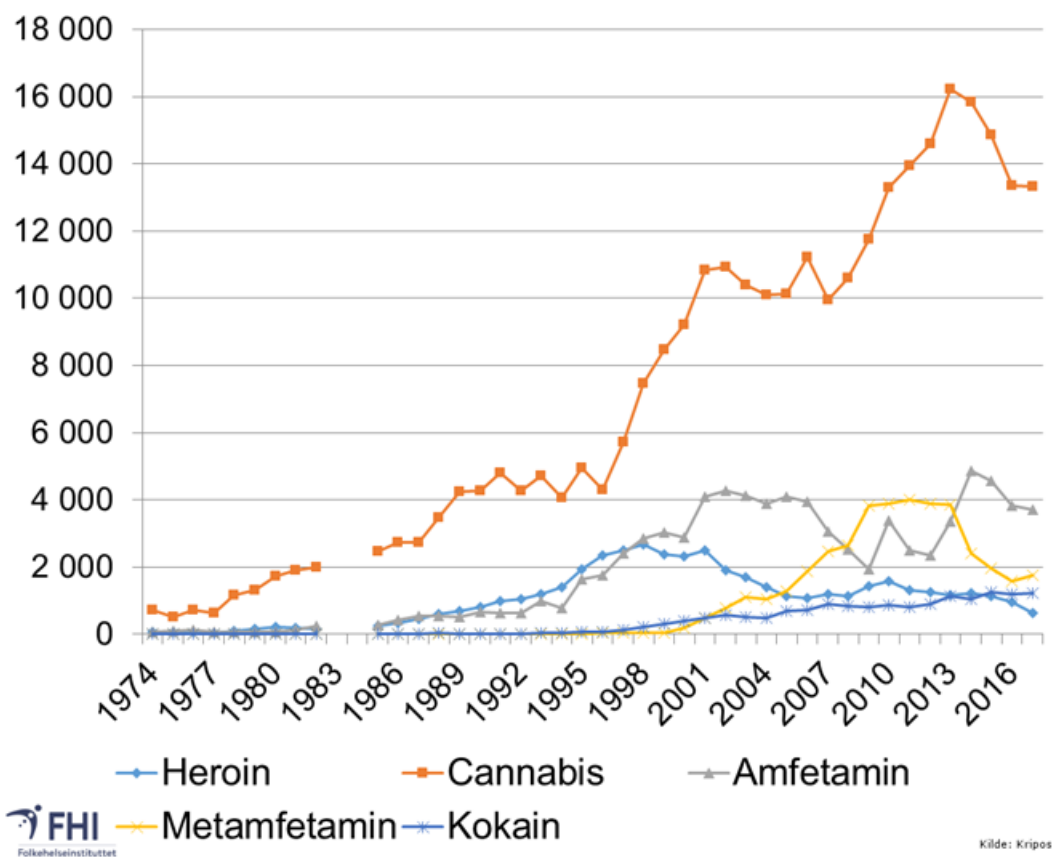
Beslagsdata er basert på verifiserte analyseresultater til bruk i ordinære straffesaker og opplysninger fra politidistriktene når narkotikasakene er avgjort med forelegg eller ved tilståelsesdommer. Ved tilståelsesdommer er sakene avgjort uten at beslagene er testet ved laboratoriet, men det er vanligvis gitt relevante opplysninger om hvilke stoffer det mest sannsynlig kan være. Noen av disse beslagene kan skjule andre stofftyper enn det som er gitt i forklaringene. Det kan eksempelvis dreie seg om hvorvidt det er «vanlig» amfetamin eller metamfetamin/andre pulverstoffer. Et annet eksempel kan være såkalte «ecstasytabletter» som langt fra alltid inneholder MDMA (3,4-metylendioksymetamfetamin), men kan dreie seg om analoge stoffer. Tall for disse stoffgruppene er derfor dels basert på verifiserte resultater, dels på beregninger ut fra erfaringen Kripos har om fordeling mellom de ulike typene. Selv om det er de tradisjonelle stoffene som dominerer markedet, dukker det stadig opp beslag med nye psykoaktive stoffer (NPS).

I de første årene etter at bruk av illegale rusmidler fikk fotfeste i Norge på midten av 1960-tallet, var det først og fremst cannabis som ble beslaglagt. Selv om det etter hvert kom andre stoffer i omløp, står cannabis fremdeles for en vesentlig del av narkotikabeslagene. Det mest utbredte cannabisproduktet i Norge er hasj, som er et produkt som utvinnes av harpiksen i cannabisplanten, etterfulgt av marihuana, som er tørkede toppskudd fra cannabisplanten. Mens antall hasjbeslag har vært relativt stabilt de siste årene, har det vært en nedgang i antall beslag av marihuana og cannabisplanter.

Tidlig på 2000-tallet utgjorde hasj omkring 90 prosent av cannabisbeslagene, men er i de siste årene redusert til omkring 75 %, mens marihuana/cannabisplanter utgjør omkring 25 %. I følge Kripos kan denne utviklingen trolig tilskrives økt innenlands cannabisproduksjon. Hasjen som beslaglegges i Norge kommer i hovedsak fra Marokko. Hasjen smugles fra Nord-Afrika via Sør-Spania og Nederland.

Figur 1 viser utviklingen i antall beslag av heroin, cannabis, amfetaminer og kokain fra 1974 fram til 2017. For cannabis har det stort sett vært en jevn økning fra 5-700 beslag på midten av 1970-tallet til omkring 10 000 i årene etter årtusenskiftet. En foreløpig topp ble nådd i 2013, med drøyt 16 000 beslag. De påfølgende tre årene var det imidlertid en nedgang og det har de siste to årene ligget stabilt på drøye 13 300 beslag. Ser vi på utvikling i hvor mye cannabis som er beslaglagt, har det også vært en mer eller mindre jevn økning, selv om det her er tydelige variasjoner fra ett år til et annet (Vedleggstabell 1.2). Et år som her skiller seg ut er 1995, med en beslaglagt mengde på nesten 20 tonn. Dette kan tilskrives to store enkeltbeslag på henholdsvis 18 og 1,2 tonn. Beslaget på 18 tonn var ifølge Kripos ikke ment for det norske markedet.

ANTALL BESLAG AV HEROIN, CANNABIS, AMFETAMIN, METAMFETAMIN OG KOKAIN 1974-2017



Figur 1:

Antall beslag av heroin, cannabis, amfetamin, metamfetamin og kokain 1974-2017. Kilde: Kripos.

Vedleggstabell 1.1 viser grunnlagstallene for figur 1 (antall beslag av heroin, cannabis, amfetamin, metamfetamin og kokain), mens beslaglagt mengde av de samme stoffene framgår av Vedleggstabell 1.2.

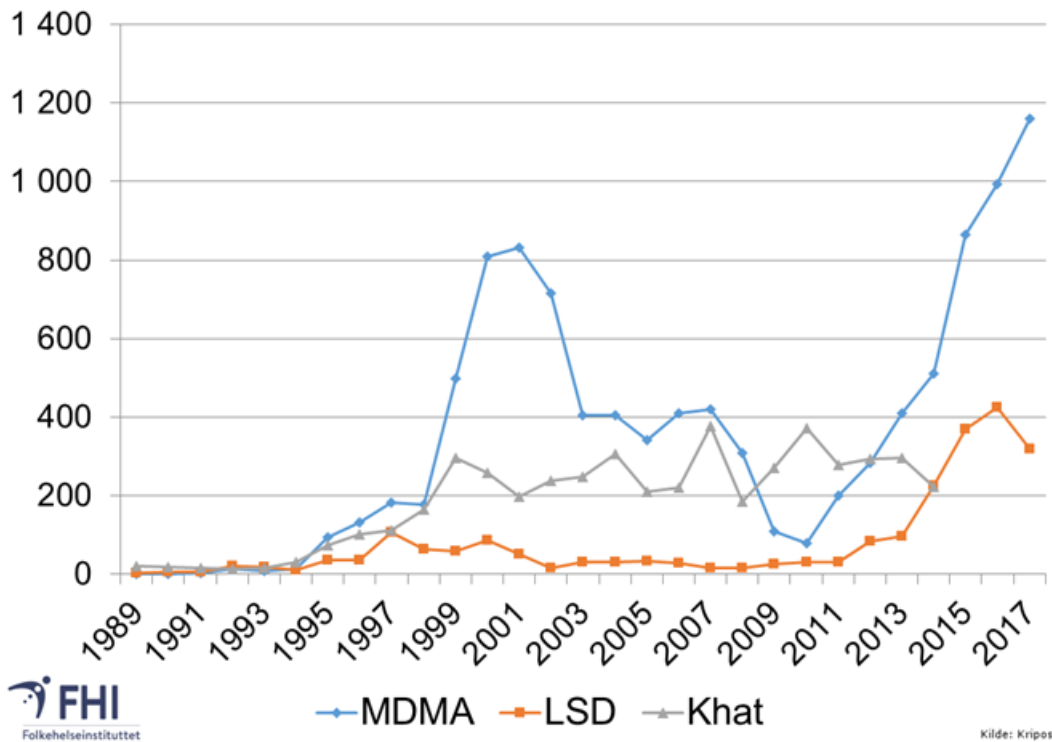
Som det framgår av figur 1 var det en jevn økning i antall beslag av «vanlig» amfetamin fram til begynnelsen av 2000-tallet, mens det deretter, fra 2007, var en nedgang. Samtidig ble det registrert en stor økning i antall beslag av metamfetamin, og i perioden 2008-2013 ble det gjort flere årlige beslag av metamfetamin enn av amfetamin. Informasjon fra behandlings- og spørreundersøkelser tilsier imidlertid at brukere av amfetaminer ikke vet om stoffet de inntar, er «vanlig» amfetamin eller metamfetamin, noe som indikerer at det i Norge ikke er et eget marked for metamfetamin på tross av de mange beslagene. Fra 2014 har imidlertid antall beslag av amfetamin vært betydelig høyere enn metamfetamin, og samlet antall beslag har sunket noe. Når det gjelder hvor mye amfetamin/metamfetamin som er beslaglagt, har det etter tusenårsskiftet jevnt over vært en langt større mengde enn i tidligere år, selv om det har variert noe fra år til år. I 2017 ble det beslaglagt 400 kg amfetamin og 77 kg metamfetamin (Vedleggstabell 1.2).

Ser vi på beslagsutviklingen for heroin, er det stort sett gjort færre beslag etter tusenårsskiftet sammenlignet med 1990-årene (figur 1). Samtidig har det vært til dels store variasjoner i hvor mye heroin som beslaglegges fra år til år. Når det gjelder kokain er det gjort langt flere beslag på 2000-tallet enn i tidligere år. Det har imidlertid vært store variasjoner fra ett år til et annet i hvor mye som er beslaglagt (Vedleggstabell 1.2). Etter at det for årene 2011 og 2012 ble beslaglagt i underkant av 50 kg kokain, var det en økning til 188 kg i 2013, mens det så i 2014 ble beslaglagt 150 kg, 85 kg i 2015, drøyt 100 kg i 2016 og i underkant av 85 kg i 2017.

Ser vi på beslagsutviklingen for andre stoffer, finner vi at det rundt 2000-tallet var en økning i antall beslag av MDMA. Det var så en nedgang fram til 2010 mens det i de senere år igjen har vært en markant økning (figur 2/Vedleggstabellene 1.3 og 1.4). Det samme gjelder for hvor mye MDMA som er beslaglagt. Antall MDMA-beslag er nå høyere enn hva tilfellet var rundt årtusenskiftet og det ble i 2017 gjort over 1000 antall beslag.

Mens det i flere år ble gjort omkring 15-30 beslag av LSD, økte antallet til 226 i 2014, 379 i 2015 og 432 i 2016. I 2017 sank antallet til 319. Når det gjelder GHB/GBL har det i de senere år vært et relativt stabilt antall beslag, mens det har vært noe variasjon i beslaglagt mengde. For khat har det vært noe variasjon fra år til år, både for hvor mange beslag som er gjort og hvor mye som er beslaglagt.

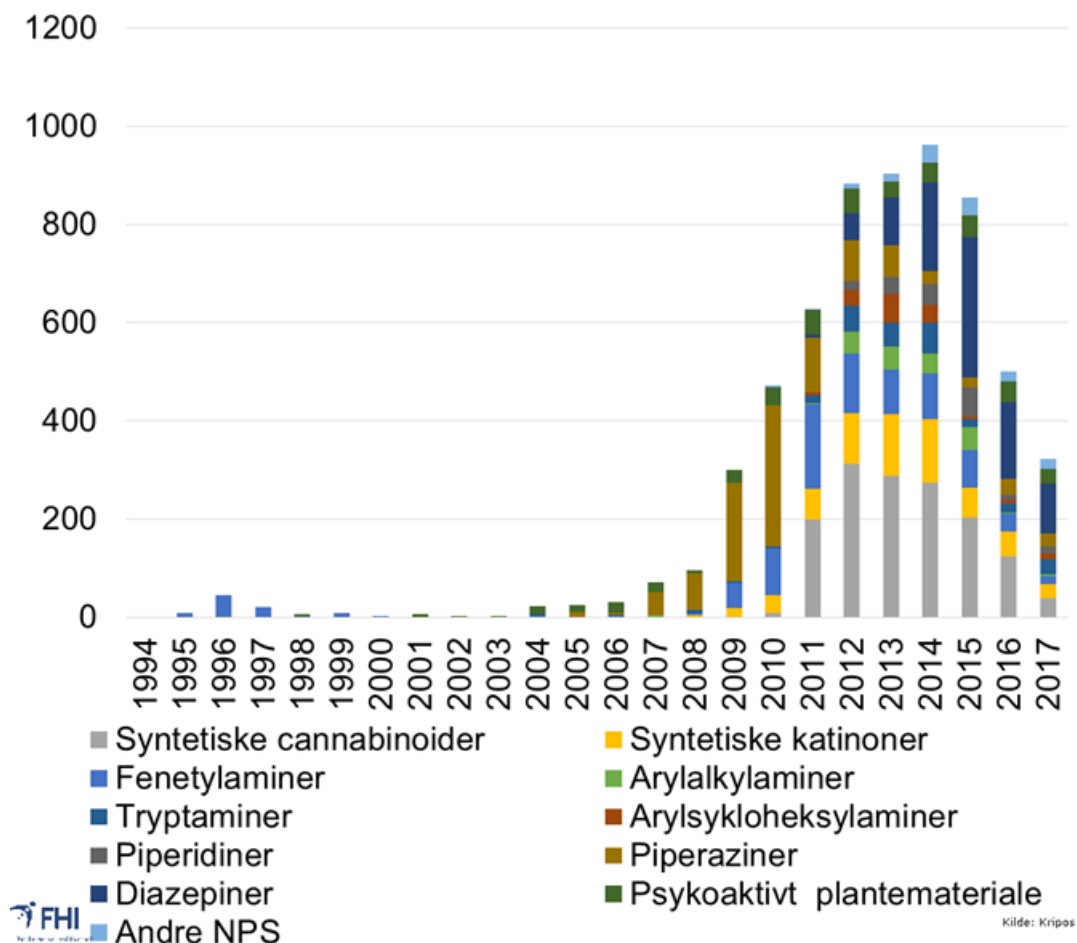
ANTALL BESLAG AV MDMA, LSD OG KHAT 1989-2017



Figur 2: Antall beslag av MDMA, LSD og khat 1989-2017. Kilde: Kripes.

De første beslagene av det som gjerne kalles nye psykoaktive stoffer (syntetiske cannabinoider o.l.) ble gjort rundt årtusenskiftet (figur 3/Vedleggstabell 1.3). Da dreide det seg kun om et fåtall årlige beslag. I 2004 var det eksempelvis 24 beslag av nye psykoaktive stoffer. Dette økte imidlertid drastisk og i 2014 ble det gjort 965 beslag av slike nye psykoaktive stoffer, som så langt er året med flest beslag. De siste to årene har det imidlertid vært en sterk nedgang og i 2016 ble det gjort 501 beslag, noe som tilsvarer en nær halvering fra 2014. I 2017 sank antallet ytterligere, da det ble gjort 322 beslag.

ANTALL BESLAG AV NPS 1994-2017



Figur 3: Antall beslag av NPS 1994-2017. Kilde: Kripas.

Det europeiske narkotikamarkedet

Et viktig kjennetegn ved narkotikamarkedet er at det er internasjonalt. Narkotikøkonomien er svært omfattende og nært forbundet med voldskriminalitet. Mesteparten av produksjonen foregår i Sørøst-Asia (heroin), Latin-Amerika (kokain), Nord-Afrika (cannabis) og smugles videre til mottakerland. Det produseres imidlertid også cannabis i Europa. Dette gjelder også syntetiske stoffer som for eksempel amfetaminer. Det Europeiske overvåkingscenteret for narkotika og narkotikamisbruk (EMCDDA) i samarbeid med EUROPOL kom i 2016 med en analyse av utviklingen i det europeiske narkotikamarkedet der de trekker opp følgende tre hovedpunkter (EMCDDA & EUROPOL 2016):

- Den økende organisatoriske og tekniske kompleksiteten, sammenkoblingen og spesialisering av grupper involvert i narkotikamarkedet.
- Globalisering og teknologi bidrar til å akselerere endringene i narkotikamarkedet.
- Narkotikamarkedsrelaterte aktiviteter er konsentrert i en rekke etablerte og nye geografiske områder.

For mer informasjon, se EMCDDA- og Europol-rapporten: EU Drug Markets Report (2016).

Internett som marked

I de senere år har det også oppstått et stadig økende marked for illegale rusmidler på internett. Både på det åpne og det mørke nettet operer det flere ulike markeder. På det åpne nettet finner vi i hovedsak markeder for nye psykoaktive stoffer (syntetiske cannabinoider o.l.). Her markedsføres stoffene ofte som «legal highs» eller «research chemicals». Felles for disse stoffene er at de opererer i en juridisk gråsoner ved at de i mange tilfeller ikke har vært oppført blant stoffene som omfattes av de internasjonale narkotikakonvensjonene. Syntetiske cannabinoider er én av flere grupper av slike stoffer. Lovgivningen i mange land har etter hvert tatt inn flere syntetiske cannabinoider på sine lister over forbudte stoffer, enten enkeltvis, eller ved å føre opp hele grupper av beslektede stoffer (generisk oppføring). Norge har fra februar 2013 tatt inn flere undergrupper av syntetiske cannabinoider i en ny narkotikaforskrift. Flere generiske stoffgrupper er inkludert i senere tid, blant annet for syntetiske katinoner og for fentanyler. For mer informasjon om dette markedet, se SIRUS rapport 2/2013: «Syntetiske cannabinoider – Nettbasert marked og en virtuell ruskultur».

I tillegg til internettsidene som selger nye psykoaktive stoffer, har det også utviklet seg et narkotikamarked på det som gjerne omtales som «det mørke nettet». Dette referer til deler av internett som kun kan nås ved hjelp av spesifikke programvarer, for eksempel TOR. TOR, som står for «The Onion Router», er en programvare som dirigerer internettrafikk gjennom et verdensomspennende nettverk for å kryptere, altså å skjule en brukers plassering og bruk fra nettverksovervåking eller trafikkanalyse. Dette er en programvare som muliggjør anonym kommunikasjon og nettsurfing, hvor brukere kan kommunisere med hverandre uten at deres identitet avsløres. Gjennom slik programvare får man tilgang til en rekke ulike markedsplasser for kjøp og salg av illegale rusmidler. Silk Road er blant de meste kjente, men andre har overtatt og det finnes i dag en rekke ulike slike «kryptomarkeder». Markedene har ofte lignende funksjoner som for eksempel eBay og det tilbys en rekke ulike stoffer og kvaliteter. Kjøperne betaler med såkalt «kryptovaluta», for eksempel Bitcoin, som muliggjør anonyme og ikke-sporbare transaksjoner. For mer informasjon om dette markedet, se SIRUS rapport 7/2015: «Narkotikamarkeder på det mørke nettet. En kvalitativ studie av Silk Road 2.0», eller EMCDDA og Europol-rapporten: «Drugs and the darknet. Perspectives for enforcement, research and policy» (2017).

Referanser

Kripos' narkotika- og dopingstatistikk 2017.

Bilgrei, O.R. & Bretteville-Jensen, A.L. (2013). Syntetiske cannabinoider – Nettbasert marked og en virtuell ruskultur. Sirius rapport 2/2013.

Bakken, S. A. & Bosnes, H. (2015). Narkotikamarkeder på det mørke nettet. En kvalitativ studie av Silk Road 2.0 . Sirius rapport 7/2015.

EMCDDA & Europol (2016). EU Drug Markets Report.

EMCDDA & Europol (2017). Drugs and the darknet. Perspectives for enforcement, research and policy

.

Doping – bruk, beslag og straffereaksjoner

Artikkelen beskriver bruk av dopingmidler utenfor den organiserte idretten i Norge. Kunnskapen er hentet fra befolkningsundersøkelser, skoleundersøkelser, kriminalstatistikk og beslag foretatt av politi og tollvesenet.

Hovedpunkter

- Stortinget vedtok endringer i legemiddeloven i 2013 som omfatter forbud mot bruk og besittelse av dopingmidler.
- Antall anmeldte dopinglovbrudd, relaterte straffereaksjoner og antallet dopingbeslag har økt etter lovendringene i 2013.
- Basert på spørreundersøkelser, ser bruk av anabole androgene steroider (AAS) ut til å være relativt lite utbredt i Norge.
- Blant ungdom i alderen 15-16 år oppgir omkring én prosent at de har brukt AAS noen gang.
- Blant unge voksne i alderen 16-34 år oppgir mellom én og to prosent at de har brukt AAS noen gang. Andelen er betydelig lavere for bruk i løpet av siste 12 måneder.
- Langt flere menn enn kvinner oppgir bruk av AAS.

Hva er doping?

Bruk av dopingmidler utenfor den organiserte idretten dreier seg i all hovedsak om bruk av anabole androgene steroider (AAS) og testosteronpreparater. Sentralstimulerende stoffer og veksthormoner blir også brukt som dopingmidler, men disse brukes først og fremst som prestasjonsfremmende midler i konkurransesport.

Anabole androgene steroider er en samlebetegnelse for derivater av testosteronhormonet. Testosteronhormonet er en type androgen, som produseres naturlig i mannens testikler og kvinnens eggstokker. De to hovedeffektene av testosteron kalles androgene og anabole (Lenehan 2003). De androgene effektene bidrar til utvikling av maskuline trekk som skjeggvekst og dypere stemme, mens de anabole effektene bidrar til vekst i muskelvev. Bruk av AAS medfører begge disse virkningene.

Bruk av AAS kan medføre flere ulike fysiske, psykiske og sosiale problemer. Dette gjelder eksempelvis økt risiko for hjerte- og karsykdommer og leverskader. Bruken kan føre til redusert fruktbarhet, og i verste fall sterilitet hos menn ved at kroppen slutter å produsere testosteron og sædceller. En del AAS blir omdannet til østrogen, noe som kan medføre at menn begynner å utvikle bryster. Hos kvinner kan brystene bli mindre. Andre fysiske bivirkninger er kviser, økt hårtap og strekkmerker i huden hos brukere med hurtig vekst i muskelmassen. Kvinner som bruker AAS over tid, utvikler etter hvert mer mannlige trekk. Mange av disse trekkene er irreversible. Selv om sammenhengen er mer uklar, kan bruk av steroider også føre til økt aggressivitet, uro, at en blir

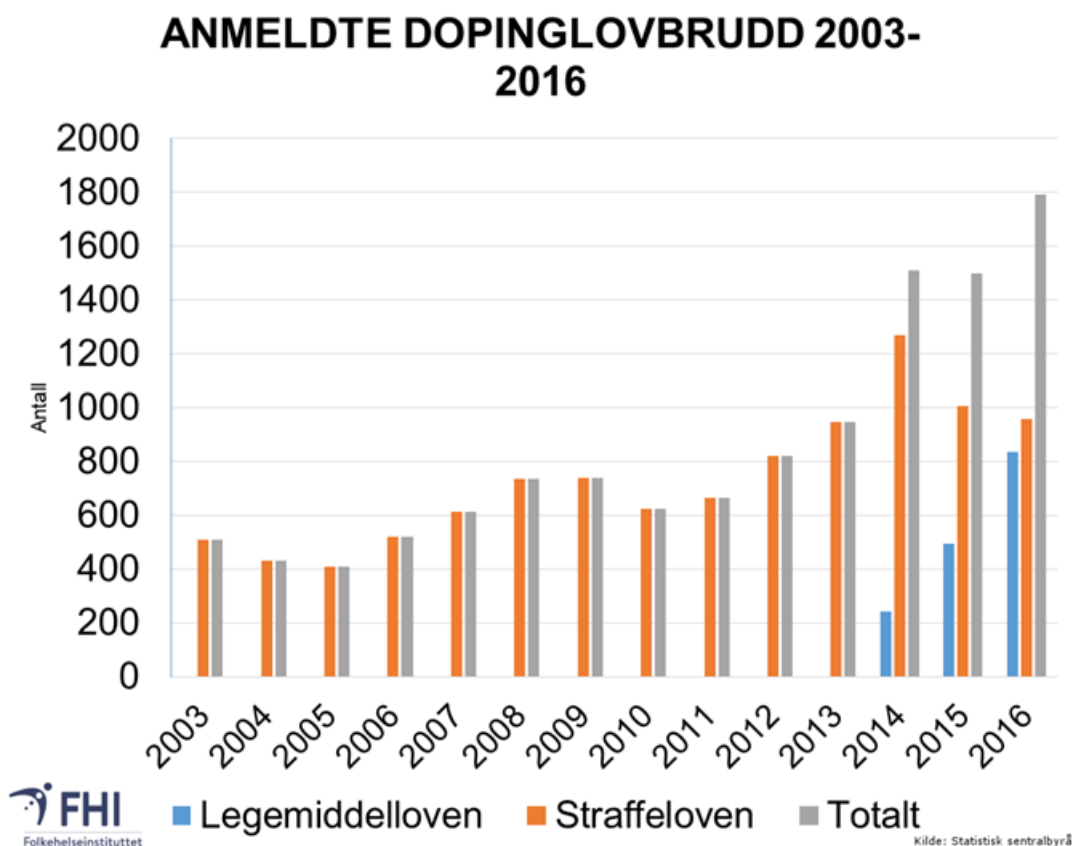
mer irritabel, søvnforstyrrelser, brå svingninger mellom depressive og maniske tilstander, psykoser, depresjoner, personlighetsendringer og panikkangst (Hormonlaboratoriet, 2012).

Lovgivning og lovbrudd

Jamfør straffelovens § 234 kan den som ulovlig tilvirker, innfører, utfører, oppbevarer, sender eller overdrar stoff som er å anse som dopingmiddel, straffes med bot eller fengsel inntil to år. Jamfør § 235 kan grov dopingovertrødelse straffes med fengsel inntil seks år.

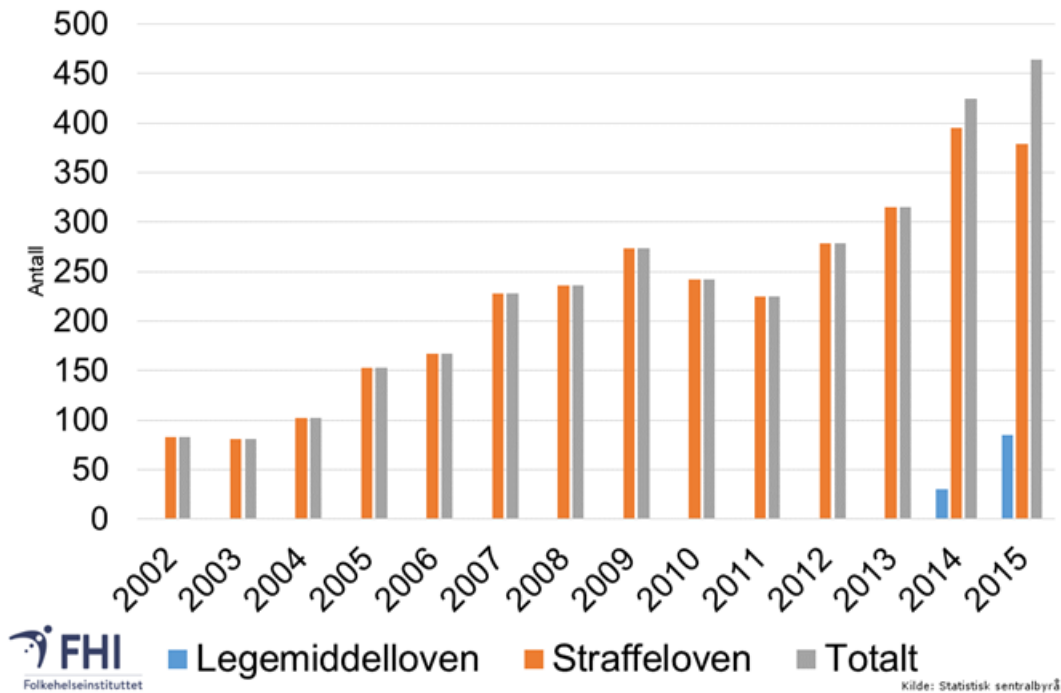
I tillegg til straffelovsbestemmelsene, vedtok Stortinget forbud mot bruk av dopingmidler i 2013. Dette innebar endring i Legemiddelovens § 24 a, der det heter at det er forbudt uten lovlig adkomst å erverve, besitte eller bruke stoff som etter forskrift med hjemmel i straffeloven § 234, første ledd, er å regne som dopingmidler. Forbudet gjelder også for preparater som inneholder slike stoffer. Brudd på forbudet kan straffes med bøter eller fengsel inntil 6 måneder, eller begge deler (Prop. 107 L (2012-2013) Endringer i legemiddeloven (utvidet forbud mot dopingmidler m.m.))

Figur 1 viser anmeldte dopinglovbrudd i perioden 2003 til 2016 og figur 2 viser antall straffereaksjoner for dopinglovbrudd i perioden 2002 til 2015. Som det fremgår av figurene, var både antall anmeldte lovbrudd og antall straffereaksjoner relativt stabilt frem til lovendringen i 2013, men økte i årene etter. Etter 2014 har det vært en nedgang for anmeldte brudd på straffeloven, men en markant økning i anmeldelser for brudd på Legemiddeloven.



Figur 1: Antall anmeldte dopinglovbrudd, 2003-2016. Kilde: SSB

ANTALL STRAFFEREAKSJONER 2002-2015



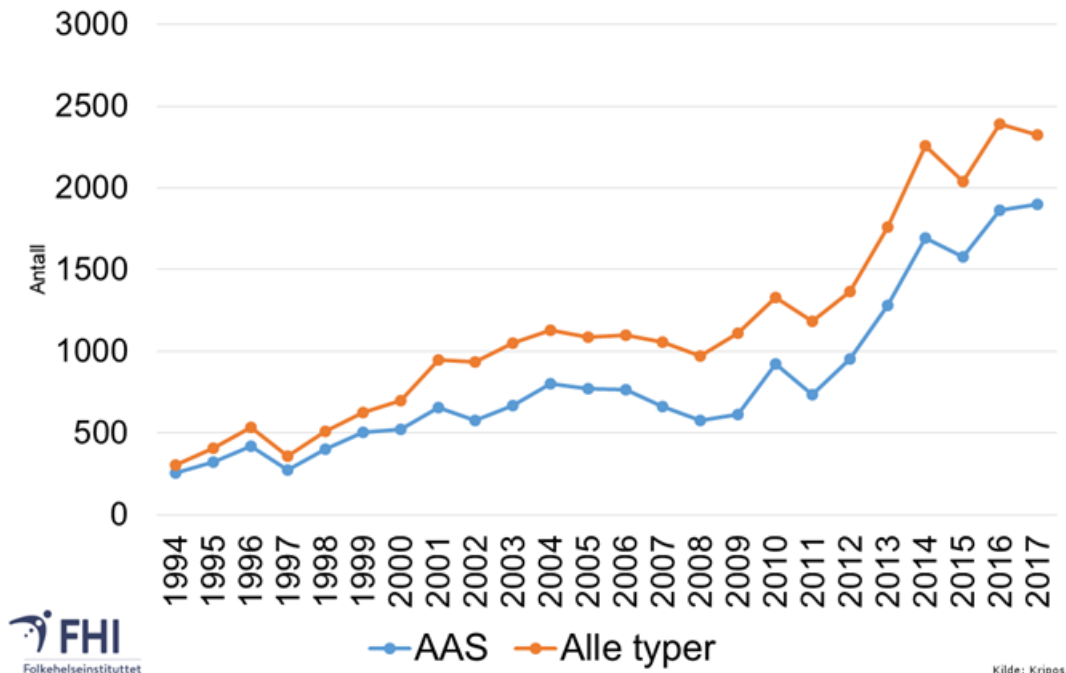
Figur 2: Antall straffereaksjoner, 2002-2015. Kilde: SSB

Marked

Figur 3 viser utvikling i antall beslag av dopingmidler siden starten av nittitallet, mens figur 4 viser antall enheter som er beslaglagt, hovedsakelig ampuller, hetteglass, tabletter og kapsler. Figur 5 viser utvikling i beslag av dopingmidler i «ikke tellbare enheter». Dette består i hovedsak av pulver, men alt er ikke nødvendigvis såkalt renstoff, det vil si det som brukes i hjemmeproduksjon av dopingmidler. Tidsserien for beslag av pulver/renstoff omfatter årene fra og med 2004, da rapporteringene for tidligere år vurderes å være svært usikre.

Som det framgår av figurene, var antall beslag av dopingmidler relativt stabilt frem til 2012, både av det totale antall dopingmidler og av AAS. Vi ser imidlertid at det har vært en økning i 2013 og 2014, mens det så var en mindre nedgang i 2015, for deretter å øke igjen. Den registrerte økningen i antall dopingbeslag skyldes trolig lovendringen som trådte i kraft i 2013. Når det gjelder mengden av dopingmidler som er beslaglagt, er bildet noe mer tvetydig. Den beslaglagte mengden enheter (ampuller, hetteglass, tabletter og kapsler) har vært relativt stabil de siste 10 årene, sett bort fra 2016, der enkelte store beslag førte til den største registrerte beslagsmengden av dopingenheter så langt. For pulver var det en økning i mengde fram til 2012/2013, mens det i 2014 var en kraftig nedgang som så har fortsatt i 2015, 2016 og 2017.

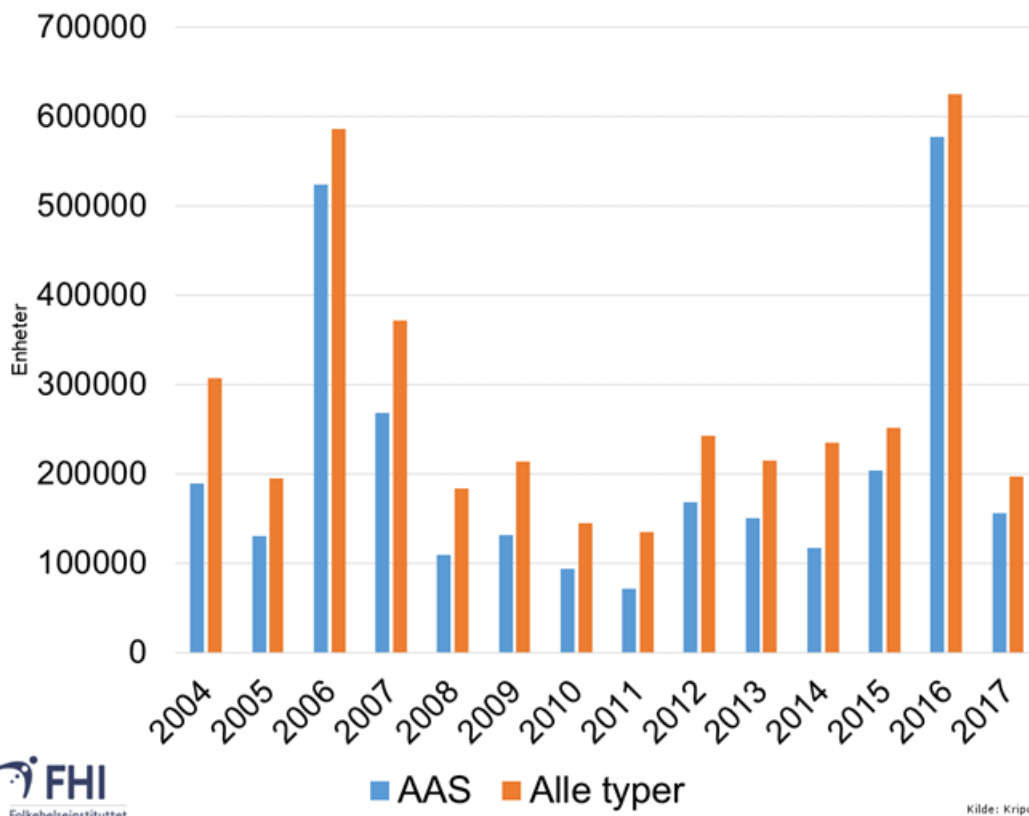
ANTALL BESLAG AV DOPINGMIDLER 1994-2017



Figur 3:

Antall beslag av dopingmidler anabole androgene steroider (AAS) og alle typer. 1994-2017. Kilde: Kripes

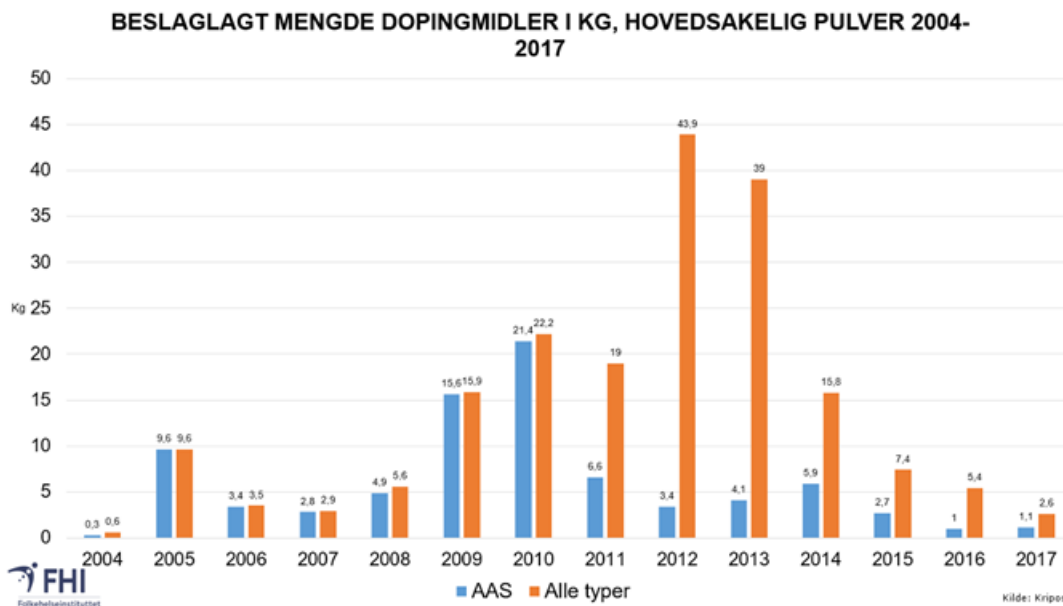
BESLAGLAGT MENGDE (ENHETER) DOPINGMIDLER TOTALT OG ASS 2004- 2017



Figur 4:

Beslaglagt mengde (enheter) dopingmidler totalt og anabole androgene steroider (AAS), 2004-2017.

Kilde: Kripes

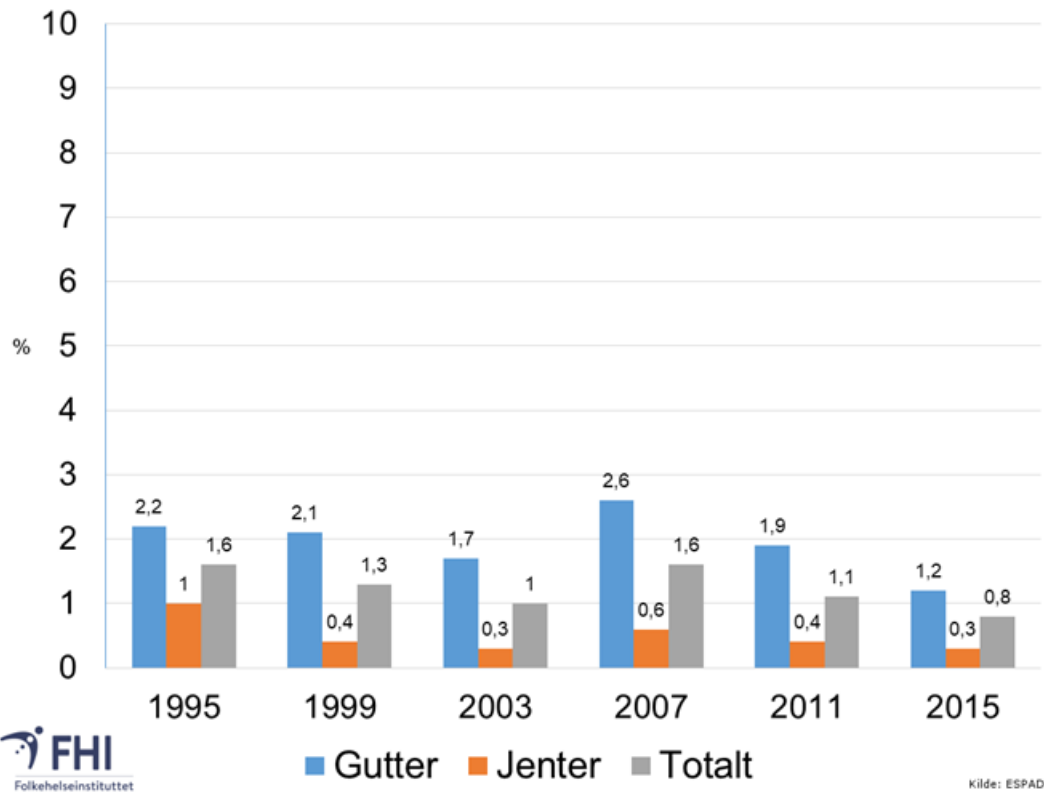
**Figur 5:**

Beslaglagt mengde dopingmidler i kg av anabole androgene steroider (AAS) og alle typer, hovedsakelig pulver 2004-2017. Kilde: Kripes

Spørreskjemaundersøkelser

Med bakgrunn i data fra ulike spørreskjemaundersøkelser ser det ut til at bruk av AAS er relativt lite utbredt i Norge. Slik det fremkommer i figur 6, viser den norske delen av den europeiske skoleundersøkelsen – ESPAD, at det i alle undersøkelsesårene var omkring én prosent i aldersgruppen 15-16 år som oppga at de noen gang hadde brukt AAS. Flere gutter enn jenter oppga bruk noen gang.

ANDEL 15-16-ÅRINGER SOM OPPGA Å HA BRUKT AAS NOEN GANG, 1995-2015

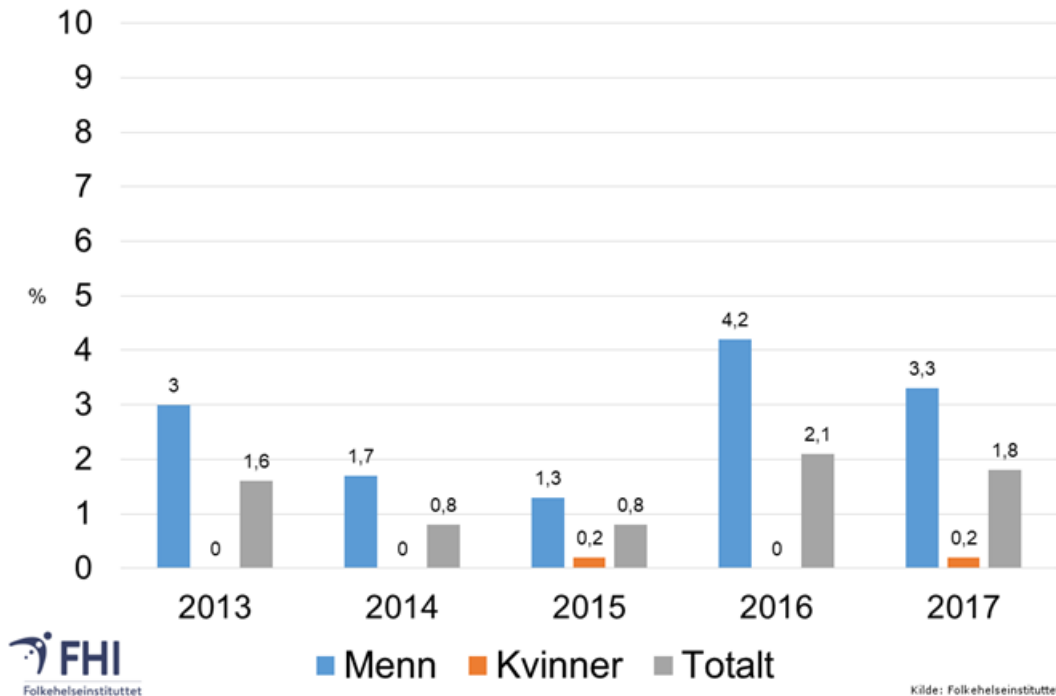


Figur 6:

Andel (%) 15-16 åringer som oppga å ha brukt anabole androgene steroider (AAS) noen gang, 1995-2015. Kilde: ESPAD

Figur 7 viser andeler i aldersgruppen 16-34 år som oppga å ha brukt AAS noen gang. Mellom én og to prosent oppgir bruk noen gang ved måletidspunktene i perioden 2013-2017. Andelene er jevnt over høyere for menn enn for kvinner.

ANDEL 16-34-ÅRINGER SOM OPPGA Å HA BRUKT AAS NOEN GANG, 2013-2017



Figur 7:

Andel (%) 16-34 åringer som oppga å ha brukt anabole androgene steroider (AAS) noen gang, 2013-2017. Kilde: FHI

Andelene i aldersgruppen 16-34 år som oppga å ha brukt AAS i løpet av siste 12 måneder er betydelig lavere. Under én prosent av mennene oppga å ha brukt AAS i løpet av siste år ved måletidspunktene i perioden 2013-2017.

Referanser

Hormonlaboratoriet, Oslo Universitetssykehus HF (2012). I Meld. St. 30 (2011-2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk alkohol – narkotika – doping.

Lenahan, P. (2003). Anabolic steroids and other performance enhancing drugs. London: Taylor & Francis.

Meld. St. 30 (2011-2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk alkohol – narkotika – doping.

Prop. 107 L (2012-2013) Endringer i legemiddeloven (utvidet forbud mot dopingmidler m.m.)

Sandøy, T. A.: Anabole steroider i Norge – En oversikt fra befolkningsundersøkelser. SIRUS RAPPORT 4/2013

Statistisk sentralbyrå (SSB). Statistikk over sosiale forhold og kriminalitet.

Kripos' narkotika- og dopingstatistikk 2016.

Sniffing – lovgivning og omfang

Kort oversikt over hva sniffing er, lovgivning knyttet til sniffing og omfang av bruk.

Hovedpunkter

- De tradisjonelle sniftestoffene som tynner, ulike drivgasser i sprayflasker og bensin, er lovlig varer regulert av produktkontrollloven
- Bruk og besittelse av slike stoffer er dermed ikke underlagt noe forbud i lovgivningen
- De fleste som sniffer, lar det bli med en kortvarig eksperimentering og slutter i 15-16 årsalderen
- De som fortsetter etter ungdomstiden med misbruk av løsemidler, preges stort sett av store problemer fra barndom og oppvekst

Hva er sniffing?

«Sniffing» forstås vanligvis som innånding av forskjellige flyktige organiske stoffer (flyktige hydrokarboner), som har det til felles at de kan fremkalle en viss form for lystfølelse og beruselse. Det er produkter som inneholder løsemidler og aerosoler (spraygass) som er de mest vanlige sniftestoffene.

Som ved bruk av andre psykoaktive stoffer, er virkningen avhengig av brukerens tidligere erfaringer, omstendighetene som stoffet inntas i, type stoff og om det samtidig brukes alkohol eller narkotiske stoffer. Korttidsvirkningen kommer raskt etter sniffingen og forsvinner som regel også raskt. Virkningen etter en kort inhalasjon gir seg gjerne etter få minutter. Sniffingen må derfor skje mer eller mindre kontinuerlig for at virkningen skal opprettholdes.

Selve rusen ligner stort sett alkoholrus. Noen får en følelse av oppstemt lystighet, og blir pratsomme med livlige fantasier. Kvalme, økt spyttsekresjon, nysing, hosting, dårlig koordinasjon av musklene, nedsatte reflekser og sterkere sensitivitet for lys, forekommer ofte.

Dyp inhalasjon av sniffemidler gjentatte ganger over en kort periode kan føre til tap av selvkontroll, hallusinasjoner, bevissthetstap og krampeanfallet. Risikoen for plutselig død er da relativt stor. Døden inntreffer først og fremst ved hjertearytmier, surstoffmangel og kvelning. I tillegg kommer ulykker og skader forårsaket av nedsatt vurderingsevne under rusen.

Fysiske langtidsvirkninger kan være alvorlige. Les mer av denne teksten i Folkehelseinstituttets faktaark i historisk arkiv her (Folkehelseinstituttet 2015). Oppdatert informasjon finnes her (Helsenorge.no 2018) og her (Rustelefonen 2018).

Lovgivning

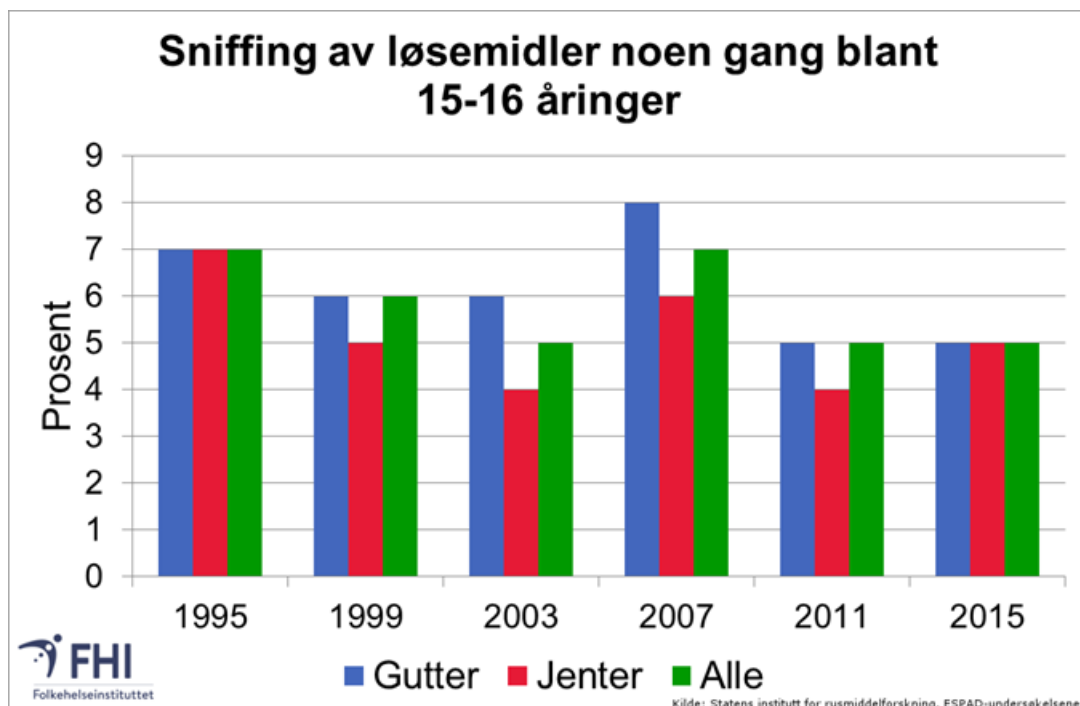
De tradisjonelle sniffestoffene som tynner, ulike drivgasser i sprayflasker og bensin, er lovlige varer regulert av produktkontrollloven (LOV 1976-06-11 nr. 79). Bruk og besittelse er dermed ikke underlagt forbud i lovgivningen. Påvirkning av sniffestoffer i trafikksammenheng vil imidlertid kunne rammes av veitrafikkloven (LOV 1965-06-18-4). Ved mistanke om at produktet vil bli misbrukt eller solgt videre med den hensikt å misbruke stoffet, har imidlertid den enkelte forhandler rett og plikt til å nekte salg. Overtredelse kan medføre straffeansvar. Selv om det er restriksjoner for omsetning av de aktuelle stoffene, vil det være umulig å forby omsetning av stoffer som bensin, lim, etc. I den senere tid har malings- og hobbyindustrien endret en del av sine produkter slik at noen av de farligste innholdsstoffene er erstattet med stoffer som ikke egner seg for misbruk, dette gjelder for eksempel lynol.

Bruk av sniffestoffer

Bruk av sniffestoffer måles gjennom spørreundersøkelser i befolkningen. Sniffing er mest vanlig i sene barneår og tidlige ungdomsår. De fleste som sniffer, lar det bli med en kortvarig eksperimentering og slutter i 15–16 -årsalderen. I et skole- eller ungdomsmiljø kan sniffing plutselig «oppstå som en epidemi», for så å forsvinne igjen etter kort tid. De som fortsetter etter ungdomstiden med misbruk av løsemidler, preges stort sett av store problemer fra barndom og oppvekst, samt av å ha få ressurser til å hjelpe seg ut av en vanskelig situasjon.

Bruksomfanget av sniffestoffer har gått i bølger. Tidligere undersøkelser viser at andelen unge som noen gang har sniffet, gikk vesentlig ned på 1990-tallet sammenlignet med tidligere tiår. I de årlige ungdomsundersøkelsene (15-20 år) fram til og med 2008 i regi av Statens institutt for rusmiddelforskning, lå imidlertid andelen som hadde sniffet *noen gang* stabilt på 5-6 % i årene etter tusenårsskiftet (Vedøy og Skretting, 2009).

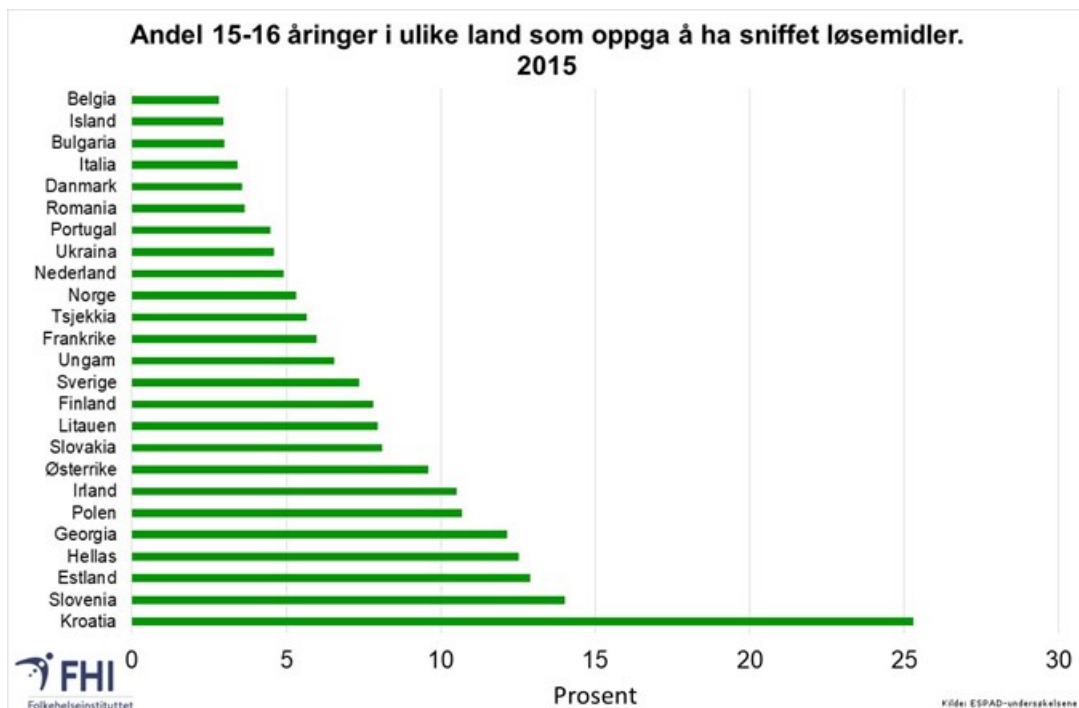
Den norske delen av den europeiske skoleundersøkelsen ESPAD viser at 5-7 % av norske 15-16 åringer oppga å ha sniffet *noen gang* (figur 6.1) i perioden 1995-2015. I 2003 og 2007 kan vi påstå at en større andel gutter enn jenter i befolkningen sniffet. For de andre årene med forskjeller i utvalget mellom gutter og jenter er forskjellen for liten til at vi kan påstå dette.



Figur 1:

Andel norske 15-16 åringer som oppga å ha sniffet noen gang. 1995-2015 Kilde: Statens institutt for rusmiddelforskning, ESPAD-undersøkelsene

Figur 6.2 viser andel 15-16-åringer i mange europeiske land som i 2015-undersøkelsen oppga å ha sniffet *noen gang*. På samme måte som for bruk av alkohol og narkotika, er det også her relativt store forskjeller mellom de enkelte land. Mens det er henholdsvis 25 og 14 % i Kroatia og Slovenia som oppga å ha sniffet løsemidler, var den tilsvarende andelen i land som Italia, Bulgaria og Belgia (Flandern), 3 %. Norske 15-16-åringer ligger i det nedre sjiktet når det gjelder andel som har brukt alkohol og illegale rusmidler. Det samme ser vi her ved at 5 % oppga at de noen gang har sniffet løsemidler. Når det gjelder de øvrige nordiske land, spriker bildet noe. Mens 3 % av 15-16 åringer i Island oppga at de noen gang har sniffet, var den tilsvarende andelen i Danmark 4 %, Finland 8 % og Sverige 7 %.

**Figur 2**

Andel 15-16 åringer i ulike europeiske land som oppga å ha sniffet løsemidler 2015 Kilde: Utvalg av land fra Kraus et al. 2016 Espad-undersøkelsene

Forebygging, kartlegging og behandling

I en oversiktsartikkel oppsummeres forskningslitteraturen om forebygging, kartlegging og behandling av sniffing (Nguyen et al. 2016). Forfatterne påpeker at kunnskapen er mangelfull på mange områder.

Referanser

Folkehelseinstituttet (2015) Fakta om sniftestoffer - sniffing

Helsenorge.no (2018) Sniffing

Kraus, L. (2016). ESPAD Report 2015. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. EMCDDA

LOV 1965-06-18 nr 04: Lov om vegtrafikk (vegtrafikkloven).

LOV 1976-06-11 nr 79: Lov om kontroll med produkter og forbrukertjenester (produktkontrollloven).

Nguyen J, O'Brien C, Schapp S. (2016) Adolescent inhalant use prevention, assessment, and treatment: A literature synthesis. International Journal of Drug Policy. 31:15-24.

Rustelefonen (2018) Fakta om sniffing

Vedøy T.F. og Skretting A. (2009).

Ungdom og rusmidler. Resultater fra spørreskjemaundersøkelser 1968-2008. SIRUS Rapport 5/2009.

Skrevet av: Ellen J. Amundsen, Astrid Skretting

Skader og problemer knyttet til narkotikabruk

Kort oversikt over helsemessige og sosiale konsekvenser av narkotikabruk, med vekt på problembruk.

Hovedpunkter

- Hyppig og langvarig narkotikabruk medfører risiko for både akutte og kroniske helseskader og problemer.
- Den alvorligste konsekvensen er tidlig død. I gjennomsnitt har 265 personer dødd årlig i Norge de siste 10 årene som en direkte konsekvens av sitt forbruk av narkotiske stoffer. I Norge har overdoser vært den nest viktigste årsak til død for menn under 50 år.
- Narkotikabruk er også forbundet med sosiale skader, for eksempel marginalisering og konsekvenser av kriminalitet.

Det er en utfordring å gi et samlet bilde av narkotikarelaterte skader og problemer. Det er stor forskjell på konsekvensene av moderat hasjbruk og langvarig bruk av tyngre stoffer. Her gis en kort oversikt over helsemessige og sosiale konsekvenser av narkotikabruk, med vekt på problembruk. I tillegg til type stoff, vil måten de narkotiske stoffene inntas på - for eksempel om heroinen injiseres eller røykes - ha betydning for både omfanget og typen av skader og problemer. De fysiske og sosiale omgivelsene knyttet til bruken vil også være viktig.

Bakgrunn

I denne gjennomgangen vil vi ha et hovedfokus på skader og problemer forbundet med det vi gjerne kaller problembruk eller risikofylt bruk. Det vil si en intensiv og langvarig narkotikabruk, hvor injisering av opiater og/eller amfetamin gjerne inngår. De skadene og problemene som er forbundet med slik bruk, er som regel betydelige både for brukerne og deres nære omgivelser. (Babor et al. 2010, Nutt et al. 2010).

Bruk av ett narkotisk stoff overlapper ofte med bruk av andre narkotiske stoffer, alkohol eller legemidler. Dermed er det noen ganger vanskelig å fastslå om en skade eller et problem kan tilskrives bruken av den ene eller den andre substansen eller kombinasjonen av dem. Personer som begynner med narkotikabruk kan også ha andre problemer som bidrar til oppstart eller utvikling av risikabel narkotikabruk.

For mange av de skadene og problemene som kan relateres til narkotikabruk finnes det ikke noen statistisk informasjon. I så måte kan vi si at dataene vist her eller andre steder kun viser en liten del av totalbildet. Det er for eksempel vanskelig å finne eksakte tall for narkotikarelatert kriminalitet, mens oversikt over enkelte helsekonsekvenser er tilgjengelig. Innen rammen av publikasjonen «Narkotika i Norge» finnes det egne artikler om konsekvenser som narkotikautløste dødsfall og kriminalitet.

Noen konsekvenser av narkotikabruk vil først og fremst ramme brukeren selv. Andre har et bredere nedslagsfelt og kan i tillegg ramme pårørende og samfunnet forøvrig, eksempelvis økonomiske problemer og kriminalitet.

Helseskader

Sykdomsbyrde av narkotikarelaterte helseskader

Beregninger fra prosjektet "Global Burden of Disease" (sykdomsbyrde) gjennomført i regi av verdens helseorganisasjon (WHO), gir en pekepinn på omfanget av de narkotikarelaterte helseskadene i samfunnet. Der anslås det at 0,9 % av tapene av friske leveår og 0,4 % av dødsfallene i verden i 2004 kunne tilskrives narkotikabruk. Andelen av tapte friske leveår som kunne tilskrives narkotikabruk var noe høyere i høyinntektsland (2,1%), mens det ikke var noen slik forskjell med hensyn til dødsfall (WHO, 2009). Både andelen tapte friske leveår og dødsfall var høyere blant menn enn blant kvinner. I disse beregningene har man kun tatt med bruk av amfetamin, kokain, heroin og andre opiater, og injeksjonsbruk. I fremtidige beregninger planlegges det å også ta inn cannabisbruk (Degenhart et al., 2009).

Omfanget av de narkotikarelaterte helseskadene er mye mindre enn helseskadene relatert til bruk av tobakk og alkohol. Dette skyldes at det er langt færre som bruker narkotika. Beregninger for Norge viser imidlertid at overdoser er den nest viktigste årsak til død for menn under 50 år (Knudsen et al. 2017).

Fem kategorier av helseskader

Babor og medarbeidere (2010), som har gått gjennom den internasjonale forskningslitteraturen om narkotikarelaterte skader og problemer, beskriver fem hovedkategorier av helseskader:

- Overdoser
- Andre akutte skader som ulykker, vold og suicidal atferd
- Ikke-smittsomme somatiske sykdommer som hjerte- og karsykdommer, lungesykdommer og ulike smertetilstander
- Psykiske lidelser. I tillegg til at narkotikaavhengighet i seg selv klassifiseres som en psykisk lidelse, henger narkotikabruk også sammen med flere andre psykiske lidelser som personlighetsforstyrrelser og depresjon
- Smittsomme sykdommer som hepatitt B, hepatitt C og HIV.

Mens de to første kategoriene beskriver akutte skader, er de tre siste primært knyttet til langvarig bruk. Mange har undersøkt helseskader ved narkotikabruk, for eksempel Forouzanfar et al. (2016).

Dødsfall

Narkotikautløste dødsfall er det mest alvorlige utfallet av narkotikabruk. Forekomsten av narkotikautløste dødsfall har variert rundt et relativt stabilt gjennomsnitt på 265 dødsfall per år de siste 10 årene (Gjersing 2017). I samme periode har også andelen narkotikautløste dødsfall målt som prosent av befolkningen variert rundt et stabilt gjennomsnitt (8,3 personer per 100 000 personer 15-64 år). I 2016 var det 282 narkotikautløste dødsfall (Gjersing 2017). Narkotikautløste dødsfall er i over 80 % av tilfellene knyttet til akutte forgiftninger (overdoser), ca. 10 % selvmord

(overdose med intensjon) og 10 % avhengighet (svækkelse etter langvarig narkotikabruk). Trender vil da blant annet være knyttet til om det har vært endringer i hvor mange som inntar narkotika på en risikofylt måte (injisering i blodåre er mest risikofylt), tilgang på stoffer og uventet høyere renhetsgrad av stoffet. De fleste forgiftningsdødsfall medfører obduksjon av avdøde, og som hovedregel påvises flere narkotiske stoffer og legemidler. Det kan være vanskelig å avgjøre om døden skyldes inntak av et enkelt stoff eller kombinasjonsbruk av flere stoffer. Siden 2003 har gjennomsnittsalderen blant avdøde økt, både for kvinner og menn.

Dødsårsaksstatistikken fanger imidlertid ikke opp alle dødsfall som helt eller delvis skyldes narkotikabruk. Dødsfall blant brukere av narkotika kan skyldes ulykker, voldsepisoder og selvmord, samt sykdommer som HIV og hepatitt C, hvor narkotikabruk kan ha vært en indirekte eller medvirkende årsak til dødsfallet.

Statistikken over, og de andre registerdataene som gjengis her, presenteres grundigere i den årlige nettrapporten til FHI om narkotikautløste dødsfall og i en rapport fra 2015 (Gjersing 2017, Amundsen 2015).

Folkehelseinstituttet registrerer hvor mange som årlig diagnostiseres med smittsomme sykdommer relatert til narkotikabruk. Meldesystemet for smittsomme sykdommer viser rapporterte nye diagnostiserte tilfelle av HIV og AIDS og hepatitt B (MSIS 2018). I 2017 ble det rapportert om 213 nye HIV tilfelle, og 7 av disse var knyttet til injisering av narkotika. Ingen nye tilfeller av AIDS ble påvist hvor injisering av narkotika var opprinnelig smittemåte for den forutgående HIV sykdommen. Samme år var 4 av 20 akutt hepatitt B tilfelle knyttet til injisering. Hepatitt C er vanlig blant personer som injiserer narkotika. I 2017 ble det registrert 656 tilfeller, hvorav 341 (52 %) var knyttet til injisering av narkotika, mens 39 % hadde ukjent smittemåte (MSIS Statistikk 2018).

Andre skader og problemer

Kjøring i påvirket tilstand

Tall fra akuttmottak viser at for ikke-dødelige ulykker i Oslo var sjåføren påvirket av narkotiske stoffer i om lag 10 % av tilfellene (Bogstrand et al. 2015, Bogstrand et al. 2012)

Oslo universitetssykehus (OUS) analyserer prøver som sendes inn til rusmiddelanalyser fra politiet hvor bilfører var mistenkt for ruspåvirket kjøring, I 2017 ble i alt 6439 prøver analysert for 40 forskjellige rusgivende legemidler og narkotiske stoffer (OUS 2018). I 90 % av sakene ble det påvist minst ett psykoaktivt stoff. Det har vært små økninger i antall prøver fra år til år i perioden 2012-2016 og ingen økning fra 2016 til 2017. Cannabis (THC) ble påvist i 40 % av de analyserte prøvene, amfetamin i 33 %, metamfetamin i 18 %, MDMA (3,4-metylendioksymetamfetamin) i 4 % og kokain i 3 % av prøvene sendt inn til analyse i 2017. Opioider ble påvist i et lite antall prøver, men legemidlene som inneholdt benzodiazepiner ble påvist hyppigere. Bruk av benzodiazepiner kan føre til svekkelse av en rekke ferdigheter som er viktige for bilkjøring, som oppmerksomhet, konsentrasjonsevne, innlæringsevne og hukommelse. Det hyppigst påviste benzodiazepin var Klonazepam (Rivotril®) som ble påvist i 24 % av prøvene. Dette middelet er brukt som rusmiddel i utstrakt grad. I snitt ble det påvist 2,4 ulike stoffer i hver blodprøve i 2017 (OUS 2018). Historiske tall vises i Vedleggstabell 3.1.

Det vil på grunn av mørketall være grunn til å anta at forekomsten av kjøring under påvirkning av narkotiske stoffer er betydelig høyere enn det som fremkommer av disse statistikkene.

Kriminalitet

Babor og medarbeidere (2010) beskriver noen av de sosiale problemene som knyttes til narkotikabruk, med et særlig fokus på narkotikarelatert kriminalitet. I tillegg til at narkotikabruk i seg selv er forbudt i de fleste land, vil bruk av ulike stoffer også være forbundet med andre former for kriminalitet.

For en del vil det å skaffe seg penger til narkotika være knyttet til kriminelle aktiviteter som omsetning av mindre kvanta narkotika, vinningskriminalitet og salg av seksuelle tjenester. Bruk av enkelte stoffer kan dessuten være forbundet med aggressiv og voldelig atferd. En annen type lovbrudd som kan relateres til narkotikabruk er ordensforstyrrelser. I tillegg kommer den volden som er knyttet til narkotikamarkedet. Se mer om kriminalitet i Norge i Narkotikalovbrudd.

Kriminalstatistikken viser at det ble anmeldt i overkant av 35 000 narkotikalovbrudd (straffeloven + legemiddelloven) i Norge i 2016. Dette er en nedgang siden 2013.

Statistikken over narkotikalovbrudd gir ingen informasjon om hvilke typer av narkotika som var involvert i sakene. Lovbruddene handler hovedsakelig om besittelse og bruk av narkotika. For vinningskriminalitet og vold begått i påvirket tilstand kan det ikke skilles ut i kriminalstatistikken hvor stor andel av slik kriminalitet som er narkotikarelatert.

Økonomiske problemer

Et annet eksempel på sosiale problemer forbundet med narkotikabruk er økonomiske problemer. Mange med langvarig og risikofylt narkotikabruk har aldri vært integrert i arbeidslivet, har eventuelt en ustabil tilknytning til arbeidslivet, tjener lite og mottar offentlig støtte. Ytterligere eksempler er utelukkelse fra ulike sosiale arenaer i samfunnet og de problemene som påføres familie, venner og andre som lever tett inn på narkotikamisbrukere.

Problemer med egen narkotikabruk

I spørreundersøkelser i befolkningen blant voksne/unge voksne er det spurt om skader og problemer i forbindelse med egen narkotikabruk (Fekjær, 2004; Lund et al., 2007) og ungdom (Hibell et al., 2009; Skretting, 2000). De som svarer vil i hovedsak være rekreasjonsbrukere. Relativt få (2-3 %) oppga at de hadde opplevd mer alvorlige problemer som slåssing, ulykker/skader og problemer på skole/arbeid. Noen flere rapporterte om uvennskap/krangel og andre vanskeligheter (5-6 %).

Bekymring blant andre

Rusmiddelbruk skader ikke bare brukeren, men kan også skade andre og føre til bekymring blant familie og venner (Melberg et al. 2011; Orford, et al. 2010).

De «psykologiske kostnadene» knyttet til andres bruk av alkohol, sigaretter og illegale rusmidler har fått lite oppmerksomhet. Resultatene fra en ny studie gjennomført i Norge viste at bekymring knyttet til andres drikking var mest utbredt (31,2 %), etterfulgt av andres sigarettøyking (25,6 %) og andres bruk av narkotiske stoffer (10,3 %) (Moan, Storvoll & Lund, 2017). Blant de som bekymret

seg, forårsaket imidlertid røyking og narkotikabruk *hyppigere* bekymring. Bekymring knyttet til andres sigarettøyking var sterkest assosiert med familiemedlemmers bruk mens bekymring knyttet til andres bruk av alkohol og illegale rusmidler i større grad var assosiert med venners/bekjentes bruk. Omtrent halvparten bekymret seg for andres bruk av minst en substans. For alle substansene, var det å ha opplevd negative konsekvenser av andres bruk sterkest assosiert med bekymring. Forfatterne konkluderer med at bekymring knyttet til andres rusmiddelbruk og sigarettøyking er vanlig og reflekterer utbredelsen av substansene i populasjonen, og at bekymring knyttet til andres bruk av alkohol og narkotika primært er relatert til akutte konsekvenser, mens bekymring knyttet til andres sigarettøyking er mer relatert til kroniske helseskader.

Referanser

Amundsen E.J. Narkotikautløste dødsfall. SIRUS rapport 2/2015.

Babor, T., Caulkins, J., Edwards, G., Fischer, B., Foxcroft, D., Humphreys, K., et. al. (2010). Drug policy and the public good
. Oxford: Oxford University Press.

Bogstrand ST, Larsson M, Holtan A, Staff T, Vindenes V, Gjerde H. Associations between driving under the influence of alcohol or drugs, speeding and seat belt use among fatally injured car drivers in Norway. *Accid Anal Prev.* 2015;78:14-19. doi:10.1016/j.aap.2014.12.025.

Bogstrand ST, Gjerde H, Normann PT, Rossow I, Ekeberg Ø. Alcohol, psychoactive substances and non-fatal road traffic accidents - a case-control study. *BMC Public Health.* 2012;12(1):734. doi:10.1186/1471-2458-12-734.

Bretteville-Jensen, A.L., Rossow, I. & Pape, H. (2009, 4. desember). Et valg mellom onder
. Aftenposten, s. 4.

Bretteville-Jensen AL (redaktør) 2013. Hva vet vi om cannabis? Universitetsforlaget, Oslo

Degenhardt, L., Whiteford, H., Hall, W. & Vos, T. (2009). Estimating the burden of disease attributable to illicit drug use and mental disorders: what is "Global Burden of Disease 2005" and why does it matter?
Addiction, 104, 1466-1471.

Fekjær, H.O. (2004). Rus. Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Folkehelseinstituttet (2018) Nettbasert veileder i smittevern

Forouzanfar, M. H., Afshin, A., Alexander, L. T., Anderson, H. R., Bhutta, Z. A., Biryukov, S., et al.

(2016). Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 388(10053), 1659–1724.

Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., et al. (2009): The 2007 ESPAD report. Substance use among students in 35 European countries . Stockholm: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs

Lund, M.K.Ø., Skretting, A. & Lund, K.E. (2007). Rusmiddelbruk blant unge voksne, 21-30 år. Resultater fra spørreskjemaundersøkelser 1998, 2002 og 2006. SIRUS-rapport nr. 8/2007. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Knudsen A.K., Tollånes M.C., Haaland ØA., Kinge J.M., Skirbekk V., Vollset S.E (2017) . Sykdomsbyrde i Norge 2015. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2015 (GBD 2015), Folkehelseinstituttet. Rapport.

Melberg, H. O., Hakkarainen, P., Houborg, E., Jääskeläinen, M., Skretting, A., Ramstedt, M., et al. (2011). Measuring the harm of illicit drug use on friends and family. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 28, 105–121.

Moan, I. S., Storvoll, E. E., & Lund, I. O. (2017). Worries about others' substance use - differences between alcohol, cigarettes and illegal drugs? *International Journal of Drug Policy*, 48, 108-114, online 17 August 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.07.014>

MSIS (2018). Meldesystem for smittsomme sykdommer.

MSIS Statistikk (2018). Velkommen til MSIS statistikk. Folkehelseinstituttet, Oslo

Nutt, D., King, L. A., & Phillips, L. (2010). Drug harms in the UK: A multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376, 1558–1565. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61462-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61462-6).

Orford, J., Copello, A., Velleman, R., & Templeton, L. (2010). Family members affected by a close relative's addiction: The stress-strain-coping-support model. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17(1), 36–43.

OUS (2018) Alkohol og rusmidler, Oslo Universitetssykehus

Pape, H. & Storvoll, E.E. (2006).

Pepe, H. & Storvoll, E.E. (2006). Teenagers' "use" of non-existent drugs. A study of false positives. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 23, 31-46.

Room, R., Fischer, B., Hall, W., Ienton, S. & Reuter, P. (2008). The global cannabis commission report: Cannabis policy: Moving beyond stalemate. Oxford: The Beckley Foundation.

Skretting, A. (2000). Ungdom og rusmidler. Oslo: Rusmiddeldirektoratet.

Storvoll E.E, Rossow I., Moan I.S. Norstrøm T., Scheffels J. , Lauritzen G. (2010) Skader og problemer forbundet med bruk av alkohol og tobakk. SIRUS rapport 3/2010 Oslo.

Vedøy, T. & Skretting, A. (2009). Ungdom og rusmidler. Resultater fra spørreskjemaundersøkelser 1968-2008. SIRUS-rapport nr. 5/2009. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

WHO (2009). Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organisation.

Narkotikalovbrudd

Artikkelen beskriver utviklingen i narkotikarelaterte lovbrudd i Norge; anmeldte narkotikalovbrudd, antall reaksjoner, fordeling mellom kjønn og alder og fordelingen mellom ulike straffereaksjoner.

Hovedpunkter

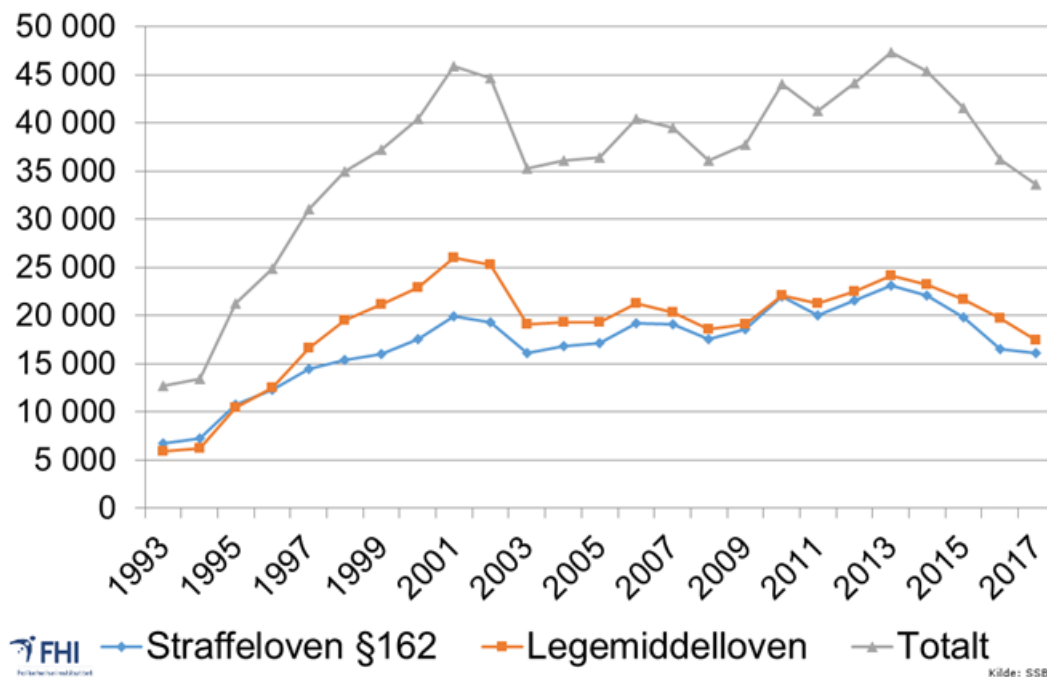
- Antall *anmeldte* narkotikalovbrudd har vært nedadgående siden 2013.
- Unge menn dominerer blant dem som var *siktet* for narkotikalovbrudd i 2016.
- *Straffereaksjoner* for narkotikalovbrudd var sterkt økende på nittitallet og frem til tusenårsskiftet, mens antall slike reaksjoner har vært mer stabilt de senere år.
- Bøter er den klart mest utbredte straffereaksjonen for narkotikalovbrudd.

Anmeldte narkotikalovbrudd

Kriminalstatistikk fra Statistisk sentralbyrå (SSB) gir oversikt over antall anmeldte, antall etterforskede, antall siktede og antall reaksjoner for narkotikalovbrudd. En må her være oppmerksom på at dette er det som kalles «lovbrudd uten offer», i den forstand at det sjelden eller aldri er lovbrudd der anmeldelser kommer fra allmennheten. Det vil derfor være innsatsen fra politi og tollvesen som avgjør hvor mange lovbrudd som anmeldes, etterforskes og fører til straffereaksjoner. Forskjeller fra et år til et annet vil derfor til en viss grad kunne ha sammenheng med kontrollinnsats, slik at det ikke nødvendigvis avspeiler forskjeller i det faktiske antall lovbrudd.

Figur 1 viser utviklingen i antall anmeldte narkotikalovbrudd siden 1993. Som det framgår økte antall slike lovbrudd dramatisk i løpet av 1990-tallet, mens det etter årtusenskiftet har vært mer eller mindre stabilt, selv om vi ser noe variasjon fra år til år. I perioden 2013 til 2017 har det imidlertid vært en nedadgående trend.

Antall anmeldte narkotikalovbrudd 1993-2017



Figur 1: Anmeldte narkotikalovbrudd 1993-2017. Kilde: SSB. Grunnlagstall finnes i Vedleggstabell 2.1.

Utviklingen i etterforskede og siktede narkotikalovbrudd fremgår av Vedleggstabell 2.2. Etter tusenårsskiftet har antallet vært mer eller mindre stabilt, med en svak økning frem til 2014, mens det i de siste to årene har vært en nedgang i både antall etterforskede lovbrudd og siktede personer.

Antall kvinner og menn i ulike aldersgrupper siktet for narkotikalovbrudd 2016

Som det fremgår av tabell 1 var det i 2016 til sammen 12 699 personer som ble siktet for narkotikalovbrudd (både straffe- og legemiddeloven) minst en gang. Vi ser også at mer enn $\frac{3}{4}$ var i alderen 18 – 39 år, både av dem som var siktet for brudd på straffeloven § 162 (alvorlige narkotikaforbrytelser) og dem som var siktet for brudd for narkotikabestemmelsene i legemiddeloven (mindre alvorlige narkotikalovbrudd). Det kan være verd å merke seg at et ikke ubetydelig antall var barn/unge under 18 år, de fleste etter brudd på legemiddeloven. Videre framgår det at ca. 13 % av dem som ble siktet etter brudd på straffeloven § 162 var kvinner mot ca. 18 % kvinner blant dem som ble straffet etter brudd på narkotikabestemmelsene i legemiddeloven.

	Straffeloven §162	Prosent	Legemiddeloven	Prosent
Menn	6 341	86,3	4 364	81,5
Kvinner	1 004	13,7	990	18,5
Totalt	7 345	100	5 354	100

Alder

-14	15	0,2	38	0,7
15 - 17	212	2,9	452	8,4
18 - 20	780	10,6	1 122	21,0
21 - 24	1 207	16,4	1 096	20,5
25 - 29	1 380	18,8	946	17,7
30 - 39	1 963	26,7	986	18,4
40 - 49	1 199	16,3	465	8,7
50-59	490	6,7	215	4,0
60 +	99	1,3	34	0,6
Totalt	7 345	100	5 354	100

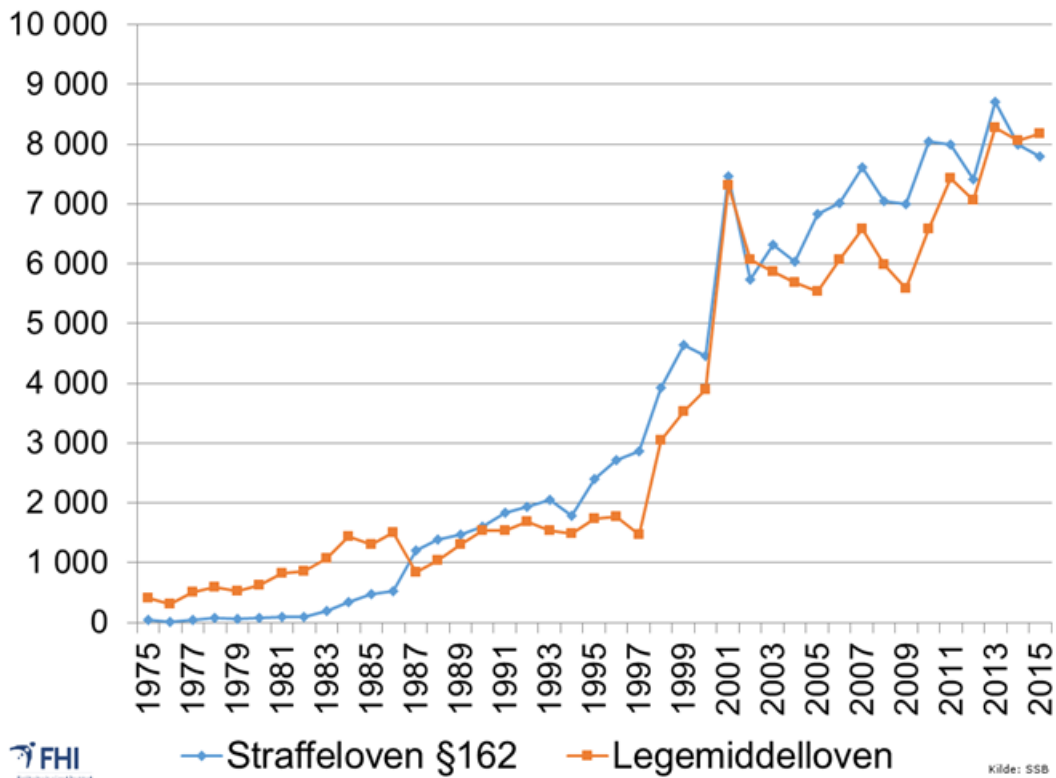
Tabell 1: Antall kvinner og menn i ulike aldersgrupper siktet for narkotikalovbrudd 2016. Kilde: SSB.

[1]Antall siktede er antall forskjellige personer med narkotikaforbrytelse som hovedlovbrudd, ved avsluttet etterforskning.

Antall straffereaksjoner for narkotikalovbrudd 1975-2015

Figur 2 viser utviklingen i antall straffereaksjoner for narkotikalovbrudd gjennom mer enn 40 år. Etter en relativt stabil utvikling på 70- og 80-tallet, økte antall reaksjoner drastisk fra midten av 90-tallet og frem til tusenårsskiftet, med en foreløpig topp i 2001 der det totale antallet passerte 14 500. Antallet slike reaksjoner var deretter nedadgående, før det igjen økte og har de siste årene passert 2001-nivået. I 2013, som er året med høyest antall, ble det registrert nært 17 000 reaksjoner. I 2014 og 2015 var antallet igjen svakt nedadgående og reaksjonene for brudd på legemiddeloven var da høyere enn for brudd på straffeloven.

Antall straffereaksjoner for narkotikalovbrudd 1975-2015



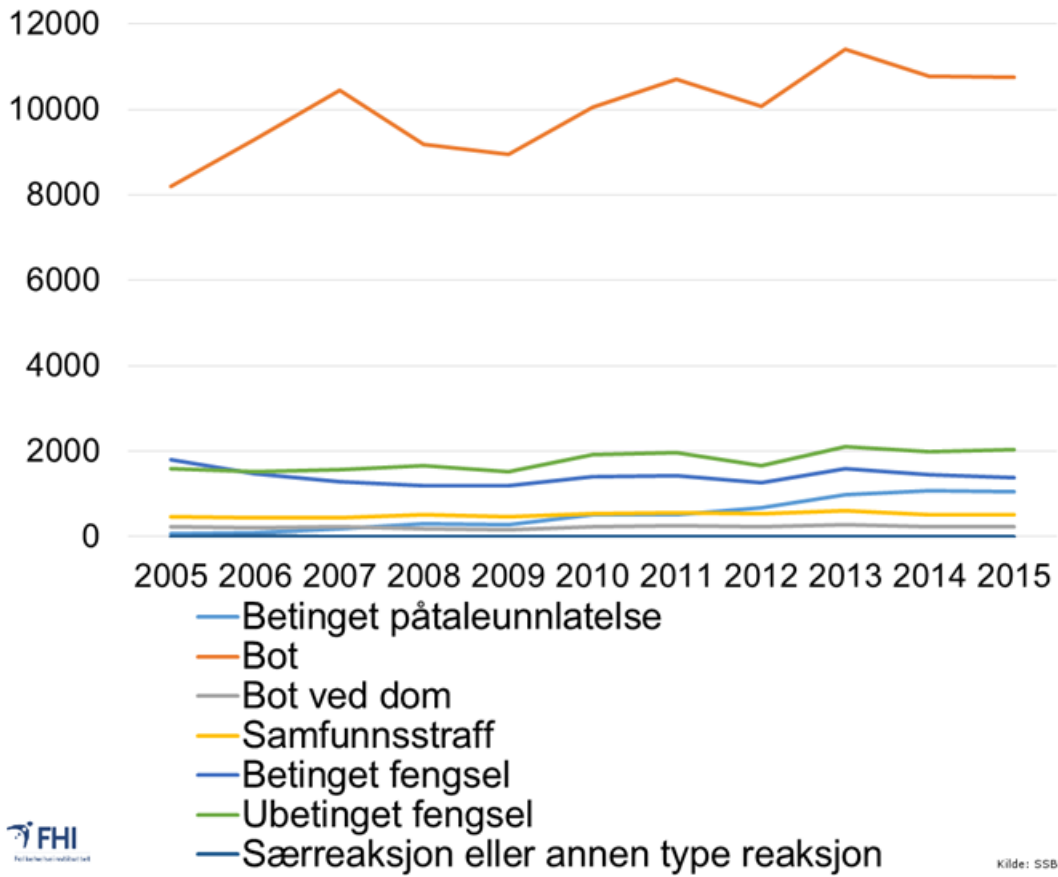
Figur 2:

Antall straffereaksjoner for narkotikalovbrudd 1975-2015. Kilde: SSB. Grunnlagstall finnes i Vedleggstabell 2.3

Antall ulike narkotikarelaterte straffereaksjoner 2005-2015

Figur 3 viser utviklingen i antall ulike straffereaksjoner for narkotikalovbrudd i perioden 2005 til 2015. Utviklingen er stabil gjennom hele perioden og viser at bøter er den klart mest brukte reaksjonen. I 2015 utgjorde de nær 11 000 utstedte bøtene over 67 % av de ulike narkotikarelaterte straffereaksjonene.

Antall ulike narkotikarelaterte straffereaksjoner 2005-2015



Figur 3: Antall ulike narkotikarelaterte straffesanksjoner 2005-2015. Kilde: SSB.

Referanser

Statistisk sentralbyrå (SSB). Statistikk over sosiale forhold og kriminalitet.

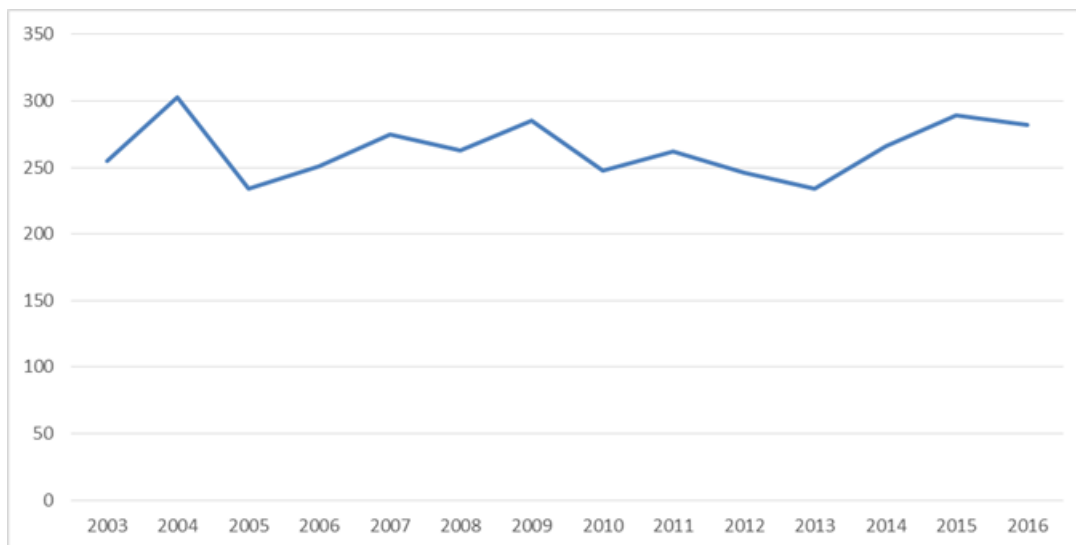
Narkotikautløste dødsfall i Norge i 2016

Antall narkotikautløste dødsfall gikk ikke opp fra 2015 til 2016. Den hyppigste dødsårsaken er ikke lenger heroin, men andre opioider, som de legale legemidlene morfin, kodein og oxycontin. Ca. 80 prosent av dødsfallene i 2016 skyldtes overdoser.

282 narkotikautløste dødsfall ble registrert blant bosatte i Norge i 2016 mot 289 i 2015 og 266 i 2014 (234 i 2013). Andelen kvinner blant de avdøde (31 prosent) var noe høyere enn gjennomsnittet de fem årene før (25 prosent 2011-2015). Se Dødsårsaksregisterets statistikkbank tabell D12 for tall for tidligere år.

I perioden 2003 til 2016 har dødstillene variert rundt et relativt stabilt gjennomsnitt på 264 dødsfall per år, se figur 1. I samme periode har også andelen narkotikautløste dødsfall målt som prosent av befolkningen variert rundt et stabilt gjennomsnitt (8.3 personer per 100 000 personer 15-64 år).

Figur 1 Narkotikautløste dødsfall i perioden 2003 – 2016. Norge.

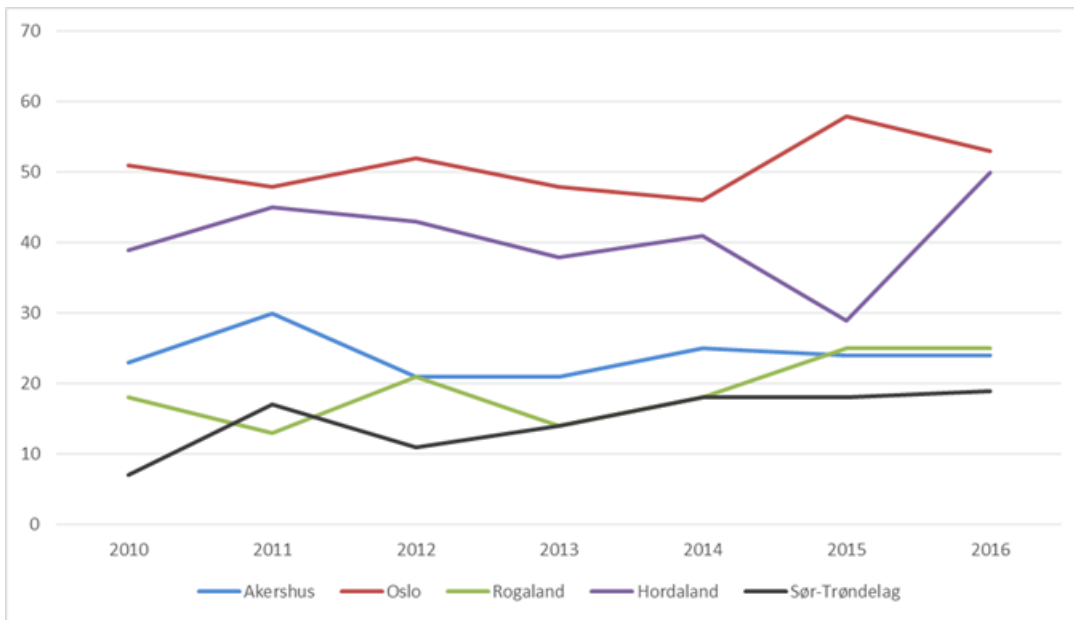


Gjennomsnittsalderen til de døde har økt jevnt fra 36 år i 2006 til 44 år i 2016. I 2016 var gjennomsnittsalderen for avdøde menn 42 år og for avdøde kvinner 49 år.

Blant bosatte i Oslo ble det registrert 53 narkotikautløste dødsfall i 2016, mot 58 i 2015 og 46 i 2014. Blant bosatte i Hordaland ble det registrert 50 slike dødsfall, sammenlignet med 29 i 2015, og 41 i 2014.

I de mest folkerike fylkene med eller nær store byer vil det være flest dødsfall. I disse områdene er det mulig å se noen trender, men det kan forekomme tilfeldige variasjoner på samme måte som på landsbasis. Figur 2 viser antall dødsfall i de fem fylkene som hadde flest slike.

Figur 2 Narkotikautløste dødsfall i Oslo, Akershus, Rogaland, Hordaland og Sør-Trøndelag 2010-2016

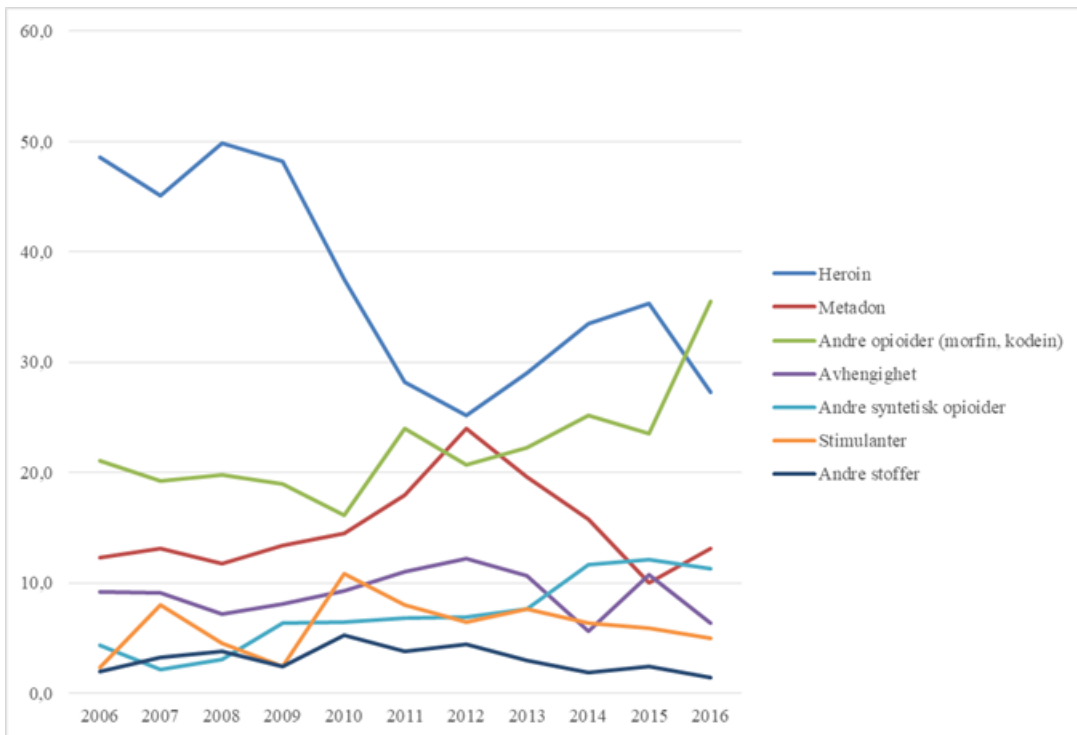


Narkotikautløste dødsfall: dødsårsak fordelt etter type stoff

Narkotikautløste dødsfall kan deles inn i tre hovedgrupper: overdoser (forgiftningsulykker), selvmord og avhengighet (psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser som følge av rusmiddelbruk). Av de 282 dødsfallene i 2016 var 220 dødsfall overdoser, 44 selvmord og 18 dødsfall hvor avhengighet var dødsårsak. Fordelingen mellom disse tre gruppene av dødsfall har holdt seg stabil de siste årene: ca. 80 prosent overdoser, ca. 10 prosent selvmord og ca. 10 prosent avhengighet.

Samlet sett var 87 prosent av dødsfallene knyttet til bruk av opioider i 2016, en samlebetegnelse for naturlige og syntetiske stoffer med opphav i opium. For første gang er ikke heroin lenger den hyppigste dødsårsaken. Inndelingen etter type opioider var som følger: andre opioider, som legemidlene morfin, kodein og oxycontin (35 prosent), heroin (27 prosent), metadon (13 prosent) og syntetiske opioider som eksempelvis buprenofin, fentanyl og petidin (11 prosent). Utviklingen siden 2007 er beskrevet i figur 3. Vi vet ikke om stoffene som forårsaket dødsfallet var legalt forskrevet av lege (som for eksempel metadon i legemiddelassistert rehabilitering, eller andre smertestillende medikamenter) eller kjøpt illegalt (som heroin).

Figur 3 Dødsårsak 2006-2016. Narkotikautløste dødsfall. Prosent

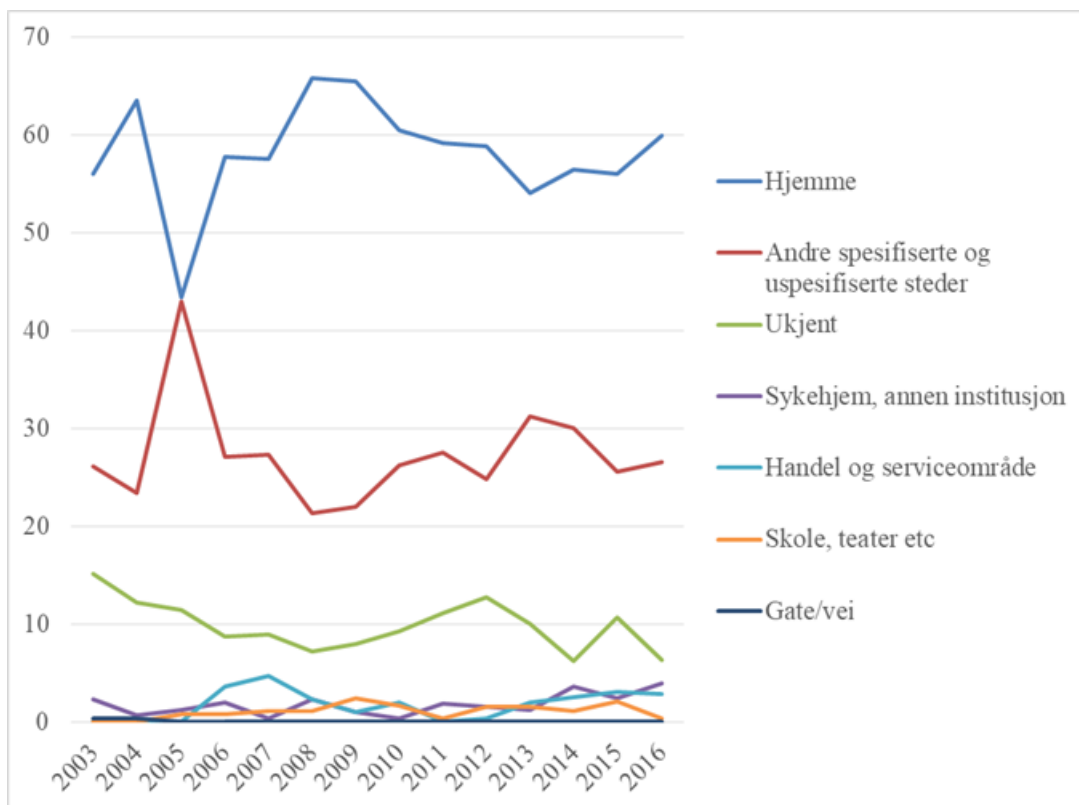


De fleste forgiftningsdødsfall inkluderer obduksjon, og som hovedregel påvises flere narkotiske stoffer og legemidler. Det kan være vanskelig å avgjøre om døden skyldes inntak av et enkelt stoff eller kombinasjonsbruk av flere stoffer

Skadested

Hovedandelen av de narkotikautløste dødsfallene forekommer hjemme. 60 prosent av de 282 som døde i 2016 var hjemme da forgiftningen skjedde. Andelen som døde hjemme har vært relativt stabilt siden 2003, bortsett fra i 2005 hvor det var like mange som ble funnet andre spesifiserte eller uspesifiserte steder.

Figur 4 Skadested 2003-2016. Prosent



Mulige forklaringer til trenden på 2000-tallet

Narkotikautløste dødsfall er i over 90 prosent av tilfellene knyttet til akutte forgiftninger. Trender vil da være knyttet til om det har vært endringer i hvor mange som inntar narkotika på en risikofylt måte (injisering i blodåre er mest risikofylt), tilgang på stoffer og uventet høyere renhetsgrad av stoffet. Personer som har pause i bruken (i fengsel, i behandling, selvvalgt pause) og så tar inn en vanlig dose etter pausen, er utsatt for en forhøyet risiko. Periodevis redusert almenntilstand, samt sykdommer og svekkelser som ofte kan være knyttet til aldring, har også betydning. Lokale tilbud med hjelp til reduksjon av inntak av stoff og en mindre risikofylt inntaksmåte kan være viktig, i tillegg til et godt botilbud, helsehjelp og rehabilitering.

Med så mange ulike faktorer som påvirker risiko for dødsfall, er det ikke uventet at antall rusmiddelutløste dødsfall varierer fra det ene året til det neste uten at dette kan knyttes til en spesifikk årsak, spesielt innen enkeltkommuner eller i fylker med få dødsfall. Helsedirektoratets oppstart av overdosestrategien kan ikke forventes å ha hatt synlig effekt på landsbasis på så kort tid. Oslo, som er en av forsøksbyene, har trolig en noe avtagende gruppe personer som injiserer, men de blir eldre. Høyere alder medfører en noe høyere og mer sammensatt risiko for narkotikautløst dødsfall.

Definisjon av dødsårsak ved narkotikautløste dødsfall

Dødsårsakene er kodet etter ICD-10 som er Verdens helseorganisasjon sin internasjonale sykdomsklassifisering. Utvalg av dødsårsaker for narkotikautløste dødsfall er i henhold til EUs narkotikabyrå sin definisjon. Definisjonen omfatter dødelige forgiftninger ved bruk av narkotiske stoffer som utløsende dødsårsak, samt dødsfall knyttet til avhengighet av narkotika (Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser som følge av rusmiddelbruk). Det er denne definisjonen som ligger til grunn ved europeiske sammenligninger av narkotikautløste dødsfall. Kilde er en analyse av tall fra Dødsårsaksregisteret ved Folkehelseinstituttet, publisert 13. desember 2017.

Inntak av narkotika kan ha betydning også ved andre dødsfall, for eksempel ved sykdommer som smitter ved sprøytebruk (Hepatitt og HIV) og ved trafikkulykker og annen voldsom død. Slike dødsfall er ikke medregnet i tallene som blir presentert her.

Kommunale tiltak rettet mot personer som bruker narkotika

Kommunen har ansvar for å yte nødvendige helse- og sosialtjenester til personer med rusmiddelproblemer. Artikkelen beskriver kommunale tiltak rettet mot brukere med rusproblemer og/eller psykiske helseproblemer, og litt om mottakerne av slike tjenester.

Hovedpunkter

- I 2017 deltok 267 kommuner i kartleggingen av mottakere av helse- og sosialtjenester og som hadde rusmiddelproblemer, inklusive alkoholproblemer. 73 % av mottakerne hadde en permanent og tilfredsstillende bosituasjon, mens 8 % var bostedsløse. Resten hadde en annen utilfredsstillende bosituasjon.
- I samme undersøkelse injiserte 16 % av mottakerne rusmidler.
- I Oslo har det vært sprøyterom siden 2005. I 2016 var det 861 brukere av rommet, hvorav 30 % var kvinner.
- I Bergen ble det etablert sprøyterom i 2016. I 2017 ble det registrert 264 nye brukere, herav 19 % kvinner
- Utdeling av brukerutstyr i 2016 var mest utbredt i større kommuner og i kommuner med en relativt omfattende rusproblematikk. Men 19 større kommuner (over 20 000 innbyggere) med en relativt omfattende rusproblematikk delte ikke ut utstyr for injisering
- Det har vært en stor økning i antall forespørsler til RUStelefonen siden 2014

Bakgrunn

Det har foreligget begrenset informasjon om det kommunale helse og sosialtjenestetilbudet til personer med rusmiddelproblemer, og også bruk av slike tjenester. Dette gjelder eksempelvis lavterskel helsetjenester, tilrettelagte overnattings- og botilbud, sprøyteutdeling osv. BrukerPlan (se nedenfor) dekker etter hvert mange kommuner og har forbedret informasjonstilgangen (Hustvedt et al. 2018).

BrukerPlan

BrukerPlan er et verktøy for kommuner som ønsker å kartlegge omfanget av tjenestemottakere med rusproblemer og/eller med psykiske helseproblemer. BrukerPlan kartlegger personer som er registrert med kommunale helse- og omsorgstjenester eller kommunale NAV-tjenester og som fagpersonene vurderer som å ha et rusproblem og/eller psykisk helseproblem. En viktig del av kartleggingen beskriver mottakernes daglige fungering på åtte levekårsområder: bolig, meningsfull aktivitet, økonomi, fysisk helse, psykisk helse, rusmiddelbruk, sosial fungering og nettverk.

I gjennomføringen av kartleggingene samarbeider Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning, Helse Vest (KORFOR) nært med de regionale kompetansesentrene for rusfeltet (KoRus-ene). I forbindelse med kartlegging av mottakere med psykiske helseproblemer er det et samarbeid mellom KORFOR og Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, NAPHA.

I 2017 deltok 267 kommuner i kartleggingen av mottakere av helse- og sosialtjenester og som hadde rusmiddelproblemer, inklusive alkoholproblemer (Hustvedt et al. 2018). 73 % av mottakerne hadde en permanent og tilfredsstillende bosituasjon, mens 8 % var bostedsløse. Resten hadde en annen utilfredsstillende bosituasjon. Blant mottakerne injiserte 16 % rusmidler. Rapporten fra undersøkelsen viser også mottakernes bruk av kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester (Tverrfaglig spesialisert behandling/TSB). Halvparten mottok slik spesialisthelsetjeneste, og 40 % av disse var i legemiddelassistert rehabilitering (20 % av alle mottakere). Det ble anslått at 20 % hadde et alvorlig psykisk helseproblem kombinert med et rusproblem.

Vi henviser til rapporten for mer informasjon (Hustvedt et al. 2018).

Sprøyterom

I desember 2004 vedtok Stortinget en midlertidig lov og forskrift om prøveordning med lokaler for injisering av narkotika – Sprøyteromsloven. Loven ble gjort permanent i 2009 og gir kommunene anledning til å etablere sprøyterom. Ordningen skal godkjennes av Helse- og omsorgsdepartementet. For å bli registrert som bruker av ordningen, må en være fylt 18 år og bruke heroin på en risikofyllt og skadelig måte/være avhengig av heroin over lang tid. Ordningen er begrenset til injisering av heroin som skal framvises for de ansatte.

Oslo kommune var den første kommune som valgte å ta i bruk ordningen. Sprøyterommet i Oslo har vært i drift siden 1. februar 2005. Åpningstiden har stadig blitt utvidet og fra september 2013 har åpningstiden vært kl. 9-21.30 mandag til fredag og kl. 10-16 i helgene. De ansatte i sprøyterommet registrerer systematisk bruken av tjenesten. Tabell 1 viser noen nøkkeltall. Det har vært en jevn økning i antall registrerte brukere fra 300 i 2005 til 2 936 i 2015. Økningen må ses i sammenheng med økningen i kapasitet. Økningen i antall registrerte brukere har vært lavere de siste tre år enn i de foregående.

Antall personer som faktisk har brukt ordningen i de enkelte år, økte naturlig nok i de første årene, men ble etter hvert langt lavere enn antall registrerte brukere. Av de snaut 3 000 brukere som var registrert i 2016, var det i underkant av 900 som hadde brukt tjenesten. Antall injeksjoner per år økte jevnt fra noe over 8 000 i 2005 til noe over 36 000 i 2013, for så å falle til 2016 (se tabell 1). I 2016 ble det i gjennomsnitt satt ca. 90 injeksjoner per dag. Selv om vi ikke vet hvor mange injeksjoner som settes i Oslo i løpet av en dag, er det grunn til å tro at sprøyterommet bare dekker en begrenset andel av disse.

Andel overdoser i sprøyterommet var i mange år relativt stabil med omkring 0,6 % av alle satte injeksjoner. I 2014 og 2015 ser vi imidlertid at det var en økning til hhv. 0,76% og 0,95%. Det kan ikke påstås at det var et fall i antall overdoser per injeksjon fra 2015 til 2016, selv om målingen viser en nedgang (ikke signifikant). Ingen av overdosene har ført til dødsfall.

År	Antall registrerte brukere totalt*	Antall brukere per år**	Antall injeksjoner	Antall ganger ringt 113	Andel ikke fatale overdoser av alle injeksjoner
2005	300	277	8 318	35	0,42 %
2006	400	297	8 101	36	0,44 %
2007	674	486	11 654	70	0,60 %
2008	1224	923	19 480	122	0,62 %
2009	1665	***	25 940	155	0,60 %
2010	2211	1484	28 368	164	0,58 %
2011	2556	1539	29 204	155	0,53 %
2012	2775	1557	33 741	196	0,58 %
2013	2838	1339	36 138	221	0,61 %
2014	2898	1212	35 392	270	0,76 %
2015	2936	987	35 223	333	0,95 %
2016	2983	861	33140	294	0,88 %

* Antall brukernummer delt ut fra sprøyterommet åpnet i 1.2.2005.

** Antall som faktisk har brukt sprøyterommet per år.

*** Antall brukere for 2009 foreligger ikke.

Tabell 1: *Bruk av sprøyterommet i Oslo 2005-2016.*

Antall registrerte og faktiske brukere, antall injeksjoner, antall ganger ringt 113 og andel ikke fatale overdoser av alle injeksjoner. Kilde: Oslo kommune/Velferdsetaten

Evaluering av sprøyterommet i Oslo ble gjennomført av Statens institutt for rusmiddelforskning i 2007 (Olsen og Skretting 2007) og i 2009 (Olsen og Skretting 2009). I begge rapportene ble det påpekt at sprøyteromsordningen kunne sies å ha bidratt til økt verdighet for målgruppen. Likeledes ble det påpekt at sprøyterommet hadde bidratt til økt mulighet for helse- og sosialfaglig oppfølging, og trolig også til bedre sprøytehygiene. Det var imidlertid ikke grunnlag for å si at ordningen hadde hatt noen innvirkning på omfanget av overdoser og overdosedødsfall. Et overordnet formål med sprøyteromsordningen var å gi tungt belastede narkotikabrukere skjermede og rene omgivelser for å sette sprøyter under veiledning av helsepersonell. Det ble ikke oppnådd i den forstand at sprøyterommet i 2009 bare hadde kapasitet til å dekke en liten brøkdel av de injeksjoner som ble satt i Oslo i løpet av et døgn. Etter 2009 er åpningstidene utvidet.

Sprøyterommet i Bergen kommune ble opprettet 23.12.2016. I 2017 ble det registrert 264 nye brukere av rommet, herav 50 kvinner (19 %). Det ble i snitt injisert nesten 9 ganger per dag, i alt 3191 injiseringer. Personalet har måttet avvise 60 henvendelser fra personer som ikke oppfylte kriteriene for bruk av rommet, ved at de har hatt med seg andre stoffer enn heroin eller har ønsket å røyke heroinen. Det gis mer informasjon i årsrapporten for 2017 (Bergen kommune 2018).

I 2018 har Regjeringen forslått å endre begrepsbruken i loven og forskriften fra «sprøyterom/ sprøyteromsordning» til «brukerrom/ brukerromsordning». Det er også foreslått å åpne for at flere narkotiske stoffer enn heroin skal kunne injiseres i brukerrom, og at personer skal kunne gis opplæring i å inhalere heroin. Saken er på høring til 27. august.

Utdeling av utstyr for skadereduksjon

Utdeling av brukerutstyr til personer med rusproblemer har som formål å redusere skader og sykdommer, for eksempel smittsomme sykdommer som hepatitt og HIV. Brukerutstyr kan være utstyr for injisering eller røyking av rusmidler, naloxon neseppray, kondomer/glidemiddel eller tannbørster. Noen kommuner deler også ut utstyr til sårstell, klær og pustemaske til hjertelungeredning.

Folkehelseinstituttet (tidligere SIRUS) har i mange år innhentet tall om sprøyteutdeling fra de største kommunene og rapportert til det Europeiske monitoreringscenter for narkotika og narkotikaavhengighet (EMCDDA). I 2015 ble det delt ut ca. 2.5 millioner sprøyter i 17 kommuner (Country Drug report 2017). I disse kommunene utgjorde dette ca. 1 sprøyte per innbygger per år.

På oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomførte Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR) en elektronisk spørreskjemaundersøkelse i norske kommuner om utdeling av brukerutstyr for skadereduksjon i 2016. Det kom inn svar fra 253 av 428 kommuner. Av 56 kommuner med mer enn 20 000 innbyggere var det sju kommuner som ikke svarte. Av de kommunene som besvarte spørreskjemaet var det 192 som også hadde levert informasjon i BrukerPlan (se over).

I rapporten fra KORFOR er det trukket fram fem hovedfunn fra 2016 (teksten er noe nedkortet):

1. Utdeling av utstyr er mest utbredt i større kommuner og i kommuner med en relativt omfattende rusproblematikk (kartlagt gjennom BrukerPlan).
2. 19 større kommuner (over 20 000 innbyggere) med en relativt omfattende rusproblematikk deler ikke ut utstyr for injisering.
3. Et stort antall små kommuner svarer at de ikke har behov for å dele ut utstyr. Men 108 små kommuner som hverken deler ut utstyr for skadereduksjon eller sier at de har behov for det, rapporterer samtidig at de har rusmiddelbrukere som injiserer (samlet 168 personer). Dette tyder på at det finnes et behov for rent utstyr.
4. 58 kommuner har behov for å dele ut mer og annet utstyr enn det som ble delt ut i 2016. Det er særlig nalokson neseppray som en ønsker å dele ut.
5. De fleste som deler ut utstyr har kunnskap om bruken. 67 kommuner rapporterer om mangelfull kunnskap.

I 19 kommuner ble det delt ut utstyr for røyking av heroin. I Oslo startet utdeling av røykefolie i 2011, men det ble gjort bedre tilgjengelig på det norske markedet i 2016.

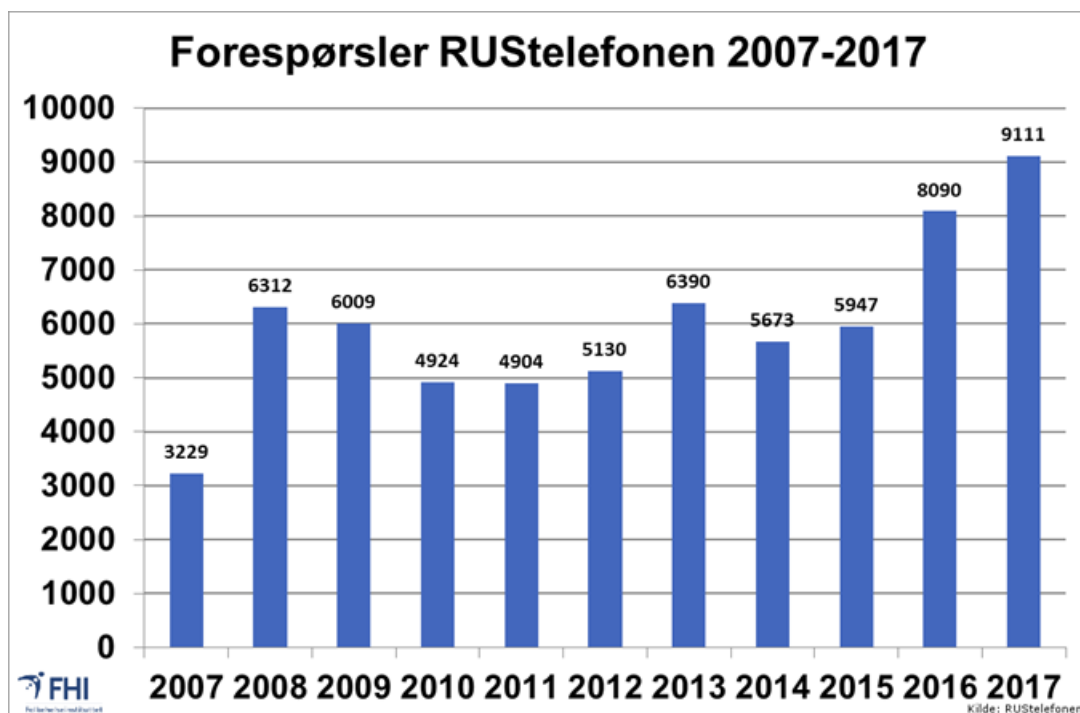
Se mer informasjon i rapporten fra KORFOR (Hustvedt og Nesvåg 2017). Det er foretatt/planlagt oppfølging av undersøkelsen i 2017-2019.

Andre tjenester

RUStelefonen

RUStelefonen ble etablert i 2002 og er en nasjonal opplysningstjeneste om rusmiddelproblematikk. Tjenesten finansieres av Helsedirektoratet og driftes av Velferdsetaten i Oslo kommune og er ment å være et supplement til det øvrige hjelpeapparatet. Den kan nås via telefon, chat, Internett, via Klara-Klok.no og Ung.no. Målgruppen er ungdom som eksperimenterer/prøver ut rusmidler, og pårørende som er bekymret for familiemedlemmers bruk av rusmidler. Det gis informasjon om ulike rusmidler, råd og veiledning om hjelpetjenester og behandling.

Figur 1 viser antall behandlede forespørsler for årene 2007 – 2017. Det har vært en stor årlig økning hvert år de siste 3 år. Fra 2014 til 2015 økte antall forespørsler med 5 %, fra 2015 til 2016 med 36 % og fra 2016 til 2017 med 13 %. Hovedtyngden av forespørsler kom fra personer som brukte rusmidler (48 % i 2017), mens pårørende stod for 36 % samme år. Andre henvendelser kom fra venner, profesjonelle, arbeidsgivere mm. (RUStelefonen 2017). Ubesvarte henvendelser (forsøk på å nå tjenesten utenfor åpningstiden, eller det at folk legger på igjen hvis de må stå i kø), administrative henvendelser mv. er fjernet fra oversikten vist i figur1, slik at det reelle antallet henvendelser er enda høyere (4,3 % i 2017).



Figur 1: Antall forespørsler behandlet av RUStelefonen 2007-2015 Kilde: RUStelefonen

Andre datagrunnlag om kommunal aktivitet

Til orientering nevnes to datagrunnlag som viser kommunal aktivitet overfor personer med rusmiddelproblemer.

SINTEF samler på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet inn data fra alle kommuner om deres arbeid med psykisk helse- og rusproblematikk. Det rapporteres som årsverk, kompetanse og

innhold i tjenesten (Ose og Kaspersen 2017). Slik informasjon er ikke tatt inn her.

Kommunalt pasient og brukerregister (KPR) skal bygges trinnvis og skal inneholde data fra alle tjenester som er nevnt i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Registeret har vært i teknisk produksjon fra 1. desember 2017, og ble offisielt åpnet 5. april 2018. Hovedformålet for KPR er å gi sentrale og kommunale myndigheter grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstjenester. I tillegg skal opplysningene kunne brukes til kvalitetsforbedring, forebyggende arbeid, beredskap, analyser, forskning og nasjonal kjernejournal. KPR Foreløpig inneholder registeret lite om personers rusmiddelbruk og de tiltak og tjenester som de mottar (Helsedirektoratet 2018). Derfor er informasjon fra dette registeret ikke tatt inn her.

Referanser

Bergen kommune (2018) Sprøyterommet. Rapport for 2017

Country Drug report, Norway (2017) Harm reduction section EMCDDA

Helsedirektoratet (2018) Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)

Hustvedt I.B. og Nesvåg S. (2017) Utdeling av utstyr for skadereduksjon ved rusmiddelbruk. Kommuneundersøkelse 2016. KORFOR rapport 1/2017

Hustvedt I.B., Lie T., Håland M. E., Stevenson B. og Nesvåg S. (2018) Brukerplan – årsrapport 2017. Helse Stavanger/Stavanger universitetssjukehus

Olsen H. og Skretting A. (2007) Hva nå? Evaluering av prøveordning med sprøyterom SIRUS rapport 7/2007 Oslo

Olsen H. og Skretting A. (2009) Nye lokaler – nye resultater? Videreført evaluering av sprøyteromsordningen i Oslo. SIRUS rapport 7/2009 Oslo

Ose S.O. og Kaspersen S. (2017) Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2017: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene. SINTEF

RUStelefonen (2017). Årsrapport 2017

Skrevet av: Astrid Skretting og Ellen J. Amundsen

Behandling for narkotikaproblemer i spesialisthelsetjenesten

Omfang og utvikling i antall pasienter som er i behandling for narkotikaproblemer/avhengighet i spesialisthelsetjenesten i Norge. Beskrivelse av omsorgsnivå – døgntilrettelagt behandling og poliklinisk behandling – samt kjønns- og aldersfordelingen blant pasientene. Oversikt over nye pasienter etter hoveddiagnose, kjønn og alder.

Hovedpunkter

- 18 500 pasienter var i behandling med en avhengighetsdiagnose ved narkotikaproblemer i 2017
- Økningen i antall slike pasienter var 24 % fra 2010 til 2017
- Antall pasienter med opiattdiagnose økte med 59 % i samme periode. Samtidig ble antall pasienter med hoveddiagnose «flere samtidige rusmiddelproblemer/flere stoffer» redusert
- Antall pasienter med cannabisdiagnose økte fra ca. 2 500 i 2010 til ca. 3 600 i 2017
- Blant pasienter som kom i behandling for første gang med en avhengighetsdiagnose for narkotikaproblemer i 2017 var det flest med cannabisdiagnose (37 %), deretter diagnosen «flere samtidige rusmiddelproblemer/flere stoffer» (25 %)
- Nye cannabispasienter er klart yngst. Over halvparten var under 25 år og 75 % var under 30 år

Behandlingstilbudet

De fire regionale helseforetakene har ansvar for at det finnes et nødvendig behandlingstilbud for personer med rusmiddelproblemer/avhengighetsdiagnose i de respektive helseregionene. Ansvarer omfatter så vel poliklinisk behandling som dag- og døgntilrettelagt behandling og kan gis i egne helseforetak eller gjennom private avtalepartnere. I Norge har hjelpe- og behandlingstilbudet til personer med rusmiddelproblemer tradisjonelt hatt et stort innslag av private aktører.

Tilbudet om døgntilrettelagt behandling finnes stort sett innen den delen av spesialisthelsetjenesten som er gitt betegnelsen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelproblemer (TSB), men det gis også døgntilrettelagt behandling for rusmiddelproblemer innen psykisk helsevern (PHV). Når det gjelder det polikliniske behandlingstilbudet, er dette dels organisert innen TSB, dels som en del av PHV.

Pasientrettighetsloven gir rett til fritt sykehusvalg. På samme måte er personer med rusmiddelproblemer gitt rett til fritt valg av behandlingssted. Valget omfatter behandlingssenheter i hele landet som inngår i de regionale helseforetakenes behandlingstilbud. Retten til fritt valg er med andre ord ikke begrenset til den helseregion hvor en som pasient "hører hjemme". Retten til fritt valg av behandlingssted omfatter imidlertid ikke valg av behandlingssnivå. En pasient som er

gitt rett til å motta behandling for sine rusmiddelproblemer, kan eksempelvis ikke velge institusjonsbehandling hvis han eller hun er gitt rett til poliklinisk behandling.

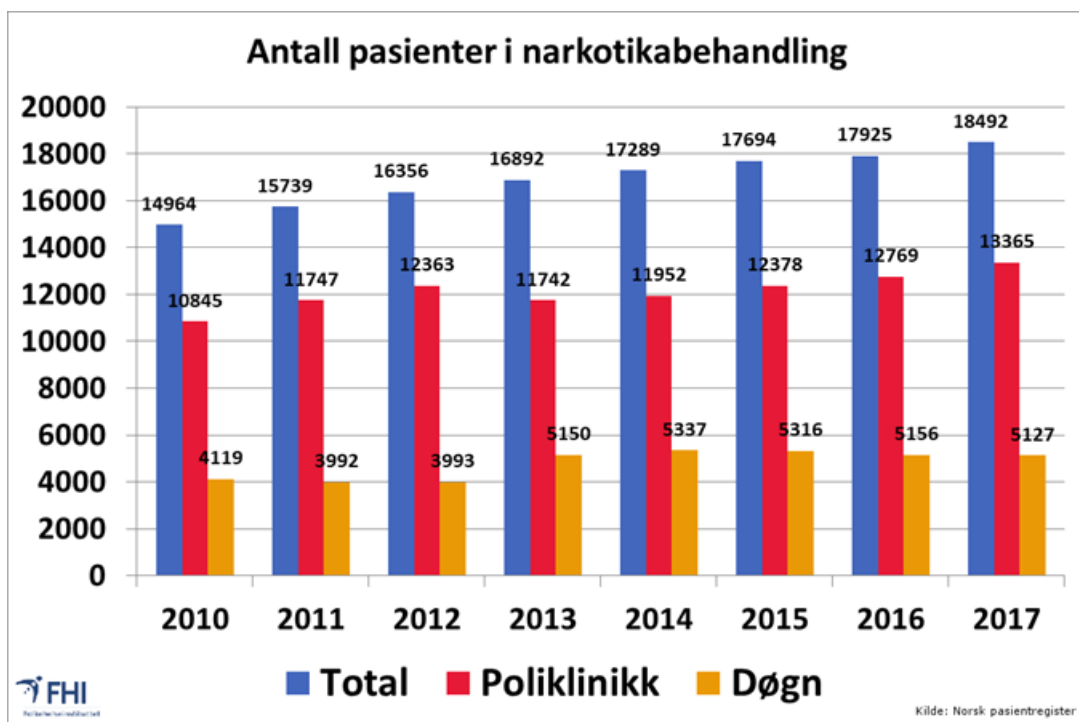
Mer informasjon finner du i disse artiklene:

- Behandling for rusmiddelproblemer – en kortfattet historisk oversikt,
- Lovgivning vedrørende tjenestetilbudet til personer med rusmiddelproblemer
- Tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke ved risikofylt rusmiddelbruk.

Antall pasienter

Fra 2010 har Folkehelseinstituttet tilgang til individbaserte data fra Norsk pasientregister (NPR) om pasienter i behandling for narkotikaproblemer/avhengighet og beroligende legemidler med avhengighetspotensiale (sedativer). Pasienter med opphold og poliklinikkbesøk ved ulike enheter innen TSB og PSV blir dermed ikke telt dobbelt slik som tidligere. I NPR registreres hoveddiagnose (hovedtilstand). Hoveddiagnosen som beskriver narkotikarelaterte avhengighet omfatter her både pasienter i enheter innen TSB og innen PHV. Pasienten er telt innenfor den diagnosen som vedkommende har vært til flest konsultasjoner for, evt første diagnose på året hvis flere hovedtilstander har samme antall konsultasjoner. Dekningsgraden av fødselsnummer var ikke like god i 2009 (95,2 prosent) som i 2010 (99,5 prosent). Det presenteres derfor ikke tall for pasienter i 2009.

Som det framgår av figur 1, var det ifølge NPR en økning fra nesten 15 000 individuelle pasienter i 2010 til nesten 18500 i 2017. Av disse var omkring 1/3 i døgntil behandling. Antall pasienter i døgntil behandling økte med 24 %, fra 4 119 i 2010 til 5 127 i 2017. Det var samtidig en økning i antall pasienter i poliklinisk behandling med 23 %, fra snaut 11 000 i 2010 til over 13 000 i 2017.



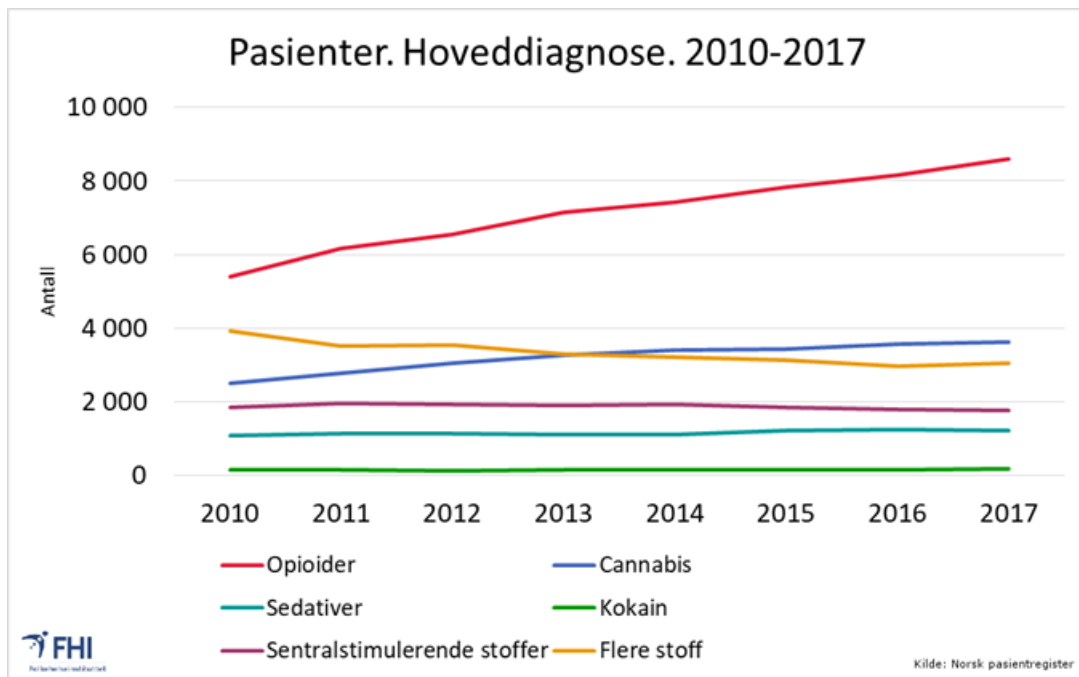
Figur 1:

Pasienter i behandling i spesialisthelsetjenesten for narkotikaproblemer/avhengighet. Døgnbehandling og poliklinisk/dagbehandling (TSB og PHV), 2010-2017. Antall.

Kilde: Norsk pasientregister

I 2017 var, som nevnt, nesten 18 500 pasienter i behandling for narkotikaproblemer og problemer med bruk av beroligende stoffer (sedativer) i spesialisthelsetjenesten. Personene er identifisert via diagnosesystemet International classification of diseases (ICD-10), hoveddiagnosekoder F11-F16, F18 og F19. Alle kodene betegnes som «psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av et narkotisk stoff». Mange bruker betegnelsen «avhengighet». Av disse var den største gruppen – 8 589 (46 %) - i behandling for opiat. Den nest største gruppen var cannabispasienter med 3 614 (20 %). Veldig få var i behandling for bruk av kokain (180), hallusinogener (48) og løsemidler (6). Se Vedleggstabell 6.1 som gir en mer detaljert oversikt over fordeling på ulike hoveddiagnoser/type narkotisk stoff etter ICD-10 koder.

Alt i alt har det vært en 24 % økning i antall pasienter fra 2010 til 2017. Den største økningen (59 %) har kommet ved behandling for bruk av opiat, fra 5 412 pasienter i 2010 til 8 589 pasienter i 2017 (Figur 1). Samtidig har det vært en nedgang i antallet pasienter som får hoveddiagnosen «Flere stoffer», fra 3 925 i 2010 til 3 049 i 2017. Dette er trolig delvis et resultat av bedre diagnosesetting. Antallet pasienter i cannabisbehandling har økt med 44 % i perioden, fra 2 504 i 2010 til 3 614 i 2017.

**Figur 2:**

Antall pasienter i behandling for ulike narkotikaproblemer/avhengighet (hoveddiagnose ICD-10 koder F11-F15, F19) i spesialisthelsetjenesten. 2010-2017. Data i Vedleggstabell 6.1

Kilde: Norsk pasientregister

Alt i alt var 69 % av pasientene i behandling for narkotikaproblemer menn i 2017. Menn er i overvekt for alle hoveddiagnoser, unntatt sedativer der 45 % er menn. Størst overvekt av menn er det i behandling for kokainproblemer der 84 % av pasientene er menn. Andelen menn har vært veldig stabilt i perioden 2010 til 2017.

Snaut en tredjedel av pasientene med hoveddiagnose narkotikaproblemer er i 20-årene (26 %) og en like stor gruppe er i 30-årene (28 %). En fjerdedel av pasientene er i 40-årene, mens kun 5 % er 60 år eller eldre (tabell 1). Det er store forskjeller i aldersfordeling mellom stoffene. 60 % av cannabispasienter er i 20-årene, mens bare 9 % av de som er i behandling for bruk av opiater er i denne aldersgruppen. Den største andelen av de som er 60 år eller eldre er i behandling for bruk av beroligende legemidler (sedativer), der 20 % av pasientene er i denne aldersgruppen.

Aldersfordeling	Opioider	Cannabis	Sedative r	Kokain	Stimulant er	Flere stoffer	Alle pasienter
15-19 år	0	7	0	1	1	3	2
20-29 år	9	60	17	39	27	37	26
30-39 år	26	23	25	42	39	32	28
40-49 år	33	7	19	16	24	17	23
50-59 år	25	3	18	2	9	8	16
60 år eller eldre	7	1	20	0	1	3	5
I alt	100	100	100	100	100	100	100

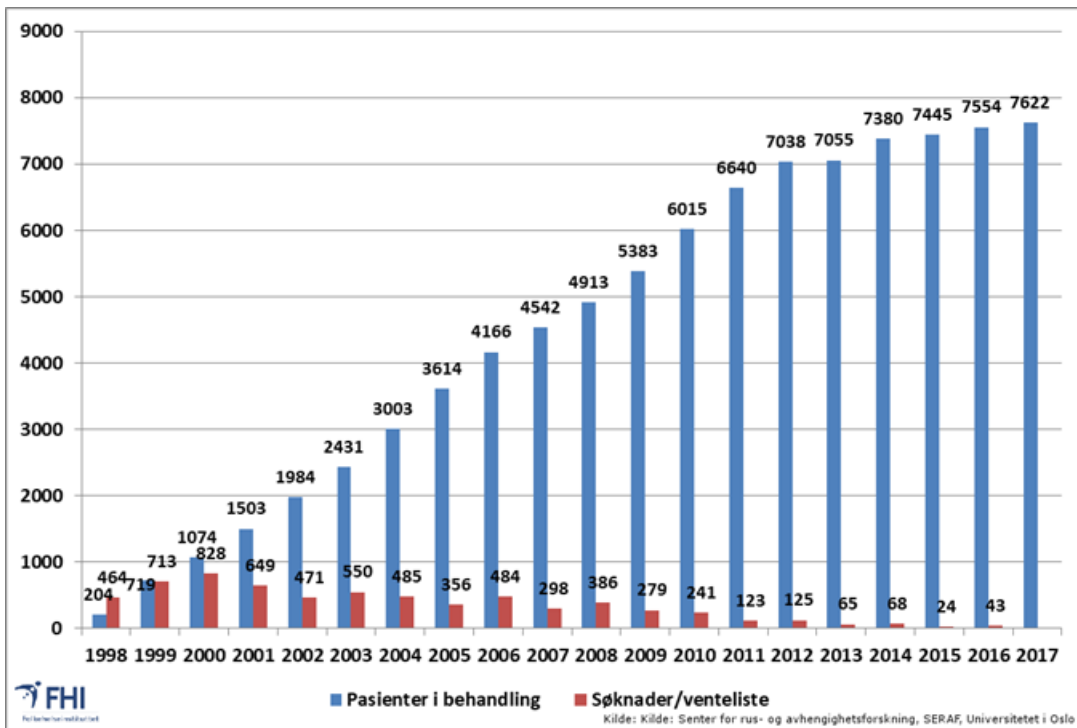
Tabell 1: Aldersfordeling blant pasienter i behandling for ulike narkotikaproblemer/avhengighet (ICD-10 koder F11-F15, F19) i spesialisthelsetjenesten. 2017 Prosent

Legemiddelassistert rehabilitering

Pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) utgjør en vesentlig del av pasientene som er i behandling for narkotikaproblemer. Etter at substitusjonsbehandling i 1998 ble et permanent landsdekkende tilbud, har antall pasienter i slik behandling økt nærmest eksplodivt. Fra at det ved tusenårsskiftet var omkring 1000 pasienter i substitusjonsbehandling, var antallet ved utgangen av 2016 i overkant av 7 500 (figur 3). Andelen kvinner har de siste 5 årene ligget stabilt på 30 %, mens gjennomsnittsalderen har økt noe fra 42 år i 2011 til 44,9 år i 2017 (Waal et al. 2018).

De første årene substitusjonsbehandling for opiatproblemer var tilgjengelig i Norge, var det mange som sto på venteliste for å få sin søknad vurdert eller for å påbegynne behandlingen. I de senere år er dette antallet betraktelig redusert og som det framgår av figur 3 var det ifølge rapporteringen ikke venteliste ved utgangen av 2017.

Datagrunnlaget for antall pasienter i LAR har delvis vært et annet enn for Norsk Pasientregister og har vært individbasert i hele perioden fra 1998. Fra 2009/2010 skal det være samsvar mellom NPR og LAR for nye pasienter, men alle tidligere pasienter i LAR er ikke nødvendigvis registrert i NPR.

**Figur 3:**

Antall pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og antall søknader/på venteliste 1998-2017 Kilde: Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF, Universitetet i Oslo

Nye pasienter med narkotikaproblemer

Mange av pasientene i rusbehandling, spesielt i LAR, har vært i behandling over lang tid. Andre pasienter har behov for flere påfølgende behandlinger (Lauritzen et al 2012). Dermed vil omfanget av hoveddiagnoser og aldersgrupper for personer i behandling gjenspeile situasjonen for personer med rusmiddelproblemer som har vart i lang tid. Nye pasienter i behandling viser i større grad hva som er de mest aktuelle hoveddiagnoser og aldersgrupper hvor rusmiddelproblemer for første gang blir så omfattende at det er nødvendig med hjelp fra spesialisthelsetjenesten.

I 2017 ble det tatt inn 2 690 nye personer i behandling i spesialisthelsetjenesten (TSB/PHV) med en hoveddiagnose «lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av narkotiske stoffer», ICD 10 koder F11-F16, F18, F19. Den vanligste diagnosen var cannabis (989 personer, 37 %), deretter «flere samtidige rusmiddelproblemer/ flere stoffer» (662 personer, 25 %), se Figur 4. Den vanligste hoveddiagnosen for alle pasienter i behandling for rusmiddelproblemer/ avhengighet, opioider (Figur 2), utgjorde bare 11 % blant de nye pasientene (302 personer). Hoveddiagnose kokain utgjorde 3 % (77 personer) og andre stimulanter 10 % (277 personer). Sedativer og hypnotika som hoveddiagnose utgjorde 13 % (359 personer). Én prosent ble tatt inn for problemer med hallusinogener (29 personer) og ingen med flyktige stoffer som hoveddiagnose.

En ny pasient er definert som en pasient tatt inn i behandling i spesialisthelsetjenesten med hoveddiagnose «lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av narkotiske stoffer» i 2017 (ICD 10 koder F11-F16, F18, F19) og som ikke har vært i slik behandling siden før 2009 eller aldri

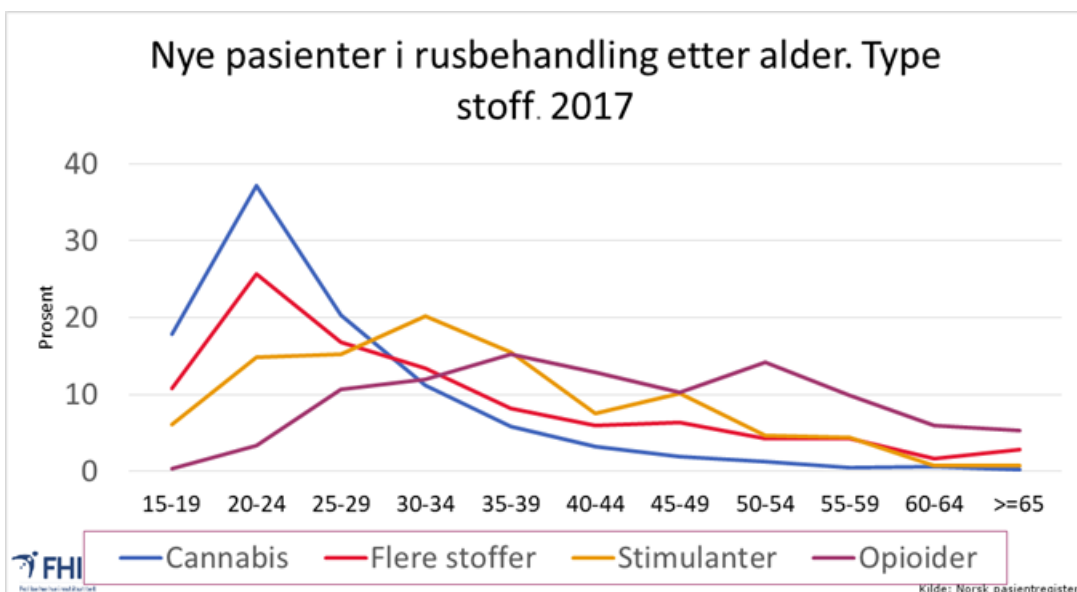
. Vi vet ikke hvor mange som har vært i aktuell behandling før 2009 fordi norsk pasientregister (NPR 2018) ble etablert for denne gruppen i 2009.

**Figur 4:**

Nye pasienter i behandling for narkotikaproblemer/avhengighet (ICD-10 koder F11-F16, F19) i spesialisthelsetjenesten. Hoveddiagnose. 2017. Kilde: Norsk pasientregister

Kvinner utgjorde 20 % av de nye cannabis-pasientene og 42 % av de nye pasienten med opioider som hoveddiagnose. Likedan var 30 % av de nye med stimulerende stoffer kvinner og 34 % av de nye med flere stoffer som hoveddiagnose var kvinner. I gruppen med sedativer som hoveddiagnose (avhengighetsskapende legemidler) utgjorde kvinnene 60 %.

De nye cannabispasientene er klart yngst, se figur 5 og tabell 2. Over halvparten var under 25 år og 75 % var under 30 år. Nye pasienter med 'Flere stoffer' som hoveddiagnose hadde en aldersfordeling som ligner mye på aldersfordelingen for cannabispasienter og minst på aldersfordelingen for nye pasienter med opioider som hoveddiagnose, se figur 5. Vi vet imidlertid ikke hvilke stoffer som ligger i diagnosen 'Flere stoffer'.



Figur 5:

Nye pasienter i behandling for ulike narkotikaproblemer/avhengighet (ICD-10 koder F12, F19, F15, F11) i spesialisthelsetjenesten etter alder. Hoveddiagnose. 2017.

Kilde: Norsk pasientregister

Alder	Cannabis	Flere stoffer	Stimulanter	Opioider	Sedativer
Under 25 år	55	36	21	4	8
Under 30 år	75	53	36	14	18
Over 40 år	8	25	28	59	65

Tabell 2: Aldersfordeling blant nye pasienter i behandling for ulike narkotikaproblemer/avhengighet (ICD-10 koder F12, F19, F15, F11, F13) i spesialisthelsetjenesten

2017. Prosent

Referanser

Lauritzen G., Ravndal E., og Larsson J.(2012) Gjennom 10 år. En oppfølgingsstudie av narkotikabrukere i behandling. Rapport 6/2012, Statens institutt for rusmiddelforskning, Oslo.

NPR (2018) Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelbruk.

Waal H., Bussesund K., Clausen T. og Lillevold P. (2018) Kjønn og alder i LAR. SERAF rapport 1/2018

WHO International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision
<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en> og
<http://www.who.int/classifications/icd/en/>

Skrevet av

Solveig Christiansen og Ellen J. Amundsen

Behandling for rusmiddelproblemer – en kortfattet historisk oversikt

Oversikt over organiseringen av behandling for rusmiddelproblemer i Norge fra ca. 1900 til i dag.

Hovedpunkter

- De første tilbudene rettet mot personer med alkoholproblemer så dagens lys i tiden omkring 1900
- Norge opprettet allerede i 1961 den første spesialklinikk i Europa for personer med narkotikaproblemer (Statens klinikk for narkomane).
- Ved inngangen til 1990-årene fikk fylkeskommunen et samlet ansvar for behandling av personer med alkohol- og narkotikaproblemer
- I 2004 ble behandling for personer med rusmiddelproblemer overført til staten ved de regionale helseforetakene og gitt betegnelsen «Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer», TSB
- Kommunene har beholdt sitt ansvar for å yte andre typer tjenester til personer med rusmiddelproblemer
- Substitusjonsbehandling for opioidavhengighet (Legemiddelassistert rehabilitering/ LAR) har fra 1998 vært en del av det ordinære behandlingstilbudet

Fra at behandling av henholdsvis alkohol- og narkotikaproblemer i utgangspunktet var to ulike systemer, har behandling for rusmiddelproblemer/avhengighet nå i flere år hatt en felles organisering. Derfor omtales temaet samlet. Synet på om misbruk av rusmidler er en sykdom, at den som trenger behandling er pasient og at behandling skal skje i helsetjenesten – eller om misbruk er et produkt av sosiale faktorer og personlig disposisjon, at den som trenger behandling er klient og at behandling skal skje i sosialtjenesten – har skiftet med årene. Vi vil her se litt nærmere på noen utviklingstrekk i organiseringen av behandling for rusmiddelproblemer/avhengighet og framveksten av substitusjonsbehandling.

Innledning

Er risikofylt bruk av rusmidler en sykdom eller et produkt av sosiale faktorer og personlig disposisjon? Er behandling for rusmiddelproblemer et ansvar for helsevesenet eller sosialtjenesten? Er personer som har rusmiddelproblemer pasienter eller klienter? Synet på hva som er årsak til rusmiddelproblemer og rusmiddelavhengighet og hva som er den mest hensiktsmessige organisering av behandling, varierer og har gått i bølger. I Norge har vi sett at organiseringen har gått fra en i hovedsak sentralisert til en desentralisert modell, for så igjen å sentraliseres. Fra at behandling av henholdsvis alkohol- og narkotikaproblemer i utgangspunktet var to ulike systemer, har behandling for rusmiddelproblemer/-avhengighet nå i flere år hatt en felles organisering og ble fra 2004 en del av den statlige spesialisthelsetjenesten. Det kommunale

hjelpetilbudet har også en felles organisering. Dette innebærer at de fleste hjelpe- og behandlingstilbud rettet mot personer med rusmiddelproblemer, ikke er substansspesifikke.

Mer eller mindre parallelt med endringer i organisering, har personer i behandling gått fra å være pasienter til å bli klienter, for så igjen å ende opp som pasienter. Synet på bruk av legemidler i behandlingen har også gått i bølger. Fra at en tidligere var rundhåndet med medikamenter i behandling av alkoholproblemer, kom det en periode med stor skepsis til slik behandling. Dette gjaldt også bruk av metadon i behandling av personer som inntok heroin, noe som gjorde at substitusjonsbehandling for personer med opioidproblemer ikke ble en del av det ordinære behandlingstilbudet før i 1998.

Organisering

Behandlings- og hjelpetilbudet for henholdsvis alkohol- og narkotikaproblemer har noe ulik historie, både med hensyn til hvor lenge slike tilbud har vært tilgjengelige i Norge og hvordan de har vært organisert. Mens de første tilbudene rettet mot personer med alkoholproblemer så dagens lys i tiden omkring 1900, er tilbudet til personer med narkotikaproblemer naturlig nok av nyere dato. Når det gjelder behandlings- og hjelpetiltak rettet mot personer med alkoholproblemer, var det i utgangspunktet organisasjoner som Blå Kors, Hvite Bånd og Lægeforeningen som sto bak. Etter hvert kom staten på banen, og i årene etter 1970 økte statens engasjement i det som ble kalt alkoholistsorgen, både gjennom økte bevilgninger og ved at flere alkoholinstusjoner kom inn under sykehusloven.

Norge hadde allerede i 1961 opprettet den første spesialklinikk i Europa for behandling av narkotikaproblemer (Statens klinikk for narkomane). Hovedtyngden av pasienter var i utgangspunktet de såkalt "klassiske" narkomane, eller voksne pasienter med risikofyllt inntak av morfin eller andre opioider. Da det etter hvert vokste fram et behov for behandling av unge og unge voksne som hadde fått problemer knyttet til bruk av narkotika, så en for seg at behandlingen måtte integreres i det ordinære hjelpeapparatet innen psykisk helsevern. Det ble imidlertid relativt fort klart at den tradisjonelle psykiatrien ikke var innrettet til å ta imot denne nye kategorien pasienter. I begynnelsen av 1970-årene begynte en derfor å utvikle spesielle tilbud for behandling av personer med narkotikaproblemer. Samtidig oppsto det politiske og faglige strømninger som påvirket synet på hvordan unge med slike problemer skulle håndteres. Viktige elementer var at sosiale og psykiske problemer ikke skulle behandles innen rammene for en autoritær medisinsk-psykiatrisk forståelse. Det ble i stedet tatt i bruk en humanistisk psykologisk og pedagogisk tilnærming der likeverdet mellom klient og hjelper og sosialt nettverksarbeid sto sentralt. Synet på personer med narkotikaproblemer endret seg med andre ord fra en tradisjonell sykdomsoppfatning i retning av en sosialpsykologisk forståelse. Ut fra en erkjennelse av at narkotikaproblemer blant unge er et sammensatt problem som krever utradisjonelle tilnærminger, ble det etablert ulike typer tilbud. Viktig i denne sammenheng var oppsøkende virksomheter, psykiatriske ungdomsteam og behandlingskollektiver. Etter hvert kom det også i stand behandlingssenheter basert på andre faglige tilnærminger. Initiativene kom i stor grad fra grupper eller enkeltpersoner som bygget opp institusjoner ved hjelp av statlige og etter hvert fylkeskommunale midler.

Fylkeskommunen får ansvaret

Grunnlaget for den fylkeskommunale organiseringen av behandlingssenheter for rusmiddelproblemer, slik den var i årene før rusreformen trådte i kraft i 2004, ble lagt i lov om fylkeskommunalt ansvar for alkoholistinstitusjoner m.v. av 8. mars 1984. Lov om sosiale tjenester av 13. desember 1991 nr. 81 (sosialtjenesteloven) gikk et skritt videre ved at den ga fylkeskommunen et samlet ansvar for annenlinje behandlingssenheter for personer med rusmiddelproblemer. Dermed fikk fylkeskommunen behandlingsansvar for både alkohol- og narkotikaproblemer. Ut fra sosialtjenesteloven hadde fylkeskommunen ansvar for at det skulle finnes et tilstrekkelig antall institusjonsplasser for å dekke det behov som til enhver tid måtte være tilstede (”sørge for” ansvar). Vektlegging av at kommunen hadde ansvar for å sikre hjelp i nærmiljøet, og ikke bare kunne overlate personer med rusmiddelproblemer til institusjonsbehandling, ble fulgt opp i finansieringsordningen ved at opphold på fylkeskommunale institusjoner under sosialtjenesteloven ble finansiert som en delbetalingsordning mellom kommune og fylkeskommune.

Fylkeskommunen kunne selv eie og drive behandlingssenheter, men kunne også velge å inngå driftsavtaler eller kjøpe enkeltplasser hos private tjenestetilbydere. Behandlingssenheter var i hovedsak regulert av sosialtjenesteloven, men fylkeskommunen kunne også oppfylle sitt «sørge for» ansvar ved å bruke behandlingssenheter regulert av andre lover (sykehusloven). Dette gjaldt i praksis først og fremst polikliniske behandlingssenheter med utspring i psykiatrien (f. eks. de psykiatriske ungdomsteamene), men også enkelte døgninstitusjoner.

Rusreformen

I årene etter tusenårsskiftet gjennomførte Norge store helsepolitiske reformer. Gjennom fastlegereformen (2001) fikk alle landets innbyggere tildelt en fast allmennlege. Ved sykehusreformen (2002) ble ansvar og eierskap for sykehus og annen spesialisthelsetjeneste overført fra fylkeskommunen til staten. Det ble etablert fem (reduert til fire fra 1. januar 2009), statlig eide regionale helseforetak (RHF). De fire regionale helseforetakene skal sørge for at det finnes et nødvendig tilbud om spesialisthelsetjenester til befolkningen i de respektive helseregioner. Sykehusreformen ble i 2004 fulgt opp av den såkalte rusreformen. Gjennom rusreformen ble også behandling for rusmiddelproblemer/-avhengighet overført fra fylkeskommunen til staten ved de regionale helseforetakene. Behandling for rusmiddelproblemer ble dermed en del av spesialisthelsetjenesten. Kommunene beholdt imidlertid sitt ansvar for å yte andre typer tjenester til personer med rusmiddelproblemer.

De regionale helseforetakenes nye ansvar ble gitt betegnelsen ”tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelproblemer” (TSB), og lovreguleringen av aktuelle behandlingssenheter ble overført fra sosialtjenesteloven og sykehusloven til spesialisthelsetjenesteloven. Helse- og omsorgsdepartementet (navneskift 1. oktober 2004) har i rundskriv redegjort for hva de vedtatte endringene medfører (Helsedepartementet, 2004a). Rundskrivet gir også en fortolkning av pasientrettighetslovens bestemmelser og hvordan disse får anvendelse på tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelproblemer. Departementet utarbeidet også et strategidokument rettet til de regionale helseforetakene der de nasjonale perspektiver og strategier i anledning rusreformen ble trukket opp (Helsedepartementet, 2004b). Reformen er ment å sikre at pasientrettigheter for denne gruppen skal ivaretas på en bedre måte enn tidligere. I tillegg til at de skal få behandling for sine rusmiddelproblemer, skal de også få de spesialiserte helsetjenester som er nødvendige for å

redusere somatiske og psykiske plager. Behovet for å sikre et bedre tilbud til personer med samtidig risikofylt rusmiddelbruk og alvorlige psykiske lidelser er spesielt understreket (ibid).

I Norge har hjelpe- og behandlingstilbudet ved rusmiddelproblemer/-avhengighet tradisjonelt hatt et stort innslag av private aktører. Mange av disse hadde driftsavtaler med en eller flere fylkeskommuner. Ved rusreformen overtok de regionale helseforetakene fylkeskommunenes avtaler med private leverandører av behandlingstjenester.

Så lenge behandling for rusmiddelproblemer var regulert av sosialtjenesteloven gikk henvisning via den kommunale sosialtjenesten, og kommunen betalte en egenandel for hver person som var i døgnbehandling i regi av fylkeskommunen. Da slik behandling ble en spesialisthelsetjeneste, tilsa dette at henvisningsretten skulle overtas av legene, slik praksis er for spesialisthelsetjenesten generelt. Med bakgrunn i at mange rusmiddelmissbrukere i liten grad har kontakt med den ordinære helsetjenesten, vedtok imidlertid Stortinget at sosialtjenesten og legene skal være likestilt i å henvise til spesialisert tverrfaglig behandling for rusmiddelproblemer i og utenfor institusjon. Sosialtjenestens rett til henvisning omfatter imidlertid ikke de spesialiserte helsetjenestene innen somatikk og psykisk helsevern.

Pasientrettighetsloven gir rett til fritt sykehusvalg. På samme måte er personer med rusmiddelproblemer gitt rett til fritt valg av behandlingssted. Valget omfatter behandlingssenheter i hele landet som inngår i de regionale helseforetakenes behandlingstilbud. Retten til fritt valg er med andre ord ikke begrenset til den helseregion hvor en som pasient "hører hjemme". Retten til fritt valg av behandlingssted omfatter imidlertid ikke valg av behandlingsnivå. En pasient som er gitt rett til å motta behandling for sine rusproblemer, kan eksempelvis ikke velge institusjonsbehandling hvis han eller hun er gitt rett til poliklinisk behandling.

Substitusjonsbehandling

I Norge var det i mange år stor skepsis til bruk av metadon i behandling heroinproblemer/-avhengighet. På 1970-tallet var det enkelte leger som forskrev metadon, men etter hvert gikk det daværende Helsedirektoratet ut og advarte sterkt mot dette. Begrunnelsen var først og fremst knyttet til at målet for behandling skulle være stoffrihet og ikke avhengighet av medikamenter (Hallgrimsson, 1980). Dette må igjen sees i sammenheng med det som da var den rådende forklaringsmodell for å forstå årsakene til problemfylt bruk av narkotiske stoffer. Den første stortingsmeldingen om narkotikaproblemene (St.meld.nr 66 (1975-76) Om narkotikaproblemer) sier eksempelvis at det er regjeringens oppfatning at problemfylt bruk av avhengighetsskapende stoffer i hovedsak må sees på som et symptom på mistrivsel. Det er de bakenforliggende problemer, og ikke selve narkotikabruken som skal være i fokus for behandlingen. Den samme stortingsmeldingen slår fast at det ikke er ønskelig å bruke medikamenter i behandling av personer med narkotikaproblemer, da dette kan oppfattes som støtte til å forlenge avhengigheten. I tråd med dette kom det daværende Helsedirektoratet i 1976 med retningslinjer om at metadon bare kunne forskrives i tilknytning til sykehus, noe som i praksis forekom i svært begrenset omfang (Helsedirektoratet, 1976). Etter hvert ble også dette borte. I mange år var det med andre ord ikke noe tilbud om substitusjonsbehandling med metadon i Norge, og det var heller ikke noen diskusjon om denne behandlingsformen. Da regjeringen midt på 1980-tallet la fram sin neste stortingsmelding om narkotikapolitikken (St. meld. Nr. 13 (1985-86) Om narkotikaproblemene og narkotikapolitikken), ble metadonbehandling heller ikke tatt opp til drøfting. Norge var imidlertid

ikke alene om denne innstillingen. Mens substitusjonsbehandling med metadon ble brukt i land som USA, Storbritannia, Danmark, Sveits og Nederland, hadde f. eks. Frankrike, Tyskland, Belgia og Hellas den samme restriktive holdning som Norge. Det var først på 1990-tallet at substitusjonsbehandling ble satt i gang i disse landene.

Behandlingsoptimisme – metadon negativ signalverdi

Etter hvert oppsto det imidlertid en viss ”murring” i deler av fagfeltet, noe som hadde sammenheng med HIV-epidemien og at de framlagte prognosene for spredning av viruset blant personer som inntok narkotika med sprøyte var svært dystre. Spørsmålet ble utredet i det daværende Sentralrådet for narkotikaproblemer, men kom aldri til noen realitetsbehandling. I 1989 startet imidlertid Oslo kommune forsøk med substitusjonsbehandling med metadon av HIV-positive med langt kommet immunsvikt. Dette ble ikke oppfattet som behandling av narkotikaproblemer, men som at HIV-syke med narkotikaproblemer skulle få mulighet til en mest mulig verdig avslutning på livet.

At det i Norge aldri ble noen reell diskusjon om metadonbehandling som tiltak mot HIV-epidemien, har trolig sammenheng med at utbredelsen blant personer som injiserte narkotika med sprøyte viste seg å være relativt begrenset. Det ble også tatt et krafttak fra det daværende Sosialdepartementet gjennom en særskilt handlingsplan for å bygge ut det medikamentfrie behandlingstilbudet (Sosialdepartementet, 1988). Videre ble det i mange kommuner etablert ordninger med gratis utdeling av sprøyter for å begrense smitte gjennom sprøytedeling.

De viktigste grunnene til at en i Norge lenge var mot metadon i behandling av heroinavhengighet, kan kort oppsummeres slik:

- Troen på forandring – at det er mulig å komme ut av risikofylt bruk uten hjelp av medikamenter. Stor grad av behandlingsoptimisme.
- Bruk av metadon gir signaler om at en gir opp personer med narkotikaproblemer og ikke tror at de kan forandre seg.
- Metadon innebærer at en påfører personer med problemfylt bruk av narkotika en livslang avhengighet.
- Motstanden mot metadon var også en gjenspeiling av at det medisinske feltet i liten grad var engasjert i behandling av problemfylt narkotikabruk/avhengighet. Stort sett var det sosialarbeidere og i noen grad psykologer som dominerte behandlingsfeltet.

Substitusjonsbehandling vinner fram

På begynnelsen av 1990-tallet kom det imidlertid stadig flere rapporter om en generell forverring av helsetilstanden blant personer som brukte tunge narkotiske stoffer. Samtidig økte antall narkotikarelaterte dødsfall. Selv om det medikamentfrie behandlingstilbudet etter hvert var betydelig utvidet, var det tydelig at dette ikke reduserte problemene. Det ble mer og mer åpenbart at en også måtte se etter andre virkemidler, noe som aktualiserte spørsmålet om metadonbehandling.

På oppdrag fra det daværende Sosialdepartementet arrangerte Norges allmennvitenskapelige forskningsråd (nå Forskningsrådet) derfor en såkalt konsensuskonferanse i 1991 om ”*Medikamenter i behandlingen av stoffavhengige– Forskrivning av vanedannende legemidler*” (NAVF, 1992). Ut fra anbefalingene fra konferansen ble det i 1994 startet et 3-årig forsøksprosjekt i Oslo med metadonassistert rehabilitering av 50 opiatavhengige stoffmisbrukere. De 50 som inngikk i forsøksprosjektet måtte:

- være fylt 30 år
- ha brukt opiater i minst 10 år
- ha gjennomgått medikamentfri behandling i rimelig omfang
- ikke ha uoppgjorte saker med politi og rettsvesen

Målsettingen var at de som fikk slik behandling, skulle slutte å bruke illegale rusmidler og finne en plass som ”normale” samfunnsborgere. Modellen var (og er) at substitusjonsbehandling skal suppleres med tiltak i regi av det ordinære hjelpe- og behandlingsapparatet for å sikre nødvendig psykososial oppfølging. For å illustrere at metadon var en del av et helhetlig rehabiliteringsopplegg, ble prosjektet gitt betegnelsen metadonassistert rehabilitering (MAR).

I 1997 vedtok Stortinget at substitusjonsbehandling skulle være et permanent landsomfattende tilbud for personer med problemfylt heroinbruk. Våren 1998 ble aldersgrensen redusert til 25 år (Sosial- og helsedepartementet, 1998) og høsten 2000 ble retningslinjene igjen revidert, i den forstand at de ble mindre restriktive: Klienten skulle:

- være fylt 25 år
- ha langvarig «narkotikakarriere». Bruken skal på søkertidspunktet, og over flere år, ha vært klart dominert av opiater
- i rimelig omfang ha gjennomgått behandling og rehabilitering uten bruk av metadon og opioider med sikte på rusfrihet (Sosial- og helsedepartementet, 2000).

Det ble samtidig åpnet for større skjønnsmessig vurdering, ved at det kunne gjøres unntak fra inntakskriteriene dersom det var snakk om alvorlig kritisk og livstruende sykdom som gjorde behandlingsopplegget nødvendig, eller dersom en samlet vurdering tilsa det. Det ble også åpnet for bruk av andre legemidler enn metadon (i praksis buprenorfinpreparater), ut fra hva som ble vurdert som mest hensiktsmessig. Betegnelsen for behandlingsopplegget ble derfor endret til legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

Fram til 2010 var substitusjonsbehandling regulert gjennom rundskriv. I januar 2010 kom det imidlertid et nytt rammeverk for legemiddelassistert rehabilitering med forskrift i Lovdata og nasjonale retningslinjer (Helsedirektoratet, 2010). Om vilkår for å få substitusjonsbehandling heter det i forskrift § 4 at:

- når pasienter er henvist til legemiddelassistert rehabilitering, skal det foretas en konkret og samlet tverrfaglig vurdering av pasientens helsetilstand
- legemiddelassistert rehabilitering skal som hovedregel ikke være det første behandlingsalternativet som velges ved opiatavhengighet med mindre det etter den faglige

vurderingen anses som det mest egnede og forsvarlige behandlingsalternativet

- det skal alltid foretas en konkret vurdering av andre tiltak enn legemiddelassistert rehabilitering
- pasientens alder og lengde på opiatavhengighet skal alltid tillegges særskilt vekt ved vurdering av om legemiddelassistert rehabilitering skal tilbys.

Som det framgår skal det foretas en helhetlig vurdering av pasientens behandlingsbehov. Dette innebærer at selv om pasienten henvises til substitusjonsbehandling, skal dette vurderes opp mot medikamentfrie behandlingsalternativer. Det framgår også at pasientens alder og lengde på opiatavhengigheten skal tillegges vekt, selv om det ikke er aldersgrense eller krav til lengde på misbruk for å få substitusjonsbehandling.

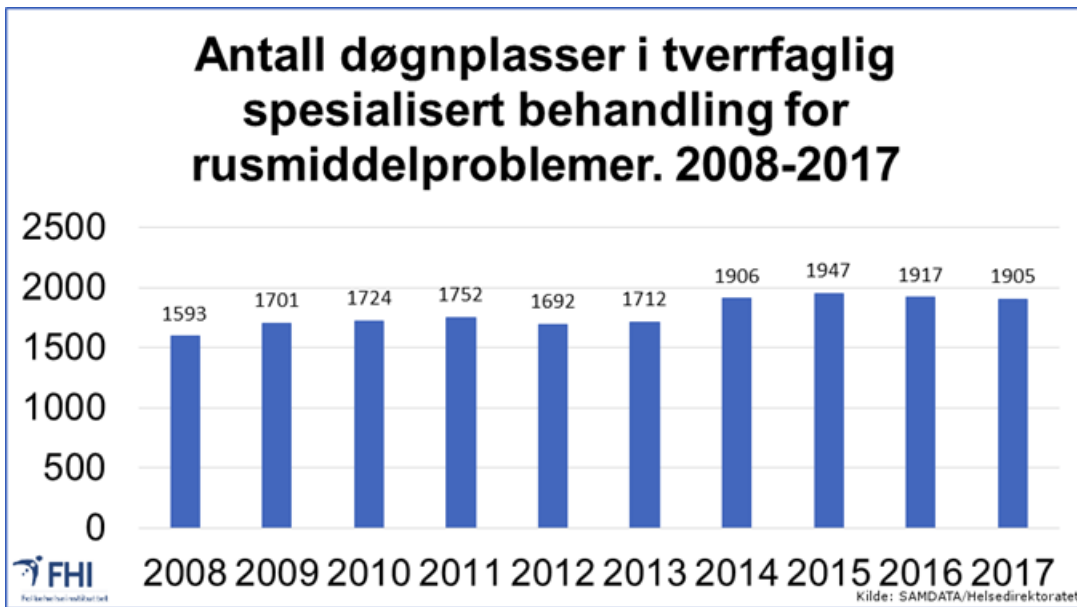
Substitusjonsbehandling var i utgangspunktet organisert i egne regionale sentra. Ut fra føringene i rusreformen og de nye retningslinjene er imidlertid også denne behandlingsformen i ferd med å integreres i det øvrige behandlingstilbudet for rusavhengige. Fra at det i de første årene var til dels lang ventetid for å komme i substitusjonsbehandling, er dette ikke lenger tilfelle.

Døgnplasser i spesialisthelsetjenesten

De regionale helseforetakene skal sørge for at det er tilgjengelig et behandlingstilbud for rusmiddelproblemer («sørge for» ansvar). Ansvarer omfatter så vel poliklinisk behandling som dag- og døgnbehandling og kan gis i egne helseforetak eller gjennom private avtalepartnere. Tilbudet om døgnbehandling finnes stort sett innen den delen av spesialisthelsetjenesten som er gitt betegnelsen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelproblemer (TSB), men det gis også døgnbehandling for rusmiddelmisbruk innen psykisk helsevern (PHV). Når det gjelder det polikliniske behandlingstilbudet, er dette dels organisert innen TSB, dels som del av PHV.

Ifølge rapporteringen fra SAMDATA var antall døgnplasser i TSB i årene 2009 til 2013 omkring 1700 (figur 1). Antallet omfatter døgnplasser eid av helseforetakene og plasser der det er inngått driftsavtaler med private tjenesteytere. I 2014 ble så de regionale helseforetakene pålagt av Helse- og omsorgsdepartementet å øke kapasiteten ved å kjøpe 200 nye døgnplasser av private tjenesteytere. Det rapporterte antall døgnplasser i TSB økte således fra 1715 i 2013 til 1906 i 2014 og 1947 i 2015. I 2016 var det så en liten nedgang til 1917 døgnplasser og i 2017 til 1905 døgnplasser. Av disse var 40 % i regi av de regionale helseforetakene, mens 60 % var i regi av private tjenesteytere med driftsavtale

Hovedkilden for SAMDATAs rapportering er Statistisk sentralbyrå (SSB). I SSBs rapportering inngår også antall etterverns plasser og kjøpsavtaler om såkalte ad hoc-plasser, men av ulike grunner er ikke disse med i SAMDATAs rapportering. Antall døgnplasser i TSB som framkommer i SSB sine oversikter er derfor noe høyere enn det som rapporteres fra SAMDATA. Når det gjelder døgnbehandling for rusmiddelproblemer i PHV vil dette være integrert i det helhetlige behandlingstilbudet, slik at det ikke her er avsatt et bestemt antall plasser til behandling av pasienter med rusmiddelproblemer.

**Figur 1:**

Antall døgnplasser i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelproblemer (TSB). 2008-2017.

Kilde: SAMDATA/Helsedirektoratet

Når det gjelder poliklinisk behandling for rusmiddelproblemer kan en av naturlige grunner ikke angi kapasitet i antall plasser. Poliklinisk behandling innebærer konsultasjoner på dagtid og hvor mange pasienter de aktuelle behandlingseenhetene kan motta vil avhenge av antall konsultasjoner som gis den enkelte pasient. I følge SAMDATA har det i de senere år vært en jevn økning av polikliniske konsultasjoner innen TSB fra omkring 350 000 i 2012 til omkring 480 000 i 2016.

Antall pasienter i behandling

Fra 2010 og framover har vi individbaserte data fra Norsk pasientregister (NPR) om pasienter i behandling for rusmiddelproblemer. Data om personer i spesialistbehandling (TSB og PHV) for narkotikaproblemer finner du i Behandling for narkotikaproblemer i spesialisthelsetjenesten. I samme artikkel finner du utvikling i antall pasienter i substitusjonsbehandling.

Referanser

Bønes, B. Alkoholismisorg i Norge. En historisk oversikt. Statens institutt for alkoholforskning, 1977.

Hallgrimson, O. (1980). Methadone treatment: The Nordic Attitude. *Journal of Drug Issues*. 10, 463-475.

Helsedepartementet (2004a). Rundskriv (I-8-2004). Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven.

Helsedepartementet (2004b). Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmisbrukere. Perspektiver og strategier.

Helsedirektoratet (1976). Rundskriv

Helsedirektoratet (2010). Nasjonale retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet. IS-1701.

Helsedirektoratet (2017). Hovedresultater SAMDATA spesialisthelsetjenesten 2012-2016.

NAV (1992) Medikamenter i behandlingen av stoffavhengige. Forskrivning av vanedannende legemidler.

Ot. prp. nr 42 (1982-83) Om lov om fylkeskommunalt ansvar for alkoholistinstitutionene m.v.

Sosialdepartementet (1988). Sosialdepartementets handlingsplan mot stoffmisbruk. Utvikling av behandlingsskapiteten i perioden 1988-92.

Sosial- og helsedepartementet (1998). Rundskriv I-25/98. Midlertidige retningslinjer for metadonassistert rehabilitering.

Sosial- og helsedepartementet (2000). Rundskriv I-35/2000. Retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere.

St. meld. nr. 66 (1975-76) Om narkotikaproblemer.

St. meld 13 (1985.86). Om narkotikaproblemene og narkotikapolitikken.

Skrevet av: Astrid Skretting

Lovgivning vedrørende tjenestetilbudet til personer med rusmiddelproblemer

Kort omtale av aktuelle lover og veiledere/retningslinjer som regulerer de aktuelle tjenestetilbudene til personer med rusmiddelproblemer.

Hovedpunkter

- Helse- og omsorgstjenesteloven regulerer kommunens ansvar
- Sprøyteromsloven gir ramme for sprøyteromsordningen
- Specialisthelsetjenesteloven regulerer de regionale helseforetakenes ansvar
- Pasientrettighetsloven regulerer pasientenes rettigheter overfor spesialist- og kommunehelsetjenesten
- Tannhelsetjenesteloven gir bestemmelser om hvilke grupper som har rett til vederlagsfri tannhelsetjeneste
- Det foreligger en rekke retningslinjer og veiledere som omhandler de ulike tjenestene til personer med rusmiddelproblemer

Ansvar for tjenester til personer med rusmiddelproblemer er delt mellom kommune og stat. Kommunen har det som gjerne kalles et helhetlig og gjennomgående ansvar, mens staten, ved de regionale helseforetakene, har ansvar for å dekke behovet for spesialisert behandling for rusmiddelproblemer («sørge for» ansvar). Fylkeskommunen har imidlertid også et visst ansvarsområde ved at noen grupper av personer med rusmiddelproblemer har rett til vederlagsfri tannhelsetjeneste. I det følgende gis en kort omtale av aktuelle lover og veiledere/retningslinjer som regulerer de aktuelle tjenestetilbudene.

Lover

Helse- og omsorgstjenesteloven (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.)

Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester er regulert av helse- og omsorgstjenesteloven. Kapittel 3 gir et bilde av de ulike ansvarsområdene. I § 3-1 heter det at: «

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.....

»

I kapittel 5 Særlige plikter og oppgaver, omhandler § 5-6 sprøyterom: «

Sprøyteromsordninger etablert i medhold av sprøyteromsloven er å anse som en kommunal helse- og omsorgstjeneste. Kommunen avgjør om den vil etablere en sprøyteromsordning. Kommunen kan ikke inngå avtale med private om drift av sprøyteromsordning.

»

Kapittel 6 regulerer samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak generelt, inkludert tjenester til rusbrukere. I kapittel 7 om individuell plan, stadfestes det at kommunen her har et spesielt ansvar: «

Dersom en pasient eller bruker har behov for tilbud både etter loven her og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven, skal kommunen sørge for at det blir utarbeidet individuelle plan, og at planarbeidet koordineres. For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her skal kommunen tilby koordinator.

»

Kapittel 10 omhandler tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer med bestemmelser om:

§ 10-1. Kommunens plikt til å vurdere bruk av tvang etter melding fra pårørende

§ 10-2. Tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke

§10-3 Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige

§ 10-4 Tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke

Sprøyteromsloven (Lov om ordning med lokaler for injeksjon av narkotika)

Sprøyteromsloven angir rammer for en ordning med sprøyterom. Ut fra § 2 er en sprøyteromsordning å anse som kommunal helse- og omsorgstjeneste. Sprøyterom er ikke en lovpålagt tjeneste, men kommunen kan etablere en slik ordning etter godkjenning fra departementet (§ 3).

Spesialisthelsetjenesteloven (Lov om spesialisthelsetjeneste m.m.)

Statens ansvar for behandling av rusmiddelproblemer i spesialisthelsetjenesten er regulert av spesialisthelsetjenesteloven. Kapittel 2 streker opp ansvarsfordeling og generelle oppgaver. De regionale helseforetakenes «sørge for» ansvar for spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon framgår av § 2-1a. Av de ansvarsområder som her nevnes er: «

tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet, herunder institusjonsplasser som kan ta imot rusmiddelavhengige med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 til 10-4.

» (§ 2-1a første ledd nr 5).

§ 2-1e omhandler plikten til samhandling og samarbeid med henvisning til kapittel 6 i helse- og omsorgstjenesteloven.

§3-12 omhandler retten til henvisning til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelproblemer fra så vel helsetjenesten som den kommunale sosialtjenesten.

§ 3-15 omhandler plikten (ved behov og når pasienten ønsker det) til å varsle den kommunale helse- og omsorgstjenesten ved utskriving fra tjeneste som nevnt i § 2-1a første ledd nr 5.

Pasientrettighetsloven (Lov om pasientrettigheter)

§ 2-1 omhandler retten til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. § 2-1 annet ledd fastslår at «
spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når faglig forsvarlighet krever at en pasient som har en slik rettighet, senest skal få nødvendig helsehjelp
».

§2-1 fjerde ledd omhandler pasientens rettighet ved fristbrudd. «
Dersom det regionale helseforetaket ikke har sørget for at en pasient som har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, får den nødvendige helsehjelpen innen den frist som er satt i annet ledd, har pasienten rett til å motta nødvendig helsehjelp uten opphold, om nødvendig fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor riket
.»

§ 2-4 omhandler retten til fritt valg av sykehus/behandlingssted. Det slås her fast at «
pasienter har rett til å velge på hvilket sykehus, distriktpsykiatrisk senter eller institusjon for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelproblemer, behandlingen skal foretas. Det er en forutsetning at institusjonen eies av regionalt helseforetak eller har avtale med regionalt helseforetak som gir pasienten en slik valgrett. Pasienten kan ikke velge behandlingsnivå
.»

Tannhelsetjenesteloven (Lov om tannhelsetjenesten)

Ut fra bestemmelsene i tannhelsetjenesteloven § 1-3 og rundskriv I-12/2005, I- 2/2006 og I-4/2008 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005, 2006 og 2008) har personer med rusmiddelproblemer som oppholder seg i døgninstitusjon i mer enn tre måneder eller som mottar tjenester fra kommunen jf. helse- og omsorgsloven, samt pasienter i legemiddelassistert rehabilitering, rett til vederlagsfri tannhelsetjeneste fra fylkeskommunen.

Lovene finnes på nettstedet Lovdata.

Retningslinjer og veiledere

Helsedirektoratet har gjennom flere år arbeidet med veiledere og retningslinjer for ulike tjenester på rusmiddelfeltet. Aktuelle veiledere og retningslinjer:

- Vurdering av henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (IS-1505)
- Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet (IS- 1701)
- Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser (IS-1948)
- Nasjonal retningslinje for gravide i Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder (IS-1876)

- Fra bekymring til handling. En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet. (IS- 1742)
- Prioriteringsveileder tverrfaglig spesialisert rusbehandling (IS-2043)
Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet (IS-2219)
- Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler (IS-2211)
- Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet (IS-xx)
Sammen om mestring – veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne (IS-2076)
- Veileder for Vanedannende legemidler – rekvirering og forsvarlighet (IS-2014)
- Veileder for utlevering av substitusjonslegemiddel i og utenfor LAR (IS-2022)

Retningslinjer og veiledere finnes på Helsedirektoratets nettsider.

Rundskriv om vederlagsfrie tannhelsetjenester

Helse- og omsorgsdepartementet (2005). Rundskriv I-12/2005 Økte midler til tannbehandling for rusmiddelmisbrukere.

Helse- og omsorgsdepartementet (2006). Rundskriv I-2/2006. Utvidet fylkeskommunalt tannhelsetilbud i 2006.

Helse- og omsorgsdepartementet (2008). Rundskriv I-4/2008). Vederlagsfrie tannhelsetjenester for pasienter under legemiddelassistert rehabilitering (LAR) fra 2008 – økning i rammebevilgningen til fylkeskommunene for 2008.

Skrevet av: Astrid Skretting

Tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke ved risikofylt rusmiddelbruk

I tilfeller der det vurderes at en person gjennom vedvarende og omfattende rusmiddelbruk utsetter sin helse for fare, og frivillige hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig, kan vedkommende inntas i institusjon uten eget samtykke. Ved graviditet er det hensyn til barnet som vil avgjøre.

Hovedpunkter

- Helse- og omsorgstjenesteloven gir adgang til å innta personer med risikofylt rusmiddelbruk og som utsetter sin psykiske og fysiske helse for fare, i institusjon uten eget samtykke
- En gravid kvinne med risikofylt bruk kan inntas i institusjon uten eget samtykke ved fare for at barnet kan bli født med skade
- Antall vedtak om tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke er relativt lavt og har vært stabilt gjennom flere år

Innledning

I tilfeller der det vurderes at en person utsetter sin helse for fare gjennom vedvarende og omfattende risikofylt rusmiddelbruk, og frivillige hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig, kan vedkommende inntas i institusjon uten eget samtykke. Ved graviditet er det hensyn til barnet som vil avgjøre. Vedtak om inntak/tilbakeholdelse i institusjon vedtas av Fylkesnemnda for barnevern og sosial saker.

Lovbestemmelser

Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 omhandler tvangstiltak ved risikofylt rusmiddelbruk. § 10-1 regulerer kommunens plikt til å vurdere bruk av tvang etter melding fra pårørende (erstatte § 6.1a i den tidligere sosialtjenesteloven). § 10-2 regulerer tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke (erstatte § 6-2 i den tidligere sosialtjenesteloven), mens § 10.3 regulerer tilbakeholdelse av gravide (erstatte § 6-2a i den tidligere sosialtjenesteloven).

Sak om tilbakeholdelse uten eget samtykke forberedes av den kommunale sosialtjenesten/NAV, og fremmes for Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker. Om vilkår for vedtak om ufrivillig tilbakeholdelse heter det: «

Dersom noen utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig, kan det vedtas at vedkommende uten eget samtykke kan tas inn i en institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a fjerde ledd, for undersøkelse og tilretteleggelse av behandling, og holdes tilbake der i opptil tre måneder
.» (§ 10.2 – første ledd) Når det gjelder vilkåret for tilbakeholdelse av gravide, heter det: «

dersom misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig

..» (§ 10.3 – første ledd) Tilbakeholdelsen kan gjelde hele svangerskapet.

Saker om tilbakeholdelse i institusjon skal, som nevnt, i utgangspunktet behandles i fylkesnemnda. Kommunen kan fatte midlertidig vedtak ((helse- og omsorgstjenesteloven § 10.2 – fjerde ledd) når den det gjelder kan bli vesentlig skadelidende dersom vedtak ikke treffes og gjennomføres straks. Er det truffet midlertidige vedtak, skal forslag om endelig vedtak sendes fylkesnemnda innen to uker (§ 10.2 – femte ledd).

Vedtak

Antall realitetsvedtak etter § 10-2 har gjennom årene vært relativt lavt, selv om det har vært en økning i det siste tiåret fra i underkant av 50 vedtak i årene fram til 2005, til rundt 100 vedtak i årene 2010 – 2012 og en ny økning til 157 og 155 i årene 2013, 2014 og 2015. I 2016 var det imidlertid en nedgang til 144 (tabell 1). Antall realitetsvedtak om tilbakeholdelse av gravide har i flere år vært stabilt med 25-30 vedtak per år, med unntak av 2014 da det ble truffet 17 slike vedtak. Det må gjøres oppmerksom på at antall vedtak ikke er lik antall saker eller personer som det er fattet vedtak mot. Dette fordi det kan fattes flere vedtak mot samme person. En kan heller ikke summere antall realitetsvedtak og antall midlertidige vedtak jf. det som er sagt om at midlertidige vedtak skal fremmes for fylkesnemnda for endelig vedtak.

Tabell 1 Antall vedtak om tilbakeholdelse i institusjon i fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker 1996-2016

	§ 10-2	§ 10-2, midlertidige vedtak	§ 10-3	§ 10-3, midlertidige vedtak
1996	18		8	26
1997	21		9	18
1998	29		16	30
1999	46	33	17	42
2000	22	31	8	19
2001	39	31	12	11
2002	38	35	17	34
2003	42	30	21	24
2004	49	58	15	22
2005	80	66	25	30
2006	65	49	29	33
2007	83	54	30	43
2008	71	50	23	49
2009	87	88	29	46

2010	106	106	25	45
2011	101	100	28	42
2012	109	103	28	43
2013	157	127	24	51
2014	155	135	17	32
2015	155	112	25	37
2016	144	137	28	35

Kilde: Helsedirektoratet

Referanser

Prp.191 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse og omsorgstjenesteloven).

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) på nettstedet Lovdata

Skrevet av: Astrid Skretting

Historisk oversikt over narkotika i Norge 1912-2018

Historisk oversikt over viktige hendelser og beslutninger, samt lov- og regelendringer på narkotikafeltet fra 1912 (da Haag-konvensjonen ble vedtatt) til i dag.

1912-1949

1912

Den første internasjonale traktaten/konvensjonen på narkotikaområdet - Haagkonvensjonen av 1912 - vedtas. Konvensjonen bestemte blant annet at opium ikke kunne eksporteres til andre land dersom landets myndigheter ikke aksepterte dette, og at morfin, heroin og kokain skulle begrenses til medisinsk bruk.

1913

Stortinget vedtar lov om inn- og utførsel av opium – opiumsloven – der Haagkonvensjonens bestemmelser ble innarbeidet. Loven hadde liten betydning ettersom opiater og kokain allerede var underlagt reseptplikt. Loven kan derfor først og fremst ses på som et uttrykk for internasjonal solidaritet og inneholdt ingen straffebestemmelse.

1925

Genèvekonvensjonen vedtas som resultat av to internasjonale konferanser: Genève-konferansene. Cannabis inkluderes i stoffene som skal underkastes internasjonal kontroll. Landene som ratifiserte konvensjonen forplikter seg til å innføre straff for brudd på konvensjonens bestemmelser.

1928

Stortinget vedtar ny opiumslov. Mens loven av 1913 var begrenset til å omhandle opium, opiater og kokain, ga loven av 1928 anvendelse på «
opium og andre bedøvende stoffer som ansees egnet til misbruk og kan lede til liknende skadevirkninger etter Kongens nærmere bestemmelse
». Den nye loven åpnet dermed for adgang til at en uten lovendring kunne bestemme hvilke stoffer den skulle gjelde for. I motsetning til loven av 1913 ble det nå innført en straffebestemmelse med bøter eller fengsel i inntil seks måneder for overtredelser av loven.

1950-1999

1961

Statens klinikk for narkomane (SKN) på Hov i Søndre Land, ble opprettet. Klinikken ble etablert for å ta imot de såkalt «klassiske» narkomane. Dette var som regel helsepersonell eller pasienter med tilgang til opiatholdige legemidler som f. eks. morfin, og som hadde utviklet et misbruk av slike legemidler.

FN vedtar Narkotikakonvensjonen – Single Convention on Narcotic Drugs. Narkotikakonvensjonen regulerer opium, kokablader, cannabis og stoffer som er utviklet fra disse – samt stoffer som etter beslutning av Verdens helseorganisasjon «kan gi anledning til samme misbruk og har samme skadevirkninger» som disse stoffene.

1964

Ny Lov om legemidler – legemiddeloven – avløste opiumsloven. Strafferamme for befatning med narkotiske stoffer ble satt til bøter eller fengsel inntil tre måneder. Selv om det i lovens forskrift inngikk en bestemmelse om kriminalisering av bruk, var det ingen eksplisitt hjemmel for dette i selve loven. Maksimumsstraffen for mer alvorlige overtredelse av legemiddeloven ble satt til bøter eller fengsel i inntil to år eller begge deler (§ 43). Hvilke stoffer som skulle betegnes som narkotika skulle til enhver tid fastsettes i en egen narkotikaforskrift/-liste.

1965

Første beslag i Norge av cannabis.

Den første norske rettsaken etter legemiddeloven. En utenlandsk student ble pågrepet og straffet for ulovlig befatning med cannabis.

1966

Straffelovrådet fikk i oppgave å vurdere straffeskjerpelse for narkotikalovbrudd.

På høsten dette året begynner grupper av ungdommer å ha tilhold i Slottsparken hvor de røyker hasj, og i årene som følger utvikler det såkalte Slottsparkenmiljøet seg raskt. Dette markerte starten på det åpne miljøet av rusmiddelmisbrukere i Oslo sentrum, som etter hvert flyttet seg nedover Karl Johans gate til Egertoget og så til området rundt Sentralstasjonen.

1967

Tverretatlige fylkesregionale kontaktutvalg for narkotikaproblemer opprettes som rådgivende og koordinerende organ for den offentlige innsats i fylkene mot narkotikamisbruket. Kontaktutvalgene besto av representanter for ulike offentlige etater med fylkeslegen som leder.

1968

Etter forslag fra Straffelovrådet ble det tilføyd en ny § 162 i straffeloven: «
Den som til et større antall personer eller mot betydelig vederlag eller under andre særlig skjerpene omstendigheter ulovlig overdrar eller medvirker til å overdra stoffer som etter lov eller regler fastsatt med hjemmel i lov anses som narkotika, straffes med fengsel inntil seks år. Bøter kan anvendes sammen med fengselsstraff.

På samme måte straffes ulovlig tilvirkning, innførsel, utførsel, gjennomførsel, erverv, utlevering, sending eller oppbevaring av slike stoffer for å foreta omsetning som nevnt i første ledd
.» (Ot. prp. nr. 46. (1967-68)).

Forbud mot **bruk** av narkotika kommer inn i legemiddeloven.

Den første undersøkelsen om bruk av narkotika blant unge i Oslo blir gjennomført (Statens institutt for alkoholforskning – SIFA).

1969

Sentralrådet for narkotikaproblemer opprettes som et koordinerende og rådgivende organ for den offentlige innsatsen mot narkotikamisbruket. Sentralrådet besto av representanter fra ulike departementer og Oslo kommune og hadde et eget sekretariat. Det ble på statsbudsjettet avsatt spesielle midler, som etter tilråding av Sentralrådet, ble forelagt Sosialministeren til avgjørelse.

Uteseksjonen i Oslo ble opprettet for å arbeide oppsøkende og forebyggende blant ungdom i de nyetablerte narkotikamiljøene. Etter hvert opprettet flere kommuner slike oppsøkende virksomheter (utekontakter).

1970

Første beslag i Norge av amfetamin.

1971

FN vedtar Psykotropkonvensjonen – Convention on Psychotropic Substances. Denne regulerer syntetiske legemidler som amfetamin, LSD, barbiturater, etc. Sammen med Narkotikakonvensjonen av 1961 danner Psykotropkonvensjonen av 1971 grunnlaget for norsk narkotikapolitikk.

1972

Straffeloven § 162, øvre strafferamme ble hevet fra seks til 10 år (Ot. prp. nr. 5 (1971-72) Om lov om endringer i den alminnelige straffelov).

1974

Første beslag av heroin i Norge

1976

St. meld. nr. 66 (1975-76) Om narkotikaproblemer. Meldingen dannet blant annet grunnlag for en systematisk utbygging av de psykiatriske ungdomsteamene (PUT), som hadde begynt å vokse fram.

Første beslag i Norge av kokain.

Det første overdosedødsfallet i Norge blir registrert.

1979

St. prp. nr 138 (1978-79) Om plan for økt innsats mot narkotikaproblemer og om endringer i statsbudsjettet og trygdebudsjettet for 1979. Planen inneholder en lang rekke tiltak som ble fulgt av betydelige ekstra økonomiske midler. Dette gjaldt eksempelvis utprøving av prosjekter i regi av ungdomsklubber, styrking av Uteseksjonen i Oslo, narkotikakontroll ved tollsteder, nye stillinger i politiet, nye behandlingenheter i og utenfor institusjon. Planen la også grunnlag for et eget

tidsskrift om narkotikaproblemer – Stoffmisbruk – som senere endret navn til Rus & avhengighet og så til RUS & SAMFUNN.

Oslo politikammer etablerer en egen narkotikaseksjon. Narkotikaseksjonen fikk også bistandsfunksjon overfor andre politidistrikter i narkotikasaker.

1981

Straffeloven § 162, øvre strafferamme for alvorlige narkotikalovbrudd heves til 15 år (Ot. prp. nr 62 (1980-81) Om lov om endringer i straffeloven m.m.).

1982

Nordisk ministermøte «vedtar» at Norden skal gjøres til et narkotikafritt område.

1984

Straffeloven § 162, øvre strafferamme heves til 21 år, lovens strengeste straff. (Ot. prp. nr 23 (1983-84). Om lov om endringer i straffeloven m.v. (narkotikalovbrudd)). Legemiddeloven § 43 bruk/besittelse til eget bruk: bøter eller fengsel der strafferammen heves fra tre til seks mnd. Legemiddelovens bestemmelse om annen befatning med narkotika enn bruk/besittelse til eget bruk, flyttes til straffeloven § 162.

1985

St. meld. nr. 13 (1985-86) Om narkotikaproblemene og narkotikapolitikken. Meldingens formål er å legge grunnlaget for en planmessig og systematisk innsats mot narkotikamisbruk i Norge i de kommende årene, men gir ikke konkrete forslag til tiltak. *Et narkotikafritt samfunn* introduseres som Regjeringens målsetting for innsatsen på narkotikafeltet.

HIV-testen blir tatt i bruk i Norge, og det blir påvist at enkelte sprøytemisbrukere har utviklet sykdommen, trolig som følge av sprøytedeling.

1987

Første beslag av ecstasy i Norge.

1988

Stortinget vedtar en ny § 162a i straffeloven rettet mot dem som har økonomisk utbytte av narkotikalovbrudd, de såkalte bakmenn.

FN vedtar den såkalte Wien-konvensjonen – Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances. Konvensjonen inneholder bestemmelser om hvitvasking av penger fra narkotikalovbrudd og kontroll med stoffer som brukes ved tilvirkning av narkotika, såkalte precursors.

Statens institutt for alkoholforskning, SIFA, som var opprettet i 1960, endrer navn til Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning.

Sekretariatet til Sentralrådet for narkotikaproblemer avvikles. Oppgavene overføres dels til Sosialdepartementet, dels til det nyopprettede Rusmiddeldirektoratet som avløser det tidligere Edruskapsdirektoratet.

Den såkalte AIDS-informasjonsbussen (sprøytebussen) i Oslo startet sin virksomhet. Etter hvert begynte flere kommuner å dele ut sprøyter og kanyler.

Sosialdepartementets handlingsplan mot stoffmisbruk – utvikling av behandlingsskapiteten 1988-1992 blir lagt fram. Med bakgrunn i at flere stoffmisbrukere ønsker hjelp og behandling som følge av angst for HIV-smitte, tar Regjeringen sikte på å opprette 300-350 nye heldøgns plasser.

1991

På oppdrag av Sosialdepartementet avholder Norges allmennvitenskapelige forskningsråd (NAVF) en såkalt konsensuskonferanse om bruk av «Medikamenter i behandlingen av stoffavhengige». På bakgrunn av konferansen anbefalte et ekspertpanel å starte et prøveprosjekt med substitusjonsbehandling til heroinmisbrukere.

1992

Ny legemiddellov. Ingen endringer mht. narkotikabestemmelsene.

1993

Lov om sosiale tjenester (sosialtjenesteloven) trer i kraft og erstatter lov om sosial omsorg, lov om edruskapsvern og lov om fylkeskommunalt ansvar for alkoholistinstitusjoner (Ot.prp. nr. 29 (1990-91) Om lov om sosiale tjenester m.v.). Fylkeskommunen får dermed et samlet generelt ansvar for behandlingssenheter for rusmiddelmissbrukere. Behandling i døgninstitusjon finansieres gjennom en delt betaling mellom kommune og fylkeskommune. Kommunen får ansvar for sosiale tjenester, herunder omsorgsbaserte boliger med heldøgns omsorgstjenester. Kapittel 6 omhandler særlige tiltak for rusmiddelmissbrukere. § 6-2 gir anledning til tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke i inntil tre måneder. Sak om tilbakeholdelse uten eget samtykke skal fremmes av sosialtjenesten i kommunen og fremmes for Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker.

Grunnlag for å fremme sak om tilbakeholdelse: «

dersom noen utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved et omfattende og vedvarende misbruk, og dersom hjelpetiltak etter § 6-1 ikke er tilstrekkelig, kan det vedtas at vedkommende uten eget samtykke kan tas inn i institusjon for undersøkelse og tilrettelegging av behandling, og holdes tilbake i opptil tre måneder

». § 6-3 gir anledning til tilbakeholdelse i institusjon på grunnlag av eget samtykke i inntil tre uker.

De første (av til sammen syv) regionale kompetansesentre på rusmiddelfeltet blir etablert.

1994

Det settes i gang et treårig forsøksprosjekt med substitusjonsbehandling i Oslo (metadonassistert rehabilitering – MAR) med plass til 50 pasienter.

1996

Sosialtjenesteloven § 6-2a, om tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke av gravide inntil barnet er født, trer i kraft.

1997

St meld nr 16 (1996-97) Narkotikapolitikken. Meldingen redegjør for utviklingen av narkotikaproblemet i de senere år og mål og virkemidler for årene som kommer. Det fastslås at det ikke er realistisk at narkotikaproblemene skal kunne løses innen overskuelig framtid, men at det er viktig å holde fast ved det langsiktige, overordnede målet;

å arbeide fram mot et samfunn fritt for misbruk av narkotika.

Stortinget vedtar at substitusjonsbehandling med metadon (metadonassistert rehabilitering – MAR) skal etableres som et permanent landsdekkende tilbud.

1998

Regjeringen legger fram en handlingsplan for redusert bruk av rusmiddel – St prp nr 58 (1997–98) Handlingsplan for redusert bruk av rusmiddel (1998–2000). Det sies at selv om narkotika- og alkoholpolitikken har noe ulike mål ettersom alkohol er en lovlig vare, mens bruk av narkotika er illegalt, er det likevel behov for å se rusmiddelpolitiske tiltak i sammenheng. Brorparten av de 20 tiltakene i planen omfatter derfor begge rusmidler, eksempelvis oppnevning av et rusmiddelpolitisk råd, økt samarbeid med foreldre, økt innsats i skolen, støtte til frivillige organisasjoner, et bedre behandlings- og omsorgstilbud osv. Det sies at *målet om et narkotikafritt samfunn står fast*. Det framholdes at det er et ambisiøst mål, men at målet kan forsvares ut fra at det dreier seg om et område som fører til store skader både for den enkelte og for samfunnet. Av tiltak som spesifikt gjelder narkotika, nevnes forbud mot varer og reklame relatert til narkotika, styrke veiledning og tilsyn med utskriving av vanedannende medikamenter.

1999

En arbeidsgruppe nedsatt av Sosial- og helsedepartementet la fram tre rapporter om hjelpe- og behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere (de såkalt Nesvåg-rapportene).

2000 - 2018

2000

Det åpnes for bruk av andre aktuelle legemidler enn metadon i substitusjonsbehandling (buprenorfin), og behandlingen gis nå betegnelsen legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

2001

SIRUS etableres ved en sammenslåing av SIFA og dokumentasjonsseksjonen og det nasjonale kompetansebiblioteket i Rusmiddeldirektoratet.

Norge blir medlem av EUs overvåkingsorgan for narkotika – The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). SIRUS får oppgaven som norsk Focal Point.

2002

Sosial- og helsedirektoratet opprettes. Rusmiddeldirektoratets gjenværende oppgaver (forvaltning av og tilsyn med alkoholoven, informasjon om rusmiddelspørsmål, holdningsdannende tiltak, oppfølging av rusmiddelpolitiske organisasjoner, etc.) overtas av det nyopprettede direktoratet.

RUStelefonen, en bekymringstelefon der ungdom, pårørende og andre kan få råd og hjelp i risikosituasjoner, opprettes.

Straffelovkommisjonen legger frem sitt forslag til ny straffelov. En samlet kommisjon foreslår å redusere straffene for narkotikalovbrudd, og et flertall i kommisjonen foreslår å avkriminalisere bruk av narkotika og besittelse til eget bruk (NOU (2002:4): Ny straffelov. Straffelovkommisjonens delutredning VII).

2003

Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005 legges fram. Planen innledes med at «Regjeringens visjon er frihet fra rusmiddelproblemer» og at hovedmålet for rusmiddelpolitikken er en betydelig reduksjon i de sosiale og helsemessige skadene av rusmiddelbruk. Som strategiske mål for narkotikapolitikken nevnes: redusere tilbudet av ulovlige narkotiske stoffer, motvirke narkotikamisbruk, eksperimentering og rekruttering, øke andel misbrukere som ved hjelp av behandling kommer ut av misbruk eller får en betydelig bedret livskvalitet, redusere kriminalitet som følge av narkotikamisbruk.

NOU 2003:4 Forskning på rusmiddelfeltet, legges fram. Utredning fra en kommisjon nedsatt av Sosial- og helsedepartementet for å oppsummere kunnskapen på rusmiddelfeltet. Utredningen gir en oversikt over internasjonal og nasjonal forskning om effekter av forebyggende, behandlende og skadereduserende tiltak.

Første beslag i Norge av GHB/GBL.

2004

Stortinget vedtar en midlertidig lov om forsøk med sprøyterom (Ot.prp nr 56 (2003-2004) om midlertidig lov om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika og Ot.prp. nr. 8 (2004-2005) Om lov om endringer i midlertidig lov 2. juni 2004 nr 64 om prøveordning med lokaler for injisering av narkotika).

Rusreformen trer i kraft. Reformen innebærer at behandling for rusmiddelmisbruk blir en del av den statlige spesialisthelsetjenesten. Stortingets behandling av reformen hadde sitt utgangspunkt i to odelstingsproposisjoner (Ot. prp. nr 3 (2002-2003) Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmisbrukere) og Ot. prp. nr 54 (2002-2003) Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan)). I den første proposisjonen foreslo Regjeringen overføring av sektoransvar fra fylkeskommune til stat for behandlingssenheter for rusmiddelmisbrukere som ble vurdert til å yte spesialiserte helsetjenester (Rusreform I). I den andre foreslo Regjeringen at fylkeskommunens ansvar for behandlingssenheter som ble vurdert til å tilby spesialiserte sosiale tjenester og omsorg

for rusmiddelmisbrukere, skulle overføres til kommunene (Rusrefom II). Stortinget ga sin tilslutning til Rusrefom I (jf. Innst. O. nr 51 (2002-2003)), men gikk imot Regjeringens forslag til Rusrefom II (jf. Innst. O. nr. 4 (2003-2004)), og vedtok å overføre hele det fylkeskommunale ansvaret for behandlingssenheter for rusmiddelmisbrukere til staten ved de regionale helseforetakene.

Ved at behandlingssinstitusjoner ble hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven, fikk pasienter rettigheter etter lov om tannhelsetjeneste ved opphold i døgninstitusjon på minst 3 måneder.

2005

Oslo åpner landets første sprøyterom.

Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006-2008 legges fram. Visjon og hovedmål er de samme som for handlingsplanen 2003-2005. Også de strategiske mål for narkotikapolitikken er de samme. De prioriterte områdene som nevnes er: forebygging og tidlig intervensjon, helhetlig rehabilitering og behandling, forskning samt nordisk og internasjonalt samarbeid.

2006

Tilbudet om vederlagsfri offentlig tannhelsetjeneste ble utvidet til å gjelde personer som er i kommunal rusomsorg.

2008

Opptappingsplan for rusfeltet 2008-2010 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008) legges fram. Planen ble senere utvidet til å gjelde ut 2012. Opptappingsplanen innledes med at: « *Regjeringens politikk på rusmiddelfeltet har som overordnede mål å redusere de negative konsekvensene som rusmiddelbruk har for enkeltpersoner og for samfunnet* .» Det overordnede målet deles opp i fem hovedmål: Tydelig folkehelseperspektiv, bedre kvalitet og økt kompetanse, mer tilgjengelige tjenester og økt sosial inkludering, forpliktende samhandling, økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende. Under disse målene er det til sammen satt opp 147 konkrete og til dels omfattende tiltak. Styrking av arbeidet mot illegale rusmidler inngår i planens folkehelseperspektiv og tiltak som her nevnes er: målrettet politi- og tollinnsats for å hindre produksjon, innførsel og omsetning av narkotika, sette i gang tiltak for ungdom med innvandrerbakgrunn som selger narkotika, øke innsatsen mot bruk av sentralstimulerende midler.

Sosial- og helsedirektoratet skifter navn til Helsedirektoratet.

Helse- og omsorgsminister Bjarne Haakon Hansen tar til orde for at Norge bør vurdere heroinbehandling.

Tilbudet om vederlagsfri offentlig tannhelsetjeneste ble utvidet til å gjelde pasienter i legemiddelassistert rehabilitering.

Første beslag i Norge av syntetiske cannabinoider.

2009

Regjeringen oppnevner Stoltenbergutvalget – som gis i mandat å komme med forslag om hvordan de mest hjelpetrengende rusmiddelavhengige skal få bedre hjelp, deriblant vurdere hvorvidt Norge bør sette i gang heroinbehandling.

Sprøyteromsloven blir gjort permanent (Ot. prp. nr. 59 (2008-2009) Om lov om endringer i midlertidig lov 2. juli 2004 nr. 64 om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsloven) m.m.).

2010

Stoltenbergutvalget legger fram sin rapport (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010). Rapporten inneholder 22 forslag, hvorav 21 er enstemmige. Når det gjelder forslag om å åpne for et tidsbegrenset forsøksprosjekt med heroin, deler utvalget seg i et flertall på fem som er for og et mindretall på fire som går imot.

2011

Konsensuskonferanse i regi av Norges Forskningsråd for å drøfte faglige, etiske og prioriteringsmessige sider ved forslaget om å tilby heroinassistert behandling, avholdes. Etter konferansen oversendte Forskningsrådet en konsensusrapport utarbeidet av et bredt sammensatt panel som konkluderte med at det ikke er godt nok grunnlag for å innføre heroinassistert behandling i Norge (Forskningsrådet, 2011).

Tverrdepartemental arbeidsgruppe legger fram en rapport om alternative reaksjonsformer for mindre alvorlige narkotikalovbrudd, der det foreslås et tosporet samtykkebasert system i form av motivasjonssamtale eller et mer langvarig intervensjonsprogram (Justis- og politidepartementet, 2011).

2012

Samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen - Rett behandling – på rett sted- til rett tid) og ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) trer i kraft (Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m). Den nye helse- og omsorgstjenesteloven erstatter den tidligere sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven. Tiltak for rusmiddelmissbrukere omhandles i ulike kapitler. Et eget kapittel 10 omhandler tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige (kap 6 i den tidligere sosialtjenesteloven).

Meld. St.30 (2011-2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk alkohol – narkotika – doping, legges fram. Fem områder som særlig vektlegges er: 1) forebygging og tidlig innsats, 2) samhandling – tjenester som jobber sammen, 3) økt kompetanse og bedre kvalitet, 4) hjelp til tungt avhengige – redusere overdosedødsfall og 5) innsats for pårørende og mot passiv drikking. Det framgår ellers at regjeringen etter en samlet vurdering ikke har funnet at det er godt nok grunnlag for å innføre en prøveordning med heroinassistert behandling. Det sies videre at regjeringen ikke finner det tilstrekkelig godtgjort at en avkriminalisering av bruk av narkotika vil redusere

narkotikaproblemene. Det signaliseres ellers at det skal utarbeides en egen strategi for reduksjon av overdosedødsfall.

Faste konsentrasjonsgrenser tilsvarende 0,2 promille for 20 narkotiske stoffer/legemidler innføres. Det ble samtidig innført straffbarhetsgrense tilsvarende 0,5 og 0,2 for de fleste av de aktuelle stoffene.

2013

Ny forskrift om narkotika (FOR-2013-02-14-199) der syv undergrupper av syntetiske cannabinoider tas inn som forbudte stoffer.

2014

Helsedirektoratet legger fram Nasjonal overdosestrategi 2014 – 17 (IS – 0418).

2015

Prop. 15 S (2015-2016) Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020). Planen er i hovedsak innrettet mot personer som er i ferd med å utvikle eller allerede har et rusmiddelproblem.

2016

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) innlemmes i Folkehelseinstituttet.

Oslo kommune søker Helse – og omsorgsdepartementet om tillatelse til å etablere en forsøksordning med røyking av heroin i eget røykerom i Storgata 36. Søknaden ble avslått.

Oslo kommune søker Helse - og omsorgsdepartementet om tillatelse til å etablere en forsøksordning med å tillate injisering av andre narkotiske stoffer enn heroin i sprøyterommet i Storgata 36. Søknaden ble avslått

Norges andre sprøyterom åpnes i Bergen desember 2016

2017

Et flertall i Stortinget av Ap, Høyre, SV og Venstre vedtok i en merknad til statsbudsjettet for 2018 at de «

ønsker å overføre ansvaret for samfunnets oppfølging av bruk og besittelse av illegale rusmidler til eget bruk fra justissektoren til helsetjenesten

».

Kommunene brukte 1500 flere årsverk innen psykisk helse og rusarbeid i 2017 enn to år før. Justert for befolkningsvekst er dette en vekst på 3 prosent for tjenester til voksne og 8 prosent for tjenester til barn

2018

Regjeringen oppnevnte et utvalg som skal forberede at ansvaret for samfunnets reaksjon på bruk og besittelse av illegale rusmidler til eget bruk skal overføres fra justissektoren til helsetjenesten. Utvalget skal blant annet utrede hvor mye narkotika som skal regnes for å være en brukerdose, hvilke tilbud/sanksjoner som skal gis den enkelte som blir tatt med narkotika, og hva som bør skje dersom en person ikke følger opp tilbud/sanksjoner som er gitt. Utredningen skal leveres innen utgangen av 2019.

Regjeringen forslår å åpne for at flere narkotiske stoffer enn heroin skal kunne injiseres i sprøyterom. Det foreslås også at personer i sprøyterommet skal kunne gis opplæring i å inhalere stoffet. Regjeringen foreslår også å endre begrepsbruken i loven og forskriften fra «sprøyterom/ sprøyteromsordning» til «brukerrom/ brukerromsordning». Saken er på høring til 27 august.

Helsedirektoratet lansere og implementerer «pakkeforløp» for rusbehandling (tverrfaglig spesialisert rusbehandling) samtidig med tilsvarende utredning og behandling i psykisk helsevern. Pakkeforløp skal innebære økt brukermedvirkning, inklusjon av pårørende (også barn som pårørende) og sammenhengende tjenester for utredning, behandling og oppfølging. Evalueringer er nødvendig for å avklare om formålene med ordningen blir fulgt opp i praksis.

Regjeringen vil utrede forsøk med heroinassistert behandling. Behandlingen skal rettes inn mot en liten gruppe mennesker med omfattende rusavhengighet og som det har vært vanskelig å nå med dagens behandlingstilbud. Det er faglig og politisk uenighet om et slikt tiltak.

Skrevet av: Astrid Skretting og Ellen J. Amundsen

Oppdateringer av kapitler i Narkotika i Norge

Oversikt over tidspunkter da Narkotika i Norge har blitt oppdatert.

18.09.2018: Narkotika i Norge publisert for første gang. Rapporten kommer i stedet for kapitlet om narkotika i Rusmidler i Norge

.

Datakilder om narkotika og narkotikabruk

Oversikt over datakilder som er brukt i utarbeiding av Narkotika i Norge.

Det statistiske materialet som inngår i nettpublikasjonen Narkotika i Norge er offentlige data innhentet fra kilder som Statistisk sentralbyrå, Kriminalpolitisen (Kripos), Norsk pasientregister (NPR), Helsedirektoratet, Oslo kommune (Velferdsetaten), Universitetet i Oslo (SERAF) og Folkehelseinstituttet.

Det inngår imidlertid også data som er innhentet og bearbeidet av det tidligere Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS), og som videreføres etter innlemmelsen i Folkehelseinstituttet. Dette gjelder eksempelvis data fra befolkningsundersøkelser om bruk av rusmidler og tobakk.

Spørreundersøkelser

Den europeiske skoleundersøkelsen - ESPAD

Norge inngår i den omfattende europeiske skoleundersøkelsen – The European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD), som omfatter aldersgruppen 15-16 år i omkring 35 land. Det er det samme spørreskjemaet som brukes i alle de deltakende land. Den første undersøkelsen fant sted i 1995, og er deretter gjennomført hvert fjerde år. Per 2018 foreligger det med andre ord data fra 1995, 1999, 2003, 2007, 2011 og 2015. Den norske delen av undersøkelsen blir foretatt i et representativt utvalg av 10. klasser i ungdomsskolen og det er TNS Gallup som har stått for selve datainnsamlingen. Resultater fra de norske undersøkelsene er gjengitt i Bye & Skretting 2017. Den internasjonale rapporten om 2015-undersøkelsen er tilgjengelig på ESPAD.

Befolkningsundersøkelse om alkohol, tobakk og narkotika

Det tidligere SIFA/SIRUS (Statens institutt for alkoholforskning/Statens institutt for rusmiddelforskning) har siden 1962 foretatt intervjuundersøkelser i utvalg av den norske befolkningen (15 år+) for å få kunnskap om nordmenns bruk av alkohol. Etter hvert ble det også stilt noen spørsmål om bruk av narkotika og vanedannende legemidler. Hovedresultater for alkohol for perioden 1973 – 2004 finnes i rapporten «Det norske drikkemønsteret – en studie basert på intervjudata fra 1973-2004» (Horverak og Bye 2007). Det ble gjennomført en tilsvarende undersøkelse i 2009, men svarprosenten var så lav at dataene ikke var egnet for publisering. I 2012 inngikk SIRUS derfor et samarbeid med Statistisk sentralbyrå (SSB) om en ny rekke av årlige befolkningsundersøkelser, kalt Rusundersøkelsen. Fra 2016 er det Folkehelseinstituttet som samarbeider med SSB om undersøkelsene. Rusundersøkelsen foretas på telefon og inkluderer spørsmål om bruk av tobakk/snus, alkohol, narkotika, doping og vanedannende legemidler. Undersøkelsen foregår ved at et representativt utvalg på 3 700 personer blir trukket fra folkeregisteret og intervjuet på telefon, etter at de i forkant får tilsendt et informasjonsbrev om undersøkelsen. Den gjennomsnittlige svarprosenten for de fem undersøkelsesårene 2012-2017 var 58 % (SSB 2018a).

Spørreskjemaundersøkelser blant narkotikabrukere

Det foreligger spørreskjemaundersøkelser blant personer som er identifisert som brukere av illegale rusmidler. Dette gjelder eksempelvis undersøkelsen i tilknytning til den sentrale sprøyteutdelingen i Oslo sentrum. Undersøkelsen startet opp i 1973 og pågår fremdeles ved at en regelmessig intervjuer personer som injiserer narkotika. Her blir personer som kommer for å hente rene sprøyter regelmessig intervjuet om sin bruk av rusmidler. Data fra disse undersøkelsene blir blant annet brukt til å studere utvikling i injeksjonsmisbruk over tid og til å estimere antall personer som begynte å injisere narkotika i Oslo.

En annen slik undersøkelse ble foretatt høsten 2013 der til sammen 1 020 narkotikamisbrukere ble intervjuet i syv byer: Oslo, Bergen, Stavanger, Sandnes, Kristiansand, Trondheim og Tromsø. De som inngår i undersøkelsen ble rekruttert gjennom ulike lavterskeltiltak og måtte ha brukt illegale opioider eller sentralstimulerende rusmidler i løpet av de fire siste ukene (Gjersing og Sandøy 2014). Undersøkelsen ble gjentatt i 2017 og de første resultater er publisert (Gjersing 2017).

Metodologiske problemer for spørreskjemaundersøkelser i befolkningen

Spørreskjemaundersøkelser i befolkningen har tradisjonelt vært en viktig datakilde for informasjon om hvordan bruk av alkohol og tobakk fordeler seg i ulike befolkningsgrupper, f. eks. blant kvinner og menn, eller i ulike aldersgrupper. Det gjelder også bruk av illegale rusmidler der vi av naturlige grunner ikke har noen offisiell statistikk slik tilfellet er med alkohol og tobakk.

Det vil alltid være metodologiske feilkilder knyttet til spørreskjemaundersøkelser. For det første vil ikke alle personer som trekkes ut til å delta i undersøkelsen, besvare spørreskjemaet. Dette kan være et problem hvis frafallet ikke er tilfeldig. Likeledes vil frafallet føre til at antall personer som inngår i undersøkelsen, blir mindre enn planlagt. Dermed blir det større statistiske usikkerheter. En annen feilkilde er at noen gir feilaktige opplysninger, bevisst eller ubevisst. I noen tilfeller kan det skyldes at det spørres om hendelser som ligger tilbake i tid og dermed er vanskelig å huske. Dette gjelder eksempelvis hvor mye man drakk av ulike alkoholholdige drikkesorter sist man drakk disse. I de tilfellene der det spørres om bruk av illegale rusmidler, må vi anta at noen underrapporterer bruk, eventuelt også overrapporterer, alt etter hvilket miljø personen ferdes i. Dette er feilkilder som vil kunne gjøre seg gjeldende hvis vi trekker slutninger om befolkningen på bakgrunn av utvalget.

Administrative data på individnivå

Kriminalitet

Informasjon om rusmiddelrelaterte anmeldelser, siktelser og straffereaksjoner for brudd på legemiddeloven, straffeloven og veitrafikkloven er hentet fra Statistisk sentralbyrå (SSB 2018b).

Ved mistanke om bilkjøring i påvirket tilstand sender politiet blodprøver til analyser ved avdeling for rettsmedisinske fag ved Oslo universitetssykehus (OUS). De publiserer årlig en rapport over påvist alkohol og narkotika i prøvene (OUS 2018).

Toksikologiske prøver ved obduksjon

Ved obduksjoner med behov for rettstoksikologiske prøver sendes blodprøver til analyser for eventuell påvisning av alkohol og andre rusmidler. Omkring 95 prosent av slike prøver sendes til

avdeling for rettsmedisinske fag ved Oslo Universitetssykehus og resten til St Olavs hospital i Trondheim. Det lages årlige statistikkrapporter basert på OUS sine resultater (OUS 2018). Obduksjoner utført på lokale sykehus i medisinsk øyemed er ikke inkludert.

Registerdata

Pasienter i behandling for rusmiddelproblemer

Norsk pasientregister (NPR) har i mange år inkludert pasienter innen spesialisthelsetjenesten for somatikk og psykisk helsevern. I 2009 ble også pasienter i behandling i spesialisthelsetjenesten for rusmiddelproblemer inkludert, samtidig som registeret ble gjort individbasert. Dette gir mulighet for å tallfeste antall personer som er i behandling i løpet av et enkelt år. Ut fra at registreringen i NPR er basert på diagnosesystemet ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision), har vi informasjon om antall individuelle pasienter i behandling for rusmiddelproblemer både innenfor Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelproblemer (TSB) og innen Psykisk helsevern (PHV).

Dødsårsaker

Data om dødsfall som skyldes henholdsvis alkohol og narkotika er hentet fra Dødsårsaksregisteret. Grunnlaget for Dødsårsaksregisteret er legemeldinger om dødsfall og er kodet med ICD-koder (Dødsårsaksregisteret 2018).

Smittsomme sykdommer

Data om smittsomme sykdommer som akutt hepatitt B, hepatitt C og HIV-infeksjon er hentet fra Folkehelseinstituttet, Meldesystem for smittsomme sykdommer (MSIS).

Aggregerte data

Beslag

Kripos samordner informasjon fra Tollvesenet og politi når det gjelder beslag av narkotika. Kripos publiserer en oversikt over beslag hvert år i januar (Politiet 2018). Ved første publisering er tallene foreløpige fordi ikke alle beslag for det foregående år vil være ferdig analysert. Kripos justerer tallene opp ved påfølgende publisering. Beslagstall av narkotika som publiseres i Narkotika i Norge blir justert etter hvert som de justeres fra Kripos. Siste utgave vil derfor kunne vise avvik fra tidligere utgaver.

Tjenestetilbudet

Spesialisthelsetjenesten

I tråd med norsk rusmiddelpolitikk er tjenestetilbudet til personer med rusmiddelproblemer stort sett ikke inndelt etter substans. De fleste tjenester gir derfor tilbud både til personer som har problemer knyttet til bruk av alkohol og personer som har problemer knyttet til bruk av narkotika. For tjenestetilbudet til rusmiddelmisbrukere i spesialisthelsetjenesten foreligger det etter hvert

relativt gode data. Det er imidlertid et problem at det for noen områder er flere instanser som rapporterer slike data, og at de legger noe ulike inklusjonskriterier til grunn. Dette gjelder eksempelvis for antall døgnplasser i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelproblemer (TSB) som rapporteres både fra Statistisk sentralbyrå (SSB) og fra Sammenligningsdata for spesialisthelsetjenesten, Helsedirektoratet (SAMDATA). Rapporteringen fra SAMDATA bygger i utgangspunktet på data fra SSB, men har av ulike grunner valgt et snevrere inklusjonskriterium. Dette innebærer at SAMDATA opererer med færre døgnplasser i TSB enn det som framkommer fra SSB. Ut fra at SAMDATA står for den samlede rapporteringen fra de ulike deler av spesialisthelsetjenesten, har vi her valgt å bruke SAMDATA som datakilde (Helsedirektoratet 2016). I tillegg til døgnplassene i TSB vil også døgninstitusjoner innen psykisk helsevern (PHV) gi behandling for rusmiddelproblemer. Det foreligger imidlertid ikke informasjon om hvor mange døgnplasser dette kan dreie seg om.

Kommunenes tjenestetilbud

Når det gjelder kommunenes tjenestetilbud til personer med rusmiddelproblemer finnes det ingen sentral, systematisk rapportering på samme måte som i spesialisthelsetjenesten. Flere verktøy og registre er imidlertid under utvikling.

Verktøyet BrukerPlan kartlegger situasjonen for tjenstemottakere med rus- og psykiske problemer i kommunene. Det ble opprinnelig utviklet som kartleggingsverktøy innen rusfeltet og ble første gang tatt i bruk i 2006. I 2017 kartla 267 kommuner tjenstemottakere med rusproblemer og 241 kommuner kartla tjenstemottakere med psykiske helseproblemer (Hustvedt et al. 2018). Gjennom kartleggingen skal man bli i stand til å formidle kommunal status til sentrale myndigheter, samt gi et grunnlag for å prioritere mellom grupper og typer av tilbud sentralt. Helsedirektoratet har siden 2011 støttet arbeidet med å få kommunene til å ta i bruk BrukerPlan som kartleggingsverktøy.

SINTEF samler på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet inn data fra alle kommuner om deres arbeid med psykiske helse- og rusproblematikk. Det rapporteres som årsverk, kompetanse og innhold i tjenesten (Ose og Kaspersen 2017).

Kommunalt pasient og brukerregister (KPR) skal inneholde opplysninger om alle innbyggere som har mottatt helse- og omsorgstjenester i hver kommune. Registeret er i teknisk produksjon fra 1. desember 2017, men ble offisielt åpnet 5. april 2018. Hovedformålet for KPR er å gi sentrale og kommunale myndigheter grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstjenester. I tillegg skal opplysningene kunne brukes til kvalitetsforbedring, forebyggende arbeid, beredskap, analyser, forskning og nasjonal kjernejournal. Foreløpig inneholder registeret lite om personers rusmiddelbruk (Helsedirektoratet 2018).

Referanser

Bye E.K. & Skretting A.P. (2017). Bruk av rusmidler og tobakk blant 15-16 åringer.

Dødsårsaksregisteret (2018). Om Dødsårsakregisteret.

ESPAD 2018 The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.

Folkehelseinstituttet (2017) Taxfree-salg ved norske lufthavner og annen uregistrert omsetning av alkohol og tobakk.

Gjersing L. og Sandøy T.A. (2014) Narkotikabruk på gateplan i syv norske byer. SIRUS Rapport 1/2014.

Gjersing L.R. (2017) Narkotikabruk på gateplan i syv norske byer 2017. Nettartikkel Folkehelseinstituttet

Helsedirektoratet (2016) SAMDATA Spesialisthelsetjenesten – TSB, kapasitet

Helsedirektoratet (2018) Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)

Hustvedt .B., Lie T., Håland M.E, Stevenson B. og Nesvåg S. (2018) Brukerplan – årsrapport 2017. Helse Stavanger/Stavanger universitetssjukehus

Ose S.O. og Kaspersen S. (2017) Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2017: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene. SINTEF

Oslo Universitetssykehus/OUS (2018) Alkohol og rusmidler. Temaside for statistikk, fakta og rapporter om alkohol og andre rusmidler.

Politiet (2018). Narkotikastatistikk.

SSB/Statistisk sentralbyrå (2018a): Undersøkelsen om tobakk og rusmiddelbruk i Norge. Dokumentasjonsrapport

.

SSB/Statistisk sentralbyrå (2018b): Statistikkbanken.

SKREVET AV

Ellen J Amundsen

Astrid Skretting

Om Narkotika i Norge

Informasjon om redaksjonen samt kontaktinformasjon.

Redaksjonen

Ansvarlig redaktør: Elisabeth Kvaavik

Fagredaktører: Linn Gjersing og Ellen J. Amundsen

Bidragstere (i alfabetisk rekkefølge): Ellen J. Amundsen, Ola Røed Bilgrei, Solveig Christiansen, Linn Gjersing, Marianne Lund, Thomas A. Sandøy, Astrid Skretting

Sekretariat: Marianne Lund, Ellen Amundsen og Erik Bull-Valen

Ekstern fagfellevurdering: Svetlana Skurtveit

Kontakt

Melding om feil på sider, brudd på lenker, innspill til redaksjonen: kontakt nettredaksjonen

Pressehenvendelser: e-post medievakt, telefon 21 07 83 00.

Vedleggstabeller til Narkotika i Norge

Tabellene er tallgrunnlag for figurene i rapporten.

Vedleggstabeller til Narkotika i Norge (pdf-fil, 0,3 mb)

Vedleggstabeller til Folkehelseinstituttets rapport Narkotika i Norge

Vedleggstabellene er tallgrunnlag for figurer i rapporten Narkotika i Norge (www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge)

Tabellene ble sist oppdatert 18.09.2018

Innholdsfortegnelse (klikk på tabellnavnet for å gå direkte til tabellen)

[Vedleggstabell 1.1: Antall beslag av heroin, cannabis, amfetamin, metamfetamin og kokain 1974-2017](#)

[Vedleggstabell 1.2: Beslaglagt mengde heroin, kokain, cannabis, amfetamin og metamfetamin 1974-2017. Kilo](#)

[Vedleggstabell 1.3: Antall beslag av ecstasy, LSD, khat, hallusinogene sopper, GHB/GBL, medikamenter og NPS 1989-2017](#)

[Vedleggstabell 1.4: Beslaglagt mengde ecstasy, LSD, khat, halusinogene sopper, GHB, GBL, BD, medikamenter og NPS. 1989-2017](#)

[Vedleggstabell 2.1: Anmeldte narkotikalovbrudd 1993-2016.](#)

[Vedleggstabell 2.2: Etterforskede lovbrudd og siktede for narkotikaforbrytelser 1976-2016](#)

[Vedleggstabell 2.3: Reaksjoner for narkotikaforbrytelser 1975-2015](#)

[Vedleggstabell 3.1: Prøver fra bilførere som testet positivt for narkotiske stoffer 1989-2015](#)

[Vedleggstabell 4.1: Narkotikautløste dødsfall. Kjønn. 1977-2016](#)

[Vedleggstabell 4.2: Narkotikautløste dødsfall. Fylke. 1999-2016](#)

[Vedleggstabell 5.1: Beregnet antall sprøytebrukere 2004-2016](#)

[Vedleggstabell 5.2: Høyrisiko cannabisbruk \(HRCB\) 2012-2017, tre års glidende gjennomsnitt per 1000 innbyggere 16-64 år](#)

[Vedleggstabell 6.1 Pasienter i behandling i spesialisthelsetj. for narkotikaproblemer/avhengighet. Døgnbeh. og poliklinisk/dagbeh. \(TSB og PHV\), 2010-2016](#)

[Vedleggstabell 7.1: Antall anmeldte dopinglovbrudd 2003-2016](#)

[Vedleggstabell 7.2: Antall straffereaksjoner 2002-2015](#)

[Vedleggstabell8.1: Bruk av sentralstimulerende midler siste 12 måneder 2013-2017](#)

Vedleggstabell 1.1: Antall beslag av heroin, cannabis, amfetamin, metamfetamin og kokain 1974-2017

[Tallene omtales i artikkelen Narkotikamarkedet](#)

År	Heroin	Cannabis	Amfetamin	Metamfetamin	Kokain
1974	59	727	80	.	0
1975	57	521	87	.	0
1976	77	726	134	.	1
1977	53	636	62	.	1
1978	106	1154	71	.	4
1979	157	1313	77	.	14
1980	214	1742	79	.	22
1981	202	1911	127	.	7
1982	174	2002	262	.	14
1983*	.	.	.	.	.
1984*	.	.	.	.	.
1985	256	2478	282	.	11
1986	348	2744	423	.	11
1987	452	2747	534	.	13
1988	607	3478	554	.	29
1989	691	4252	514	.	14
1990	822	4274	671	.	26
1991	979	4811	621	.	25
1992	1045	4273	627	.	19
1993	1193	4708	983	.	36
1994	1389	4065	777	7	41
1995	1923	4941	1633	17	58
1996	2340	4296	1748	33	75
1997	2485	5712	2407	34	144
1998	2675	7461	2851	38	206
1999	2390	8485	3032	57	309

2000	2314	9224	2886	191	390
2001	2501	10844	4100	496	496
2002	1906	10921	4260	775	577
2003	1709	10397	4117	1101	504
2004	1390	10097	3891	1042	489
2005	1151	10128	4089	1272	685
2006	1087	11221	3953	1866	726
2007	1204	9952	3050	2457	909
2008	1145	10599	2521	2632	854
2009	1430	11754	1936	3839	804
2010	1575	13284	3384	3898	877
2011	1314	13960	2497	3997	815
2012	1262	14584	2344	3890	912
2013	1179	16229	3351	3861	1141
2014	1237	15848	4872	2400	1056
2015	1148	14873	4579	1962	1269
2016	965	13359	3839	1568	1186
2017	637	13339	3703	1758	1229

* Tall for 1983 og 1984 mangler fordi det ikke finnes tall fra Oslo politidistrikt for denne perioden.

Kilde: Kripos (<https://www.politiet.no/aktuelt-tall-og-fakta/tall-og-fakta/narkotika/>)

Vedleggstabell 1.2: Beslaglagt mengde heroin, kokain, cannabis, amfetamin og metamfetamin 1974-2017. Kilo.

[Tallene omtales i artikkelen Narkotikamarkedet](#)

År	Heroin	Kokain	Cannabis	Amfetamin*	Metamfetamin*
1974	5,4	0,0	38,0	0,0	.
1975	0,3	0,0	19,8	0,0	.
1976	17,2	0,0	29,1	3,2	.
1977	0,4	0,0	54,3	8,4	.
1978	0,3	0,0	80,3	1,4	.
1979	0,6	0,2	104,6	0,7	.
1980	4,9	0,2	113,9	0,8	.
1981	0,6	0,0	114,2	2,8	.
1982	0,8	0,3	126,8	5,2	.
1983	4,9	0,2	345,0	13,5	.
1984	2,5	0,2	295,0	9,5	.
1985	5,0	1,0	190,0	13,4	.
1986	5,8	0,3	206,1	19,7	.
1987	4,0	5,9	125,1	7,8	.
1988	12,0	2,2	143,5	13,1	.
1989	5,3	0,3	372,3	13,8	.
1990	3,2	0,9	230,0	25,1	.
1991	9,9	3,9	393,0	18,9	.
1992	10,8	2,4	177,0	11,7	.
1993	18,0	8,2	207,0	25,6	.
1994	26,9	5,1	480,0	16,0	.
1995	48,8	3,8	19959,0	53,2	.
1996	74,1	24,1	711,0	30,3	.
1997	55,5	4,6	978,0	93,2	0,1
1998	37,4	92,7	1992,0	208,0	0,1
1999	45,8	60,2	1255,0	52,3	0,1

2000	51,5	12,2	664,0	93,0	2,2
2001	67,8	20,7	861,0	93,2	16,2
2002	59,1	35,8	1221,0	208,9	23,6
2003	52,1	30,4	2292,0	225,1	32,0
2004	129,1	38,3	2242,0	230,7	64,4
2005	36,4	177,0	1439,0	118,0	37,5
2006	93,0	40,5	1544,0	317,0	69,0
2007	8,0	95,0	853,0	390,0	169,0
2008	55,2	76,8	1732,0	257,0	105,0
2009	130,2	61,1	2588,0	197,0	234,0
2010	102,0	94,0	1181,0	155,0	139,0
2011	14,6	48,1	2981,0	75,0	163,0
2012	44,5	48,4	2084,0	176,0	132,0
2013	55,3	188,0	2938,0	335,0	206,0
2014	44,4	150,0	2748,0	312,0	99,0
2015	61,6	85,4	2386,0	496,0	116,0
2016	13,6	104,1	3709,0	392,0	54,0
2017	99,2	84,3	2556,0	400,0	77,0

Vektmengdene angir vekten på selve beslaget, og ikke vekten av det aktive stoffet.

Mengden av aktivt stoff vil kunne variere sterkt fordi renhetsgraden varierer.

* I tillegg ble det beslaglagt amfetamin/metamfetaminbase (kg). 2012:29; 2013:22; 2014:26; 2015:7; 2016:11; 2017:25

Kilde: Kripos (<https://www.politiet.no/aktuelt-tall-og-fakta/tall-og-fakta/narkotika/>)

Vedleggstabell 1.3: Antall beslag av ecstasy, LSD, khat, hallusinogene sopper, GHB/GBL, medikamenter og NPS 1989-2017.

[Tallene omtales i artikkelen Narkotikamarkedet](#)

År	Ecstasy o.l.	LSD	Khat	Hallusinogene sopper	GHB/GBL	Benzodiazepiner	Opioidholdige medikamenter	Nye psykoaktive stoffer (NPS)
1989	0	3	20	18	.	855	.	.
1990	1	6	19	25	.	1142	.	.
1991	3	6	15	34	.	1189	.	.
1992	14	20	14	36	.	1573	.	.
1993	9	17	16	5	.	947	.	.
1994	12	11	30	28	.	1344	646	.
1995	94	35	74	31	.	1640	782	9
1996	133	36	102	26	.	1887	804	46
1997	183	106	112	44	3	2523	705	23
1998	177	63	164	37	2	2988	889	8
1999	498	59	296	47	45	3469	884	9
2000	810	87	259	54	82	4265	860	2
2001	831	52	198	41	152	6006	1109	7
2002	715	15	238	46	82	8058	1237	2
2003	404	31	249	71	141	4700	1216	1
2004	405	31	305	58	39	4393	1179	23
2005	341	34	210	51	49	3929	1319	25
2006	411	28	220	84	122	4500	1161	31

2007	421	16	376	77	189	4088	959	71
2008	309	15	186	54	173	3451	938	95
2009	110	26	271*	75	322	3796	1078	301
2010	79	31	372*	114	432	5089	1223	473
2011	200	31	278*	104	500	5185	1240	628
2012	283	85	294	144	559	5830	1217**	886
2013	410	97	295	189	503	6059	1355	904
2014	511	226	222	661	422	6449	1291	965
2015	865	369	..	..	465	6138	..	859
2016	994	425	..	..	438	5176	..	501
2017	1159	319	..	..	590	4675	..	299

Tegn i tabellen: Ikke målt - / ikke publisert ..

*Noe mangelfulle data

** Metadon i tablettform er ikke inkludert i 2012, det ble telt med i tidligere år. I statistikken skiller ikke Kripas mellom metadon i væskeform og tabletter. De fleste beslag er i væskeform.

Kilde: Kripas (<https://www.politiet.no/aktuelt-tall-og-fakta/tall-og-fakta/narkotika/>)

Vedleggstabell 1.4: Beslaglagt mengde ecstasy, LSD, khat, halusinogene sopper, GHB, GBL, BD, medikamenter og NPS. 1989-2017.

[Tallene omtales i artikkelen Narkotikamarkedet](#)

År	Ecstasy o.l.	LSD	Khat	Hallusinogene sopper	GHB/GBL	Benzodiazepiner	Opioidholdige medikamenter	Antall påviste NPS
	Tabletter*	Doser	kg	Gram	Liter	Tabletter	Tabletter	
1989	0	73	189	121	.	36218	..	.
1990	1	613	201	148,4	.	18841	..	.
1991	15	194	205	140,9	.	17666	..	.
1992	196	3397	267	187	.	50674	..	.
1993	325	243	246	8	.	15780	..	.
1994	1000	4758	721	105,9	.	41100	12253	.
1995	3000	1325	1330	164	.	27000	11325	1
1996	9000	587	1544	138	..	58400	14431	2
1997	7000	7049	1720	433	..	153100	16076	1
1998	15000	2825	2839	326	..	101700	15072	5
1999	24000	485	4761	560	..	183000	19800	1
2000	48000	923	4251	612	..	431000	15050	1
2001	49000	423	2296	205	..	847000	18800	7
2002	102000	172	1674	..	..	1251000	70000	1
2003	89000	224	4823	..	912,5	545525	17465	0
2004	54000	616	3668	5111	9,7	524130	14396	11
2005	16000	139	2768	1604	13,2	571000	13900	7
2006	29000	226	2781	812	45,3	1020000	15685	16
2007	79000	26	7747	1366	101	730000	17354	11
2008	31000	245	3104	514	257	310000	12000	17
2009	23000	510	3071**	1600	213	671000	15186	26

2010	5000	173	7007**	2000	493	922000	19724	37
2011	8000	885	7208**	2600	533	804000	13519	62
2012	21000	1404	5994	2668	425	1331000	10903***	92
2013	30000	5782	4082	4890	191	1157000	22697	93
2014	145000	11955	..	4800	302	1016000	21122	114
2015	346000	7592	..	..	1094	736000	..	96
2016	137000	9976	..	..	359	796000	..	82
2017	138500	6395	..	..	401	675000	..	..

Tegn i tabellen: Ikke målt - / ikke publisert ..

* Beslaglagt mengde pulver er omregnet til tabletter med 100 mg virkestoff.

**Noe mangelfulle data.

*** Metadon i tablettform er ikke inkludert i 2012, det ble telt med i tidligere år. I statistikken skiller ikke Kripos mellom metadon i væskeform og tabletter. De fleste beslag er i væskeform.

Kilde: Kripos (<https://www.politiet.no/aktuelt-tall-og-fakta/tall-og-fakta/narkotika/>)

Vedleggstabell 2.1: Anmeldte narkotikalovbrudd 1993-2016.

[Tallene omtales i artikkelen Narkotikalovbrudd](#)

År	Straffeloven §162	Legemiddeloven	Totalt
1993	6777	5898	12675
1994	7240	6241	13481
1995	10793	10450	21243
1996	12316	12517	24833
1997	14455	16623	31078
1998	15420	19535	34955
1999	16059	21149	37208
2000	17579	22880	40459
2001	19945	25959	45904
2002	19294	25322	44616
2003	16152	19080	35232
2004	16814	19289	36103
2005	17118	19329	36447
2006	19156	21262	40418
2007	19086	20368	39454
2008	17547	18590	36137
2009	18616	19140	37756
2010	21954	22061	44015
2011	19985	21286	41271
2012	21603	22545	44148
2013	23118	24168	47268
2014	22111	23257	45368
2015	19872	21726	41598
2016	16498	19686	36184
2017	16091	17494	33585

Kilde: Statistisk sentralbyrå (<http://www.ssb.no/lovbrudda/>)

Vedleggstabell 2.2: Etterforskede lovbrudd og siktede for narkotikaforbrytelser 1976-2016.

[Tallene omtales i artikkelen Narkotikalovbrudd](#)

År	Straffeloven §162		Legemiddeloven		Totalt	
	Etterforskede lovbrudd	Siktede personer	Etterforskede lovbrudd	Siktede personer	Etterforskede lovbrudd	Siktede personer
1976	46	49	1087	653	1133	702
1977	55	71	1365	747	1420	818
1978	63	72	1554	823	1617	895
1979	67	88	1639	865	1706	953
1980	56	57	1994	1131	2050	1188
1981	52	60	2942	1401	2994	1461
1982	81	98	2853	1299	2934	1397
1983	156	123	3637	1762	3793	1885
1984	293	247	4115	1736	4408	1983
1985	1137	609	3666	1332	4803	1941
1986	1794	825	2789	1150	4583	1975
1987	2364	915	2244	1021	4608	1936
1988	3624	1260	2605	1064	6229	2324
1989	4266	1367	3837	1690	8103	3057
1990	4697	1511	4394	1821	9091	3332
1991	5328	1584	4621	1993	9949	3577
1992	6250	1974	5059	1929	11309	3903
1993	6458	2282	5281	1508	11739	3790
1994	6458	2143	5384	1303	11842	3446
1995	8044	2496	7629	1442	15673	3938
1996	10310	2878	10442	1577	20752	4455
1997	11639	3424	12360	1764	23999	5188
1998	13809	4056	16489	2430	30298	6486

1999	16040	4891	20135	3111	36175	8002
2000	16718	5539	21574	3651	38292	9190
2001	18667	6287	25073	4459	43740	10746
2002	17683	5615	22332	4199	40015	9814
2003	18569	5747	22743	3952	41312	9699
2004	18545	5936	21578	3832	40123	9768
2005	18528	6056	20546	3634	39074	9690
2006	18259	6300	20808	3886	39067	10186
2007	18858	6619	20976	3940	39834	10559
2008	18408	6489	19808	3766	38216	10255
2009	17454	6561	18249	3803	35703	10364
2010	19632	7373	21067	4481	40699	11854
2011	19673	7643	22129	5237	41802	12880
2012	18571	7398	20752	5332	39323	12730
2013	17384	8121	22839	5997	40223	14118
2014	21408	8207	23429	5926	44837	14133
2015	20319	7790	22115	5542	42434	13332
2016	17908	7345	21069	5354	38977	12699

For mer informasjon om SSB's statistikk over etterforskede lovbrudd, se Om statistikken (<http://www.ssb.no/lovbrudde/om.html>).

Betegnelsen "siktete" omfatter antall forskjellige personer med narkotikaforbrytelse som hovedlovbrudd, ved avsluttet etterforskning.

Ny og strengere lovgivning om dopingbruk fra 2013 påvirket dette tallene noe

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Vedleggstabell 2.3: Reaksjoner for narkotikaforbrytelser 1975-2015.

[Tallene omtales i artikkelen Narkotikalovbrudd](#)

	Straffeloven	Legemiddeloven	Totalt
1975	35	403	438
1976	16	313	329
1977	40	509	549
1978	69	582	651
1979	61	522	583
1980	70	617	687
1981	95	820	915
1982	97	859	956
1983	191	1063	1254
1984	337	1433	1770
1985	477	1303	1780
1986	531	1504	2035
1987	1203	840	2043
1988	1389	1043	2432
1989	1469	1301	2770
1990	1610	1542	3152
1991	1839	1536	3375
1992	1928	1686	3614
1993	2050	1537	3587
1994	1777	1483	3260
1995	2397	1741	4138
1996	2716	1765	4481
1997	2858	1472	4330
1998	3932	3039	6971
1999	4648	3525	8173
2000	4451	3893	8344

2001	7456	7314	14770
2002	5738	6072	11810
2003	6310	5874	12184
2004	6029	5684	11713
2005	6830	5540	12370
2006	7010	6065	13075
2007	7608	6586	14194
2008	7055	5992	13047
2009	6993	5583	12576
2010	8040	6585	14625
2011	8011	7423	15434
2012	7408	7051	14459
2013	8703	8273	16976
2014	7996	8055	16051
2015	8168	7796	15964

Note: Reaksjoner med narkotikaforbrytelse som hovedlovbrudd.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Vedleggstabell 3.1: Prøver fra bilførere som testet positivt for narkotiske stoffer 1989-2015.

[Tallene omtales i artikkelen Skader og problemer knyttet til narkotikabruk](#)

År	THC (Cannabis)	Diazepam	Flunitra- zepam	Nitra- zepam	Klona- zepam	Amfetamin	Met- amfetamin	Morfin	6- Monocet- ylmorfin	Kokain	Ecstasy	Metadon	GHB
1989	605	423	187	..	..	156	..	..	..	..	..	..	..
1990	564	430	235	..	..	235	..	72	..	..	..	..	..
1991	627	475	255	..	..	216	..	108	6	..	..	..	..
1992	842	676	212	..	..	391	..	107	29	..	..	..	..
1993	741	541	221	..	..	475	..	142	64	..	..	..	..
1994	660	577	198	..	..	533	..	193	92	..	..	..	..
1995	995	712	270	..	..	937	..	261	179	..	6	..	..
1996	708	741	320	..	..	897	..	313	189	..	23	..	..
1997	1165	914	455	..	..	1079	..	390	263	..	27	..	..
1998	1502	1004	540	..	..	1327	..	476	317	..	67	..	..
1999	1504	860	603	..	..	1274	..	533	318	..	123	..	..
2000	1686	808	656	35	217	1312	118	601	307	10	194	22	..
2001	1732	1050	1252	96	265	1587	330	539	295	12	194	64	..
2002	1886	1113	2107	164	361	1972	543	452	219	15	180	102	..
2003	1543	850	838	289	504	1534	442	377	162	16	75	93	..
2004	1336	774	650	237	502	1317	499	324	147	11	83	105	..
2005	1215	967	435	463	546	1343	509	270	117	19	63	197	..
2006	1202	1451	289	343	486	1381	834	262	107	13	85	137	..
2007	1171	1257	344	351	574	1167	913	253	122	27	120	111	..
2008	1270	1188	188	314	687	1166	1073	244	133	41	53	130	..
2009	1252	1084	85	263	894	1071	1480	349	200	22	12	145	..
2010	1454	1148	61	276	1077	1513	1433	276	129	17	7	127	133
2011	1428	1006	53	228	1114	1208	1343	238	97	19	25	135	133
2012	1821	1116	41	203	1935	1487	1575	217	95	75	61	180	186

2013	1897	1061	..	224	1895	1729	1529	196	104	89	42	166	110
2014	2245	950	..	184	2116	2115	1146	210	142	84	90	170	116
2015	2428	841	..	158	1934	2026	1116	167	97	122	160	138	114
2016	2619	749	..	128	1787	2008	1157	209	..	133	167	142	122
2017	2605	857	..	142	1527	2115	1179	154	..	197	229	101	130

6- monoacetyl morfin er et omdannelsesprodukt av heroin. Det blir ikke lenger analysert fra 2016

Ecstasy=MDMA

Kilde: Oslo universitetssykehus <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/rettsmedisinske-fag/alkohol-og-rusmidler>

Vedleggstabell 4.1: Narkotikautløste dødsfall. Kjønn. 1977-2016.

[Tallene omtales i artikkelen Narkotikautløste dødsfall i Norge 2016](#)

År	Menn	Kvinner	Totalt
1977	5	0	5
1978	19	5	24
1979	25	10	35
1980	23	9	32
1981	14	6	20
1982	20	4	24
1983	29	4	33
1984	22	8	30
1985	35	10	45
1986	39	5	44
1987	33	10	43
1988	37	11	48
1989	36	9	45
1990	52	18	70
1991	66	22	88
1992	81	23	104
1993	76	17	93
1994	105	19	124
1995	114	29	143
1996	173	31	204
1997	160	34	194
1998	228	54	282
1999	191	65	256
2000	302	72	374
2001	327	78	405
2002	240	67	307

2003	193	62	255
2004	220	83	303
2005	176	58	234
2006	187	64	251
2007	217	58	275
2008	210	53	263
2009	222	63	285
2010	181	67	248
2011	201	61	262
2012	185	61	246
2013	179	55	234
2014	202	64	266
2015	286	83	289
2016	196	86	282

Tallene fra og med 1996 er basert på et revidert inklusjonskriterium som omfatter flere ICD-koder enn tidligere.

Endringen bidrar til et høyere antall registrerte narkotikadødsfall. Fra 2003 implementeret Statistisk sentralbyrå en ny kodepraksis basert på en ny klassifiseringsinstruks av visse narkotikadødsfall fra Verdens helseorganisasjon.

Også denne endringen bidro til et noe høyere antall registrerte narkotikadødsfall.

Kilde: Statistisk sentralbyrå 1977-2012, Folkehelseinstituttet 2013-2016

Vedleggstabell 4.2: Narkotikautløste dødsfall. Fylke. 1999-2016.

Tallene omtales i artikkelen [Narkotikautløste dødsfall i Norge 2016](#)

Fylke	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Østfold	14	27	30	16	18	24	15	18	18	24	30	16	14	15	13	14	16	15
Akershus	31	28	26	30	33	32	25	29	30	23	25	23	30	21	21	25	24	24
Oslo	83	105	107	78	47	86	56	64	41	65	66	51	48	52	48	46	58	53
Hedmark	5	9	16	14	10	11	0	12	7	8	7	6	4	9	7	11	9	5
Oppland	5	14	5	8	8	9	8	8	9	10	8	7	8	2	1	7	6	0
Buskerud	20	28	38	26	13	28	20	20	17	14	17	22	16	8	12	22	22	21
Vestfold	17	20	24	7	9	8	9	8	12	12	11	12	14	17	10	11	17	16
Telemark	11	13	16	18	18	11	8	4	8	12	18	13	13	8	10	17	13	7
Aust-Agder	4	4	8	8	3	4	4	1	3	5	7	2	6	4	4	4	8	7
Vest-Agder	5	17	9	17	11	6	7	6	9	4	7	8	10	4	5	4	8	6
Rogaland	16	27	44	25	40	31	23	20	25	22	20	18	13	21	14	18	25	25
Hordaland	24	43	28	28	23	22	29	31	36	29	34	39	45	43	38	41	29	50
Sogn og Fjordane	1	0	5	2	1	4	0	1	9	0	3	1	2	2	1	3	4	1
Møre og Romsdal	4	10	9	9	8	7	8	7	12	7	2	4	5	8	11	0	11	9
Sør-Trøndelag	7	13	9	7	7	9	6	7	14	14	11	7	17	11	14	18	18	19
Nord-Trøndelag	3	3	5	3	0	2	6	3	4	2	5	5	3	1	4	7	3	4
Nordland	5	8	13	5	1	8	5	6	11	5	6	4	11	15	15	7	11	8
Troms	1	4	7	5	5	1	4	3	7	5	5	6	1	3	3	5	6	8
Finnmark	0	1	6	1	0	0	1	3	3	2	3	4	2	2	3	5	1	4
Totalt	256	374	405	307	255	303	234	251	275	263	285	248	262	246	234	265	289	282

I henhold til Verdens helseorganisasjons nye klassifiseringsinstruks av visse narkotikadødsfall, implementerte Dødsårsaksregisteret i 2003 en ny kodepraksis. Denne endringen bidrar til et litt høyere anslag på antall narkotikadødsfall enn tidligere.

Kilde: Statistisk sentralbyrå 1999-2012. Folkehelseinstituttet 2013-2016

Vedleggstabell 5.1: Beregnet antall sprøytebrukere 2004-2016.

[Tallene omtales i artikkelen Problembruk av narkotika](#)

År	Antall	Nedre grense	Øvre grense
2004	8848	7595	10596
2005	8884	7615	10660
2006	8392	7193	10070
2007	9018	7717	10848
2008	9416	8044	11351
2009	9212	7857	11131
2010	8878	7572	10728
2011	8482	7235	10249
2012	8234	7024	9950
2013	8386	7153	10133
2014	8564	7305	10349
2015	8743	7457	10565
2016*	8682	7405	10490

Treårig gjennomsnitt

Nedre og øvre grense er beregnede sensitivitetsgrenser basert på høyere og lavere dødelighet

* Foreløpig tall

Kilde: Folkehelseinstituttet

Vedleggstabell 5.2: Høyrisiko cannabisbruk (HRCB) 2012-2017, tre års glidende gjennomsnitt per 1000 innbyggere 16-64 år.

[Tallene omtales i artikkelen Problembruk av narkotika](#)

År	HRCB	Nedre grense	Øvre grense
2012-2014	3,0	1,5	4,4
2013-2015	3,4	1,9	5,0
2014-2016	3,9	2,3	5,6
2015-2017	3,7	2,1	5,2

Omfatter ikke høyrisiko cannabisbrukere som er sosialt marginalisert og som dermed ikke nås med spørreundersøkelser

Nedre og øvre grense angir konfidensintervallene (intervaller som med 95% sannsynlighet dekker den sanne verdi)

Kilde: Folkehelseinstituttet

Vedleggstabell 6.1 Pasienter i behandling i spesialisthelsetjenesten for narkotikaproblemer/avhengighet. Døgnbehandling og poliklinisk/dagbehandling (TSB og PHV), 2010-2016.

[Tallene omtales i artikkelen Behandling for narkotikaproblemer i spesialisthelsetjenesten](#)

		Opioider	Cannabis	Legemidler	Kokain	Sentralstimulerende stoffer	Hallusino-gene	Løse-midler	Flere stoffer	Totalt
2010	Døgnbehandling	1270	384	362	19	640	12	3	1429	4119
2010	Poliklinisk/dag	4142	2120	730	121	1211	19	6	2496	10845
2010	Totalt	5412	2504	1092	140	1851	31	9	3925	14964
2011	Døgnbehandling	1259	444	344	20	652	16	2	1255	3992
2011	Poliklinisk/dag	4917	2332	786	123	1301	24	2	2262	11747
2011	Totalt	6176	2776	1130	143	1953	40	4	3517	15739
2012	Døgnbehandling	1084	505	380	21	619	25	5	1354	3993
2012	Poliklinisk/dag	5463	2549	744	100	1303	21	6	2177	12363
2012	Totalt	6547	3054	1124	121	1922	46	11	3531	16356
2013	Døgnbehandling	1983	653	455	24	678	10	2	1345	5150
2013	Poliklinisk/dag	5168	2610	661	115	1216	15	5	1952	11742
2013	Totalt	7151	3263	1116	139	1894	25	7	3297	16892
2014	Døgnbehandling	2087	701	419	32	712	22	2	1362	5337
2014	Poliklinisk/dag	5345	2701	701	110	1219	18	7	1851	11952
2014	Totalt	7432	3402	1120	142	1931	40	9	3213	17289
2015	Døgnbehandling	2079	704	490	28	686	22	2	1305	5316
2015	Poliklinisk/dag	5770	2732	737	129	1165	19	6	1820	12378
2015	Totalt	7849	3436	1227	157	1851	41	8	3125	17694
2016	Døgnbehandling	2104	752	434	25	651	20	1	1169	5156
2016	Poliklinisk/dag	6073	2806	807	122	1130	16	5	1810	12769
2016	Totalt	8177	3558	1241	147	1781	36	6	2979	17925
2017	Døgnbehandling	2087	785	438	40	618	26	0	1133	5127
2017	Poliklinisk/dag	6502	2829	794	140	1156	22	6	1916	13365
2017	Totalt	8589	3614	1232	180	1774	48	6	3049	18492

Omfatter pasienter med hoveddiagnose avhengighet av narkotika og beroligende legemidler både i tværfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern (PHV) Kilde: Norsk pasientregister

Vedleggstabell 7.1: Antall anmeldte dopinglovbrudd 2003-2016

[Tallene omtales i artikkelen Doping – bruk, beslag og straffereaksjoner](#)

År	Legemiddeloven	Straffeloven	Totalt
2003	0	510	510
2004	0	429	429
2005	0	407	407
2006	0	518	518
2007	0	612	612
2008	0	735	735
2009	0	740	740
2010	0	625	625
2011	0	664	664
2012	0	820	820
2013	0	947	947
2014	241	1269	1510
2015	495	1005	1500
2016	836	957	1793

Kilde: SSB

Vedleggstabell 7.2: Antall straffereaksjoner 2002-2015.

[Tallene omtales i artikkelen Doping – bruk, beslag og straffereaksjoner](#)

År	Legemiddeloven	Straffeloven	Totalt
2002	0	83	83
2003	0	81	81
2004	0	102	102
2005	0	153	153
2006	0	167	167
2007	0	228	228
2008	0	236	236
2009	0	274	274
2010	0	242	242
2011	0	225	225
2012	0	279	279
2013	0	315	315
2014	30	395	425
2015	85	379	464

Kilde: SSB

Vedleggstabell8.1: Bruk av sentralstimulerende midler siste 12 måneder 2013-2017.

[Tallene omtales i artikkelen Narkotikabruk i Norge](#)

Type stoff	2013	2014	2015	2016	2017
Kokain	2,2	2,3	2,2	1,3	2,1
Amfetaminer	1,1	1,1	0,3	0,5	0,8
Ecstasy/MDMA	1	0,4	1,2	1,6	2,2

Kilde: Rusundersøkelsen/SSB